



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

**Avaliação do impacto do programa de Primeira Ajuda em
Saúde Mental na Literacia em Saúde Mental
dos estudantes de Enfermagem**

Lúcia Manuela Brandão Valente da Costa

Coimbra, janeiro de 2018



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

**Avaliação do impacto do programa de Primeira Ajuda em
Saúde Mental na Literacia em Saúde Mental
dos estudantes de Enfermagem**

Lúcia Manuela Brandão Valente da Costa

Orientador: Professor Doutor, Luís Manuel de Jesus Loureiro, ESEnfC

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Coimbra, janeiro de 2018

*“O simples acto de perguntar como te sentes,
pode mudar o rumo de uma vida”*

A. Jorm

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Luís Manuel de Jesus Loureiro pela sua orientação, disponibilidade, amizade e incentivo.

Aos estudantes de Enfermagem da ESEnfC que aceitaram participar neste estudo, pelo seu interesse, motivação e empenho durante a implementação do programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental.

À Liliana pela sua amizade incondicional, pelo seu apoio e incentivo constantes.

À Jocelina pelo seu interesse e motivação ao longo do percurso.

Aos meus colegas Enfermeiros pela compreensão e disponibilidade demonstradas.

Aos meus familiares, especialmente à minha mãe e irmão pela paciência e compreensão pelas ausências, bem como pelo apoio, ajuda e carinho constantes.

A todos os amigos e colegas que incentivaram, apoiaram, manifestaram interesse e acreditaram na concretização deste percurso com sucesso.

SIGLAS

CLE- Curso de Licenciatura em Enfermagem

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais-5

ESEnfC- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

LS- Literacia em Saúde

LSM- Literacia em Saúde Mental

MHFA- *Mental Health First Aid*

O.E.- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PASM- Primeira Ajuda em Saúde Mental

QuALiSMental- Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

WHO- World Health Organization

RESUMO

A Primeira Ajuda em Saúde Mental, perspectivada como a ajuda que se dá a alguém que está a desenvolver um problema de saúde mental ou numa crise relacionada com a sua saúde mental, é o tema central do programa PASM, desenvolvido e criado em torno do conceito de Literacia em Saúde Mental, como programa de intervenção para a promoção da Saúde Mental.

O programa PASM tem apresentado resultados positivos no aumento da Literacia em Saúde mental dos seus participantes, designadamente de estudantes de Enfermagem cumprindo assim o propósito de capacitar as pessoas a lidar com os problemas relacionados com a saúde mental e a prestar ajuda a alguém próximo, como os seus pares.

Este estudo tem como objetivo avaliar o impacto do programa de PASM na LSM dos estudantes de Enfermagem, recorrendo a um estudo quantitativo, de nível IV, pré-experimental, com grupo experimental. Foi realizada uma intervenção, com a duração de 14 horas, a um grupo de 46 alunos de Licenciatura em Enfermagem, da ESEnfC, com uma média de idades de 20,74 anos e desvio padrão=2,20 anos. Os dados foram obtidos através da aplicação do instrumento QuALiSMental (pré e pós-teste).

Os resultados demonstram um aumento nos níveis de LSM, em todas as suas componentes.

Estes dados, em concordância com os estudos internacionais, sustentam a pertinência da implementação do programa PASM no contexto de formação dos estudantes de Licenciatura em Enfermagem.

Palavras-chave: Saúde Mental; Literacia; Primeira ajuda; Jovens; Enfermagem

ABSTRACT

Mental Health First Aid, intended to be the help offered to a person developing a mental health problem or experiencing a mental health crisis, is the central issue of the MHFA program, designed over the concept of Mental Health Literacy, as an intervention program for mental health promotion.

MHFA program has been showing positive results in improving participants Mental Health Literacy, namely nursing students, therefore achieving the intent to empower people to deal with mental health related problems and to offer help to someone close to them, like their peers.

The objective of this study was to evaluate the impact of the MHFA program in nursing students mental health literacy using a quantitative approach with a level IV study, pre-experimental, one-group pretest-posttest design.

A 14 hours intervention was performed, to 46 ESEnfC nursing students, with an average age of 20,74 years and standard deviation=2,20 years. Pretest and protest data was collected using QuALiSMental instrument.

Results demonstrate MHL improvement in all components of the concept.

This data, according along with international studies, sustain the relevance of implementing MHFA program in the context of initial training nursing

Keywords: Mental health; Literacy; First Aid; Youth; Nursing

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

	Pág.	
Tabela 1	Distribuição absoluta e percentual das habilitações literárias dos pais dos participantes (n=46)	35
Tabela 2	Vinhetas com a descrição de problemas/perturbações mentais utilizadas no QuALiSMental	36
Tabela 3	Distribuição percentual dos rótulos assinalados, antes e depois da frequência do PASM, na componente de <i>reconhecimento dos problemas/perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda</i> (N=46)	42
Tabela 4	Distribuição percentual das respostas assinaladas como “úteis”, antes e depois da frequência do PASM na componente de <i>profissionais/pessoas que podem ajudar e medicamentos/produtos</i> (N=46)	44
Tabela 5	Distribuição percentual das respostas assinaladas como “úteis”, antes e depois da frequência do PASM na componente de <i>conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda</i> (N=46)	46
Tabela 6	Distribuição percentual das respostas “útil” antes e depois da frequência do PASM na componente de <i>conhecimentos e competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros</i> (N=46)	48
Tabela 7	Distribuição percentual das respostas “sim” antes e depois da frequência do PASM na componente de <i>conhecimentos acerca do modo de prevenção das perturbações mentais</i> (N=46)	49

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
1.LITERACIA EM SAÚDE MENTAL- CONCEITO	20
1.1.COMPONENTES DO CONCEITO DE LITERACIA EM SAÚDE MENTAL	21
2.PRIMEIRA AJUDA EM SAÚDE MENTAL	26
2.1.DEFINIÇÃO E PRESSUPOSTOS	28
2.2.EVIDÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	30
2.3.PRIMEIRA AJUDA NO CONTEXTO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM	32
2.4.PLANO DE AÇÃO DA PRIMEIRA AJUDA EM SAUDE MENTAL	34
CAPÍTULO II- METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	35
1.DESENHO DO ESTUDO	35
2.HIPÓTESE SOB ESTUDO	35
3.CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA	35
4.INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	35
5.INTERVENÇÃO PASM	38
6.PROCEDIMENTO PARA A COLHEITA DE DADOS	40
7.TRATAMENTO DE DADOS	40
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS DADOS	41
1. AVALIAÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL	41
1.1.RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS E PERTURBAÇÕES MENTAIS DE MODO A PROMOVER E FACILITAR A PROCURA DE AJUDA	41

1.2.CONHECIMENTOS SOBRE A AJUDA PROFISSIONAL E TRATAMENTOS DISPONÍVEIS	43
1.3.CONHECIMENTOS SOBRE ESTRATÉGIAS DE AUTOAJUDA EFICAZES	45
1.4. CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS PARA PRESTAR APOIO E DAR A PRIMEIRA AJUDA A OUTROS	46
1.5- CONHECIMENTO ACERCA DO MODO DE PREVENIR PERTURBAÇÕES MENTAIS	48
CAPÍTULO IV- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	50
CONCLUSÃO	60
BIBLIOGRAFIA	62

ANEXOS

ANEXO I- Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental)

ANEXO II- Resposta a pedido de autorização para realização de intervenção

APÊNDICE 1- Avaliação apreciativa do curso PASM, por parte dos participantes

INTRODUÇÃO

A LSM tem vindo a ganhar um lugar de destaque, desde que, no final dos anos 90, o Australiano Anthony Jorm, definiu o conceito como os “conhecimentos e crenças acerca das perturbações mentais que ajudam ao seu reconhecimento, à sua gestão ou prevenção” (Jorm et al., 1997 como referido por Jorm, 2014, p.27).

No sentido de operacionalizar este conceito, Jorm e seus colaboradores, criaram o programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental que se constituiu como referência de boas práticas na área da promoção da saúde mental (Jorm, 2014), uma vez que perspetiva um conhecimento voltado para a ação, com benefícios para a saúde do indivíduo e daqueles que o rodeiam (Loureiro, 2014).

O programa PASM inicialmente desenvolvido para capacitar adultos a ajudar outros adultos a lidar com os problemas de saúde mental (Kitchener & Jorm, 2006), foi desde 2001, largamente disseminado pela Austrália e outros países, tendo sido aplicado em diversos contextos culturais e sociais, nomeadamente dirigido a adultos para prestarem ajuda a adolescentes (Kelly et al., 2011), e também dirigido a adolescentes para ajudarem os seus pares (Hart, Mason, Kelly, Cvetkovski, & Jorm, 2016), com resultados no aumento da LSM dos seus participantes (Hadlaczky et al., 2014).

Os adolescentes e jovens adultos são um grupo vulnerável para o surgimento de problemas mentais já que a adolescência e a juventude correspondem a períodos considerados críticos no ciclo de vida, caracterizando-se por mudanças e transições significativas e em que os problemas de saúde mental podem ter profundo impacto na vida e na saúde mental dos indivíduos, comprometendo o seu padrão de desenvolvimento (Loureiro, Sousa, & Gomes, 2014). Muitas doenças mentais têm o seu início na adolescência ou no início da vida adulta, sendo que metade das pessoas que sofrem de dada perturbação mental teve a sua primeira manifestação antes dos 18 anos e três quartos, ou seja antes dos 25 anos (Loureiro, 2014).

Neste sentido, se um adolescente sofrer de um problema ou perturbação mental e não receber a ajuda adequada e atempada, tem maior probabilidade de vir a sofrer desse

problema no futuro, o que pode acarretar implicações sérias na vida do indivíduo ao ponto de poder comprometê-la (Loureiro, 2014).

Estudos em diversos países revelam que a família e os amigos são fontes preferenciais de ajuda informal em detrimento da ajuda profissional (Jorm, 2014). Adolescentes portugueses elegem a família, os amigos e os profissionais de saúde mental como recurso potencial de ajuda (Loureiro et al., 2013). Os pais, considerados como fonte de ajuda pelos adolescentes, podem representar motivo de preocupação uma vez que podem não possuir conhecimentos ou experiência de vida suficientes para providenciarem ajuda adequada (Jorm, 2014).

A par com a adolescência, o ingresso no ensino superior representa uma mudança na vida dos jovens exigindo uma adaptação às exigências da vida académica e social (Valadas e Gonçalves, 2002 citado por Almeida, 2014). Os estudantes de Enfermagem evidenciam como agentes stressores as exigências relacionadas com a vida académica, como a carga de trabalho e revisões teóricas, bem como as relacionadas com a área prática do ensino clínico, em que manifestam medo de situações desconhecidas (doença e morte), bem como o medo de cometer algum erro com os pacientes, algo que se mantém ao longo de todo o curso (Pulido-Martos & Augusto-Landa, 2012).

Estes fatores, associados a uma reduzida LSM destes estudantes, especialmente nos primeiros anos do curso (McCann, Lu, & Berryman, 2009 citado por Kelly, DipEd & Birks, 2017), justificam a necessidade de intervir nesta população, uma vez que se obtêm resultados positivos, após a frequência do programa PASM, no incremento da LSM dos estudantes de Enfermagem, bem como na redução do estigma entre a população dos estudantes (Kelly, DipEd, & Birks, 2017; Burns et al., 2017; Crawford et al., 2015; Bond et al., 2015; Happell, Wilson & McNamara, 2015; Kitchener & Jorm, 2017).

Neste sentido, entende-se pertinente a implementação do programa PASM a um grupo de estudantes de Enfermagem, da ESEnfC, com o objetivo de avaliar o impacto desta intervenção ao nível das componentes da LSM dos participantes, esperando que haja um aumento dos níveis de LSM, o que será avaliado através da aplicação de pré e pós-teste, a um grupo experimental de estudantes.

Considera-se que quanto maior for o nível de LSM destes estudantes de Enfermagem, maior a capacitação para prestar primeira ajuda em Saúde Mental, nomeadamente

aos seus pares e amigos, mas também a si próprios e no seu contexto profissional, uma vez que as competências que adquirem durante o programa, são uma mais-valia para a sua vida pessoal e profissional.

O programa adaptado para o contexto cultural e social português foi traduzido por nós, respeitando os termos originais adequando-os à área da Enfermagem.

A dissertação está dividida em quatro capítulos principais que correspondem ao enquadramento teórico, à metodologia de investigação, à apresentação dos dados e à discussão dos resultados. O primeiro capítulo faz referência às temáticas centrais deste trabalho, designadamente o conceito de LSM e as suas respetivas componentes, bem como a definição e pressupostos que sustentam o programa PASM e a evidência da sua implementação em estudantes de Enfermagem, com o plano de ação que o caracteriza.

O segundo capítulo, que corresponde ao da metodologia de investigação, integra o desenho e a hipótese do estudo, a caracterização da amostra, o instrumento de colheita de dados e os conteúdos da intervenção PASM utilizada para este estudo.

O terceiro capítulo compreende a apresentação dos resultados obtidos com a colheita de dados realizada antes e após a intervenção do programa PASM, para cada uma das componentes da LSM, recorrendo à comparação dos resultados obtidos com outros estudos, no quarto capítulo, que se refere à discussão dos resultados.

O trabalho termina com uma conclusão, onde se destacam os resultados mais pertinentes deste estudo bem como as considerações relacionadas com a implementação do programa PASM, como ação de promoção de saúde mental, no contexto de formação de estudantes de Enfermagem.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. LITERACIA EM SAÚDE MENTAL – CONCEITO

O conceito de literacia em saúde mental (LSM) surge associado ao conceito de literacia em saúde (LS) aplicado a uma área específica que é a da saúde mental, englobando os aspetos relacionados com a saúde e as doenças mentais.

O conceito de LS é atribuído a Simonds quando, em 1974, utilizou pela primeira vez a conjugação destes dois termos para se referir à importância e necessidade de educação para a saúde no contexto escolar (Bernhardt & Parker, 2005; Ratzan, 2001 como referido por Loureiro, Rodrigues, Santos, & Oliveira, 2014).

A LS surge, assim, como o resultado da promoção da saúde associada em contemporaneidade com a educação para a saúde (Nutbeam, 2000; como referido por Loureiro et al., 2014; Nutbeam, 2006) e, também, como a base para o exercício individual, grupal e comunitário, de forma ativa, participada e ampliada, da cidadania em saúde dos indivíduos (Loureiro et al., 2014). É referida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como a habilidade que os indivíduos apresentam para “ganhar acesso, compreender e usar informação de modo a promover e manter boa saúde” (Nutbeam, 1998 como referido por WHO, 2016).

O impacto que apresenta nos resultados em saúde especifica-se em três níveis fundamentais: nível de acesso e utilização dos serviços de saúde; nível da relação que se estabelece entre o utente e o profissional e o nível de utilização das competências que o utente utiliza no seu autocuidado (Loureiro et al., 2014).

Por sua vez, o conceito de LSM surgiu, em meados dos anos 90, com o intuito de chamar a atenção para uma área mais negligenciada, a área da saúde mental¹, em comparação com a área da saúde física, já que de uma forma geral, a população

¹ Neste trabalho, são utilizados os conceitos “problema de saúde mental”, “perturbação mental e “doença mental”. Os conceitos “perturbação mental” e “doença mental” são considerados como sinónimos quando nos referimos a um diagnóstico médico. Já o termo “problema de saúde mental” é mais genérico e engloba tanto as doenças mentais como os sintomas destas doenças, que ainda não são suficientemente graves para que seja feito o diagnóstico de doença mental.

apresenta mais conhecimentos relativamente às ações a tomar relacionadas com a prevenção, intervenção precoce e tratamento de doenças do foro físico, em detrimento das doenças do foro mental, apesar destas últimas serem comuns e qualquer pessoa poder vir a sofrer de um problema ou ter contacto com alguém próximo que tenha ou venha a sofrer de um problema mental (Jorm, 2014).

Neste sentido, o conceito foi definido como “conhecimentos e crenças acerca das perturbações mentais que ajudam ao seu reconhecimento, à sua gestão ou prevenção” (Jorm et al., 1997 como referido por Jorm, 2014, p.27).

Convém realçar que a LSM não se refere ao simples conhecimento sobre os problemas de saúde mental, mas sim a este conhecimento associado à ação, no sentido de beneficiar a saúde mental do próprio ou dos outros. Assim, só é considerada LSM quando, por exemplo, veja-se no caso da depressão, existe o conhecimento sobre a neurotransmissão, mas também o conhecimento sobre como procurar ajuda para esta situação ou como assistir alguém a lidar com esta situação (Jorm, 2014).

No conceito de LSM estão incorporadas cinco componentes que incluem o: a) reconhecimento dos problemas e perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda; b) conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis; c) conhecimento sobre estratégias de autoajuda eficazes; d) conhecimento e competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros e e) conhecimento acerca do modo de prevenção de perturbações mentais (Jorm, 2014).

1.1- COMPONENTES DO CONCEITO DE LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

De modo a ter uma noção mais detalhada destas cinco componentes do conceito de LSM será feita, em seguida, uma abordagem individual com recurso à evidência científica que as suporta.

a) Reconhecimento dos problemas e perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda

É do conhecimento geral que existem muitas pessoas com problemas e perturbações mentais que não procuram ajuda ou atrasam a procura de ajuda. Os dados de inquéritos nacionais, em vários países, acerca da saúde mental, indicam que uma percentagem substancial de pessoas que se identificam com este tipo de perturbações

não procura ajuda, mesmo em países mais desenvolvidos (Wang et al., 2007 como referido por Jorm, 2014).

Neste sentido, é importante reduzir as barreiras para que haja uma procura de ajuda mais atempada (Jorm, 2014).

Uma importante barreira existente é o problema em reconhecer que os sintomas que a pessoa está a vivenciar são indicadores de uma perturbação mental (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010 como citado por Jorm, 2014).

Outra barreira considerada é a de que mesmo quando pensam em procurar ajuda, há um atraso de vários anos até que esta aconteça, nomeadamente para as perturbações relacionadas com o humor, a ansiedade e o uso de substâncias, o que se pode traduzir em consequências adversas (Jorm, 2014). A duração média para a procura de ajuda profissional situa-se em cerca de dez anos, sendo que oito destes anos decorrem desde os primeiros sintomas até ao reconhecimento da situação como um problema, e os restantes dois anos compreendem o tempo que decorre entre esse reconhecimento e a procura de ajuda (Jorm, 2014).

Uma das razões que leva a pessoa a não reconhecer que existe um problema é que, frequentemente, os primeiros sintomas ocorrem durante a adolescência e o início da vida adulta, período em que a experiência e os conhecimentos de vida podem ser insuficientes necessitando, por isso, da ajuda dos pais ou de outros adultos, de modo a que estes auxiliem no reconhecimento e na procura de ajuda profissional (Jorm, 2014).

Os estudos realizados com adolescentes e jovens adultos sobre LSM em que se pede que estes assinalem a perturbação mental que está presente, após a descrição de sintomatologia numa vinheta, demonstram que há espaço para o melhoramento destes conhecimentos (Jorm, 2012 citado por Jorm, 2014). Em Portugal, cerca de um quarto da população jovem estudada falhou no reconhecimento da perturbação mental depressão, associada a uma vinheta (Loureiro et al., 2013).

A vantagem no reconhecimento de uma perturbação mental é que permite levar à procura de ajuda. Nos estudos efetuados, os jovens que reconheciam corretamente as perturbações associadas às vinhetas tinham tendência para procurar ajuda mais apropriada e com preferência pelos tratamentos (Wright et al., 2007 citado por Jorm, 2014). Para além disso, o reconhecimento correto da vinheta pode ativar o esquema

mental que associa o conhecimento adequado à ação correta a tomar (Haller, Sawyer, & Patton, 2009 como citado por Jorm, 2014).

b) Conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis

Para que haja uma procura de ajuda apropriada é necessário que a pessoa, com um problema de saúde mental, tenha conhecimento acerca do papel dos vários profissionais e a forma de acesso a eles. Resultados de fontes de inquéritos referem que, em vários países, há uma procura de fontes informais de ajuda, como amigos e família ao invés de profissionais (Jorm, 2014). Em Portugal, os jovens do ensino secundário demonstram maior preferência pela procura de amigos (80.9%) e familiares (75,1%) ultrapassando a preferência por ajuda profissional como médico, psiquiatra e enfermeiro, com exceção dos psicólogos (89,0%) (Loureiro et al., 2013). O facto de os adolescentes/ jovens procurarem os pares como fonte de ajuda pode ser preocupante no sentido em que estes últimos podem não ter o conhecimento e a experiência de vida adequados para exercer o papel de quem ajuda ou facilitar a procura de ajuda adequada (Jorm, 2014).

Relativamente aos tratamentos, os psicotrópicos, por exemplo, embora sejam recomendados para problemas de saúde mental, têm uma conotação negativa no seio da população (Jorm, 2012 citado por Jorm, 2014). Estes podem ser encarados como sendo mais prejudiciais do que benéficos e, por isso, são vistos como menos favoráveis em detrimento daqueles que não têm uma evidência científica na sua eficácia, como as vitaminas, por exemplo (Jorm, 2014).

No caso da depressão, os jovens Portugueses referem que as vitaminas são mais benéficas para tratamento do que os antidepressivos (Loureiro et al., 2013). Este tipo de crenças pode interferir com o tratamento adequado, já que, estudos comprovam que pessoas com depressão e que apresentam uma atitude negativa relativamente aos antidepressivos, preferem que estes não sejam prescritos, têm maior dificuldade em seguir prescrições e tendem a retirar menos benefícios desta medicação (Pyne et al., 2005 como citado por Jorm, 2014).

c) Conhecimento sobre estratégias de autoajuda eficazes

Ao contrário da recetividade relativamente aos profissionais e tratamentos, há uma maior concordância no que respeita às estratégias de autoajuda. Estas são bem aceites, no entanto, verifica-se que algumas podem ser mal adaptativas (uso de álcool) e outras bem adaptativas (exercício físico) sendo, pois, importante, que exista

esclarecimento e conhecimento sobre as estratégias que podem ser prejudiciais e aquelas que podem ser benéficas (Jorm, 2014).

Quando se trata de uma doença física (ex. dor de cabeça), a forma que as pessoas usam para inicialmente lidar com o problema engloba estratégias de autoajuda, como massagem, colocar uma compressa fria na região frontal e fazer automedicação. Apenas quando estas estratégias não são suficientes recorrem ao médico de família e só mais tarde, caso o problema persista, a um médico especialista (neurologista, por ex.) (Jorm, 2014).

No caso de depressão e ansiedade moderadas, geralmente, as pessoas procuram inicialmente o contato com os amigos, conversar com os familiares, praticar exercício físico e iniciar atividades de que gostem e apenas quando, os sintomas persistem ou pioram, podem recorrer a outras estratégias como comprar remédios à base de ervas ou fazer meditação ou ainda, procurar ajuda profissional e respetivos tratamentos especializados (Jorm, Griffiths, Christensen, Parslow, & Rodgers, 2004 como citado por Jorm, 2014).

Num estudo realizado com profissionais especializados na área da saúde mental, as estratégias de autoajuda recomendadas para lidar com os sintomas ligeiros de depressão estavam relacionadas com o estilo de vida (exercício físico, hábitos regulares de sono, atividades com propósito e resultados que proporcionem satisfação pessoal); estratégias psicológicas (auto-reconhecimento e gratificação pelos pequenos objetivos alcançados, aprender métodos de meditação); estratégias interpessoais (falar com outros sobre os problemas e verbalizar sentimentos); hábitos alimentares saudáveis e equilibrados (Morgan, & Jorm, 2009 citado por Jorm, 2014). É importante que estas estratégias sejam amplamente divulgadas pela população de modo a contribuir para a promoção da saúde mental.

Um achado positivo nos adolescentes portugueses (Loureiro et al., 2013) é que o consumo de álcool é considerado como sendo prejudicial quando se encara como estratégia de autoajuda.

d) Conhecimento e competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros

A população necessita de conhecimentos e competências para providenciar ajuda de forma mais adequada. Assistir a pessoa a procurar um profissional é considerada como ajuda, já que as pessoas estão mais predispostas a recorrer a um profissional se forem sugeridas e incentivadas a isso por outros (Cusack, Deane, Wilson, & Ciarrochi,

2008 como citado por Jorm, 2014). Estes outros, no caso dos adolescentes, são em particular os pais e adultos jovens que podem desempenhar um papel importante na procura de ajuda (Frödj et al., 2007 citado por Jorm, 2014), bem como todos aqueles que proporcionam suporte social (Jorm, 2014). Para os adolescentes os seus pares são, muitas vezes, a sua fonte preferida de ajuda, pelo que estes devem saber quais as mensagens chave a passar quando estão a prestar ajuda, nomeadamente não assumirem toda a responsabilidade da ajuda mas sim fazer a ligação a um adulto de confiança (Ross, Hart, Jorm, Kelly, & Kitchener, 2012 como citado por Jorm, 2014).

Os jovens portugueses dos 14 aos 24 anos de idade (n=4938,) quando questionados sobre as opções para prestar ajuda, valorizam as estratégias benéficas de escutar a pessoa que está a passar pelo problema e o aconselhamento para que procure ajuda profissional (Loureiro et al., 2013), o que é positivo. No entanto, outras estratégias como manter a pessoa ocupada para que não pense tanto nos problemas e dizer à pessoa com firmeza para andar para a frente foram também consideradas pela maioria dos jovens (Loureiro et al., 2013).

e) Conhecimento acerca do modo de prevenção de perturbações mentais

A prevenção das perturbações mentais é a componente mais negligenciada da LSM (Jorm, 2014). Ao contrário do que acontece para a doença física, em que as mensagens de prevenção estão relacionadas com a modificação de comportamentos relacionados com fatores de risco (ex: consumo de tabaco, exposição solar), na doença mental os fatores de risco modificáveis são sociais e mais complexos de alterar (Moore et al., como citado por Jorm, 2014).

Estudos com jovens, na Austrália, indicam que estes acreditam que evitar lidar com situações stressantes é uma forma de prevenir problemas, enquanto que os profissionais da saúde mental acreditam que esta estratégia é prejudicial (Yap et al., 2012 como citado por Jorm, 2014), particularmente nos problemas de ansiedade, em que esta estratégia só irá aumentá-los (Jorm, 2014).

Também os jovens portugueses encaram esta estratégia como positiva (83,6%), ao mesmo nível de outras estratégias como manter contacto com família (86,2%) e amigos (85,6%) (Loureiro, et al.2013).

2- PRIMEIRA AJUDA EM SAÚDE MENTAL

A Primeira Ajuda em Saúde Mental resulta da operacionalização do conceito de LSM, apresentado por Jorm no final da década de 90, que passou a ser encarado como um conhecimento voltado para a ação, que tanto pode beneficiar a saúde do indivíduo, como daqueles que o rodeiam (Loureiro, 2014).

2.1. DEFINIÇÃO E PRESSUPOSTOS

A Primeira Ajuda em Saúde Mental (PASM) é o conceito adaptado para o contexto português do original *Mental Health First Aid* (MHFA), um programa inspirado nos cursos de primeiros socorros, desenhado pelos australianos Betty Kitchener e Anthony Jorm, com o foco na saúde mental e que os seus fundadores concluem como sendo um método efetivo para melhorar a LSM (Kitchener & Jorm, 2002).

Este conceito PASM, traduzido e adaptado para Portugal (Loureiro, 2014) é entendido como a ajuda que alguém presta a uma pessoa que está num momento de crise ou a desenvolver um problema relacionado com a saúde mental, até que esta receba ajuda profissional ou que a situação de crise seja ultrapassada.

Esta ajuda, prestada no âmbito da saúde mental, por alguém que não é profissional de saúde mental mas que se encontra na rede social da pessoa que precisa de ajuda, tem princípios próprios, que à semelhança com os primeiros socorros noutras áreas, são: 1- preservar a vida; 2- Prevenir ferimentos ou danos futuros; 3- Promover a recuperação; 4- Oferecer conforto à pessoa que está doente ou magoada (Loureiro, 2014).

O programa original da Austrália (MHFA) foi desenhado para adultos que convivem com adolescentes tendo em consideração que a adolescência pode começar antes dos 12 anos e pode continuar ao longo dos 20 anos de idade podendo, assim, ser relevante para idades ligeiramente inferiores e superiores a estas (Kelly, Kitchener, & Jorm, 2010).

Existem várias razões pelas quais a formação em PASM é necessária e importante. Uma das principais razões é porque os problemas de saúde mental (depressão, ansiedade, entre outros) têm o seu início, muitas vezes, no início da adolescência ou da vida adulta (Loureiro, 2014). Os pares são pessoas próximas que podem prestar

ajuda, no entanto, se nos referirmos aos pares também como adolescentes, estes podem não ter informação suficiente sobre os sinais que indicam um problema de saúde mental nem ter a experiência dos adultos no que se refere à ajuda em si ou à procura de ajuda profissional (Loureiro, 2014). Também os adultos, que podem e devem desempenhar um papel importante na procura de ajuda, necessitam aumentar os seus conhecimentos e competências para eles próprios serem fonte de ajuda, já que o seu desconhecimento pode agravar os problemas (Loureiro, 2014).

Outra das razões, de acordo com Loureiro (2014), para a formação nesta área, prende-se com a problemática do estigma e da discriminação que constituem barreiras à procura de ajuda. O estigma relacionado com as perturbações mentais resulta de três componentes que são os estereótipos, o preconceito e a discriminação.

Os estereótipos são crenças, que no caso das perturbações mentais são, muitas vezes negativas, e até difundidas pelos meios de comunicação social, como televisão e em representações cinematográficas, que transmitem ideias que não correspondem à realidade (Loureiro, 2014). O preconceito é a concordância das crenças com os estereótipos que pode estar associado às reacções emocionais resultando, por exemplo, em medo e angústia, perante alguém que tem um diagnóstico de uma perturbação mental (Loureiro, 2014). A discriminação está relacionada com o comportamento que um indivíduo apresenta baseado no preconceito, resultando, por exemplo, em recusar-se a trabalhar no mesmo grupo com um colega que apresente um problema de saúde mental (Loureiro, 2014).

O estigma contribui, assim, para a recusa, o que pode resultar em atraso na procura de ajuda. Quem está a viver o problema (adolescentes/ jovens adultos) pode sentir vergonha em falar sobre o assunto com os amigos, colegas, família e professores e também podem sentir relutância em procurar ajuda pelo facto de imaginarem o que os outros, incluindo os pares/colegas irão pensar deles (Loureiro, 2014).

Por outro lado, os adolescentes/ jovens adultos podem não perceber ou reconhecer que precisam de ajuda, uma vez que a sua capacidade para tomar uma decisão racional está afetada pelo problema pelo qual estão a passar ou porque o sentimento de desespero impede-os de saber o que fazer para se sentirem melhor (Loureiro, 2014).

O objetivo dos cursos de primeira ajuda em saúde mental é divulgar, pela comunidade em geral, competências básicas para ajudar uma pessoa com um problema de saúde

mental tendo sido desenhado para ser dirigido a não profissionais e não tem como objetivo ensinar competências clínicas (Kitchener & Jorm, 2017).

Os resultados obtidos de uma meta análise demonstram que os cursos de primeira ajuda em saúde mental permitem aos seus participantes aumentar os conhecimentos relacionados com a saúde mental, diminuir as suas atitudes negativas e aumentar os comportamentos de ajuda dirigidos a pessoas com problemas de saúde mental sendo, por isso, recomendados para ações de saúde pública (Hadlaczky, Hökby, Mkrtchian, Carli, & Wasserman, 2014).

2.2- EVIDÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Desde a sua primeira implementação com efeitos positivos, na Austrália, em 2001 (Kitchener & Jorm, 2002), o programa de MHFA foi sofrendo alterações no aumento do número de horas e nas perturbações a abordar (Kitchener & Jorm, 2008).

Inicialmente desenhado para capacitar adultos a assistir adultos (Kitchener & Jorm, 2006), outras versões foram sendo desenvolvidas, resultando mais recentemente em alguns cursos relacionados com adolescentes, designadamente o *Youth MHFA*, com o objetivo de adultos poderem ajudar adolescentes (Kelly et al., 2011) e o programa *teen MHFA*, com o objetivo de adolescentes assistirem os seus pares (Hart, Mason, Kelly, Cvetkovski, & Jorm, 2016).

O programa MHFA largamente disseminado na Austrália (Kitchener & Jorm, 2017) já implementado em vários países como Escócia (2003), Hong Kong (2003), Canadá (2004), Finlândia (2006), Singapura (2006), Inglaterra (2007) e Irlanda (2007), contribuiu para melhorar o conhecimento, a confiança para prestar a primeira ajuda e diminuir atitudes estigmatizantes (Jorm, 2011; Kitchener & Jorm, 2008; Kitchener & Jorm, 2006). Para além destes benefícios verificou-se que esta intervenção é promotora da saúde mental pois, apesar de não providenciar terapia nem benefícios pessoais, fornece informação de qualidade que os próprios indivíduos podem usar para fazerem melhores escolhas para a sua saúde (Kitchener & Jorm, 2006).

A evidência acerca da avaliação dos efeitos de programas de treino controlados, demonstra consistentemente que o curso aumenta: 1) o reconhecimento de problemas de saúde mental (quando não reconhecidos no pré-teste); 2) o alinhamento das crenças dos participantes relativamente ao tratamento com as dos profissionais de

saúde; 3) a intenção de ajudar os outros; 4) a confiança nas suas competências para ajudar outros, bem como a diminuição do estigma (Happell, Wilson, & McNmara, 2015).

Uma meta análise produzida no sentido de estimar os efeitos do programa MHFA, tanto para adultos como para jovens, de acordo com resultados publicados até março de 2014, permitiu evidenciar que o MHFA é considerado efetivo em a) aumentar os conhecimentos relacionados com os problemas de saúde mental; b) diminuir as atitudes negativas dirigidas a indivíduos que sofram com um problema de saúde mental e c) aumentar o comportamento de providenciar ajuda, o que em última análise permite aumentar a LSM da população em geral (Hadlaczky, Hökby, Mkrtchian, Carli & Wasserman, 2014).

A partir de 2013, o curso MHFA, com a duração de 13 horas começou a ser implementado a estudantes de enfermagem na Austrália (Happell, Wilson, & MacNamara, 2014) tendo sido frequentado por 15 728 estudantes de enfermagem e 5525 estudantes de medicina até maio de 2016, dentro do país (Kitchener & Jorm, 2017).

Os materiais do curso adaptado para estudantes de enfermagem e medicina indicam claramente que este programa serve para beneficiar a saúde mental dos próprios participantes e da saúde mental dos seus pares (Kitchener & Jorm, 2017).

Um estudo com avaliação pré e pós teste, elaborado no sentido de perceber se houve mudanças nos estudantes de enfermagem (n=292) e medicina (n=142), após a frequência de cursos de primeira ajuda em saúde mental, realizado na Austrália, permitiu concluir que houve efeitos positivos, designadamente no aumento dos conhecimentos e das intenções para providenciar primeira ajuda em saúde mental, no aumento da confiança em ajudar um par e, simultaneamente, na diminuição do estigma, nos estudantes que anteriormente frequentaram programas educacionais de primeira ajuda em saúde mental (Bond, Jorm, Kitchener, & Reavley, 2015).

Outro estudo realizado com estudantes de enfermagem do primeiro ano (n=181), realizado na Austrália, revelou que o programa de primeira ajuda em saúde mental causou um impacto positivo nos conhecimentos em saúde mental, na confiança para ajudar, nas intenções em prestar primeira ajuda, na distância social e nalguns aspetos do estigma pessoal, entre os estudantes de enfermagem (Burns et al., 2017).

Em 2014, o curso PASM, traduzido e adaptado para o contexto Português (Loureiro, 2014) e, seguindo a mesma estrutura do programa MHFA, foi aplicado pela primeira vez em Portugal, a um grupo de estudantes de enfermagem, recém-licenciados, tendo-se observado níveis elevados de LSM em todas as suas componentes, no final da intervenção (Sousa, 2015).

2.3- PRIMEIRA AJUDA NO CONTEXTO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

A entrada para o ensino superior implica uma mudança na vida dos jovens estudantes, já que coincide com “um período específico de desenvolvimento físico, cognitivo, psicológico e social do indivíduo” (Valadas e Gonçalves, 2002 citado por Almeida, 2014, p.9).

A par das mudanças que estão a ocorrer no período de adolescência, como alterações físicas, cognitivas, emocionais e sociais, ao que corresponde um momento de desenvolvimento de maturidade psicológica, mas também de vulnerabilidade psicológica (Loureiro, 2014), o estudante do ensino superior enfrenta ainda as exigências da vida académica e da vida social que simultaneamente se vão transformando (Valadas e Gonçalves, 2002 citado por Almeida, 2014).

Do mesmo modo, a faixa etária destes estudantes (18-25 anos) coincide com o início dos primeiros sintomas de saúde mental, como os distúrbios depressivos (Kessler et al., 2005 citado por Almeida, 2014).

O suicídio, enquanto consequência máxima das doenças mentais, é a segunda causa mais comum de mortalidade entre os jovens dos 15 aos 29 anos em todo o mundo (WHO, 2013).

Nogueira (2017) refere que os dados de uma revisão da literatura sobre a saúde mental dos universitários (Storrie, Ahern, & Tuckett, 2010) confirmam que os problemas maioritariamente encontrados são os relacionados com ansiedade, *stress*, sintomas depressivos, problemas de integração com dificuldades interpessoais e insucesso escolar.

Os dados portugueses sobre a prevalência anual resultante do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Caldas de Almeida J & Xavier M, 2013) relativo à população maior de 18 anos, indicam que das perturbações psiquiátricas que afetam mais de um quinto da população, as mais prevalentes são as da ansiedade (16,5%) e

as perturbações depressivas (7,9%), com maior incidência na faixa etária dos 18 aos 34 anos de idade (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2014).

De forma consensual considera-se que a entrada no ensino superior corresponde a um processo de transição potenciador de *stress* e ansiedade e que, apesar de ser vivido de forma diferente por cada um, poderá resultar de forma nefasta no desenvolvimento psicológico dos estudantes, ou ainda, agravar outros problemas de saúde mental já existentes (Cooke, Bewick, Bahrkham, Bradley e Audin, 2006; Costa e Leal, 2004 citado por Almeida, 2014).

Uma revisão sistemática da literatura acerca dos agentes stressores dos estudantes de enfermagem (Pulido-Martos & Augusto-Landa, 2012) revela que as fontes mais comuns de *stress* estão relacionadas com as exigências académicas (revisões, carga de trabalho e problemas associados com o estudo), mas também com as fontes relacionadas com o ensino clínico (medo de situações desconhecidas, do possível erro clínico com os pacientes, ou com o manuseamento de equipamentos técnicos), não se verificando mudanças nos diferentes anos letivos.

Os jovens a estudar para profissionais de saúde estão expostos a várias situações, desde experienciarem pessoalmente momentos de *stress*, passando por terem que trabalhar com outros estudantes e profissionais que passam pelo mesmo, até cuidarem de pacientes que podem estar a passar por momentos de crise (Kelly, DipEd & Birks, 2017).

Especificamente os estudantes de enfermagem têm sido referidos como tendo um risco acrescido de desenvolverem problemas de saúde mental devido às suas funções e exigências relacionadas com o exercício da enfermagem (Bovopoulos, Kelly, Bond, & Kitchener, 2013 citados por Kelly, DipEd & Birks, 2017).

De igual modo, há também a referência de que os estudantes de enfermagem, especialmente nos primeiros anos do curso apresentam reduzida literacia em saúde mental (McCann, Lu, & Berryman, 2009 citado por Kelly, DipEd & Birks, 2017), pelo que a frequência no programa de primeira ajuda em saúde mental tem o potencial de melhorar a sua LSM, bem como reduzir o estigma entre as populações de estudantes (Kelly, DipEd, & Birks, 2017; Burns et al., 2017; Crawford et al., 2015; Bond et al., 2015; Happell, Wilson, & McNamara, 2015; Kitchener & Jorm, 2017).

2.4- PLANO DE AÇÃO DA PRIMEIRA AJUDA EM SAÚDE MENTAL

O curso PASM ensina a reconhecer e valorizar os sintomas de perturbações mentais e de situações de crise relacionadas com os problemas de saúde mental, indicando o modo mais adequado de prestar ajuda inicial e encaminhar o adolescente para profissionais adequados e outros apoios (Loureiro, 2014).

O curso PASM ensina, de acordo com Loureiro, Sousa e Gomes (2014), a:

- a) Reconhecer os sinais e valorizar os sintomas de problemas, perturbações e crises relacionadas com a saúde mental;
- b) Adequar a oferta de ajuda inicial e a guiar a pessoa no sentido de procurar e receber tratamentos adequados e outros apoios especializados.

A pessoa que vai prestar a primeira ajuda necessita de conhecimentos básicos sobre problemas de saúde mental, de modo a que reconheça os sinais que observa e não os ignore ou desvalorize considerando-os como fazendo parte do processo de mudança que é a adolescência (Loureiro, 2014).

Os sinais são alterações que podem ser identificadas, como por exemplo o choro, a agressividade, o abuso de álcool e o ganho ou perda de peso (Loureiro, 2014).

Os sintomas são aquilo que a pessoa vivencia e sente sendo, por isso, subjectivos e sujeitos à interpretação de quem os vive e podem ser, sofrimento, pessimismo, desesperança (Loureiro, 2014).

Se o prestador da ajuda reconhecer no outro sinais e acreditar que está subjacente um problema de saúde mental deve abordar a pessoa com o intuito de ajudar e para isso, ter um plano de acção pode tornar a abordagem mais eficaz (Loureiro, 2014).

A primeira ajuda engloba algumas premissas importantes para o seu sucesso (Jorm, 2012 citado por Loureiro, Sousa, & Gomes, 2014, p.65): Aproximar-se da pessoa; Avaliar a situação; Assistir a pessoa numa situação de crise; Escutar sem fazer juízos de valor; Oferecer apoio; Dar informação; Encorajar a pessoa a obter ajuda profissional e Encorajar a pessoa a obter outros tipos de apoio (ex. apoio social, estratégias de autoajuda).

À semelhança do que acontece com os cursos de primeiros socorros, em que existe uma mnemónica associada a um procedimento de intervenção, também o curso PASM disponibiliza um plano de acção associado a uma mnemónica, no qual o

prestador da ajuda poderá não necessitar de cumprir todas as etapas do procedimento (Loureiro, 2014).

Deste modo é considerada a implementação de cinco ações desenhadas para a obtenção de capacidades para a prestação de primeira ajuda (Kelly et al., 2010 como citado por Loureiro, Sousa, & Gomes, 2014). Esta mnemónica é designada de **ANIPI** e consiste em (Loureiro, 2014; Kelly et al., 2010 como citado por Loureiro, Sousa, & Gomes, 2014):

- A-** Aproximar-se da pessoa, observar e ajudar (em crise);
- N-** Não julgar e escutar com atenção;
- I-** Informar e apoiar;
- P-** Procurar ajuda profissional especializada incentivando a pessoa a obtê-la e
- I-** Incentivar o recurso a outros apoios.

Estas ações não têm que seguir a ordem descrita sendo cumpridas todas ou em parte, de acordo com a decisão do prestador da ajuda, baseada na sua avaliação, de modo a dar a resposta mais adequada à pessoa que está a ser ajudada (Loureiro, 2014).

O programa PASM, à semelhança do programa MHFA, é constituído por 14 horas de formação presencial (Kelly, Kitchener, & Jorm, 2010; Loureiro, 2014).

O programa engloba três dimensões de formação, nomeadamente: Saúde Mental, Adolescência e Primeira Ajuda; Primeira Ajuda-Problemas de Saúde Mental e Plano de Ação; Primeira Ajuda em Saúde Mental em Situação de Crise e aborda cinco problemas de saúde mental, designadamente: Depressão, Ansiedade, Perturbações Alimentares, Psicose e Abuso de álcool (Loureiro, 2014).

No que respeita às situações de crise são tratadas as seguintes temáticas: Ideação suicida, Comportamentos Autolesivos, Ataques de pânico, Acontecimentos traumáticos, Surto Psicótico, Abuso de Álcool e Comportamentos Violentos (Loureiro, 2014).

CAPÍTULO II - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Inicia-se o presente capítulo apresentando os passos metodológicos adotados no estudo, de forma sequencial. Assim serão apresentados: o desenho utilizado, a hipótese; a caracterização da amostra; o instrumento de colheita de dados; a estrutura do programa e o procedimento de colheita de dados, assim como a descrição das técnicas estatísticas utilizadas no tratamento de dados.

1. DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo é de natureza quantitativa, de nível IV, nomeadamente prosseguindo um desenho pré-experimental, com grupo experimental, avaliado com pré e pós teste (“one-group pretest-posttest design”).

2. HIPÓTESE SOB ESTUDO

H₁: A frequência do programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental pelos estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem, contribui para um aumento da sua literacia em saúde mental, em todas as suas componentes.

3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A constituir uma amostra não probabilística, participaram no estudo 46 estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) sendo que 8 (17,4%) são do sexo masculino e 38 (82,3%) do sexo feminino. Em termos de idade, a média é de 20,74 anos (desvio padrão=2,20 anos), sendo a idade mínima observada de 19 anos e a máxima de 31 anos. O coeficiente de variação, medida de dispersão relativa é de 0,11 (11,0%), o que revela um grupo homogéneo do ponto de vista da idade. Ao nível dos anos letivos de frequência do curso, 28 (60,9%) estudantes frequentam o 2.º ano, 9 (19,6%) o 3.º ano e 9 (19,6%) o 4.º ano do CLE.

Relativamente às habilitações literárias dos pais dos participantes (tabela 1), podemos observar que a distribuição das habilitações se concentra, no caso do pai, no ensino básico 3º Ciclo – Curso geral dos liceus (9ºano) com 41,3% e no caso das mães, no Ensino secundário com 32,6%. Procedeu-se à realização do teste de quiquadrado de diferença de proporções para tabelas LXC, indicando os resultados que as habilitações dos pais são homogéneas em termos de grupos ($\chi^2_{(20)}=22,10$; $p=0,335$).

Tabela 1 - Distribuição absoluta e percentual das habilitações literárias dos pais dos participantes (N=46)

Habilitações literárias	Pai		Mãe	
	n.º	%	n.º	%
Ensino básico – 1º Ciclo (antiga 4ª classe)	6	13,0	3	6,5
Ensino básico – 2º Ciclo (Ensino preparatório – antigo 6º ano)	6	13,0	10	21,7
Ensino básico – 3º Ciclo – Curso geral dos liceus (9ºano)	19	41,3	10	21,7
Ensino secundário (Curso complementar dos liceus)	9	19,6	15	32,6
Bacharelato/Licenciatura	5	10,9	8	17,4
Mestrado/Doutoramento	1	2,2	---	---

4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados utilizado (anexo I) foi a versão portuguesa do Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental), já validado para a população portuguesa (Loureiro, 2015).

Trata-se de um questionário constituído por um conjunto de itens que pretendem avaliar as cinco diferentes componentes da LSM, utilizando diversos formatos de resposta, tal como se apresenta seguidamente.

A primeira parte do QuALiSMental inclui as instruções de preenchimento e questões de caracterização sociodemográfica (género, idade, habilitações literárias dos pais e ano do curso que frequenta). A segunda parte é constituída por diferentes seções relativas a cada componente da LSM. Previamente são apresentadas duas vinhetas relatando problemas de saúde mental, nomeadamente depressão e ansiedade (Tabela 2), de acordo com os critérios de diagnóstico da DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014).

Tabela 2 – Vinhetas com a descrição de problemas/perturbações mentais utilizadas no QuALiSMental

Vinheta A – Depressão:

A Joana é uma jovem de 18 anos que se tem sentido invulgarmente triste durante as últimas semanas. Sente-se sempre cansada e tem problemas para adormecer e manter o sono. Perdeu o apetite e ultimamente tem vindo a perder peso. Tem dificuldade em concentrar-se no estudo e as suas notas desceram. Mesmo as tarefas do dia-a-dia lhe parecem muito difíceis, pelo que tem adiado algumas decisões. Os seus pais e amigos estão muito preocupados com ela.

Vinheta B – Ansiedade

A Rita tem 18 anos e entrou no ensino superior em Outubro do último ano, tendo mudado de cidade para frequentar o curso. Desde que mudou para a nova instituição, tornou-se ainda mais tímida do que habitualmente e fez apenas uma amiga. Ela gostaria de fazer mais amigos, mas tem medo de fazer ou dizer algo embaraçoso quando está com outras pessoas. Embora o desempenho escolar da Rita seja razoável, raramente participa nas aulas e fica muito nervosa, corada, a tremer e sente que pode vomitar se tiver de responder a alguma pergunta ou falar na frente da turma. Com a sua família, a Rita é muito conversadora, mas com os colegas da casa onde vive tal não acontece, preferindo ficar calada quando recebem alguém que não conhece bem. À exceção dos telefonemas da família, nunca atende o telefone e recusa-se a participar em eventos sociais. Ela sabe que os seus medos são exagerados, mas não consegue controlá-los e isso realmente perturba-a.

Para proceder à avaliação da componente **reconhecimento dos problemas e perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda**, no questionário, após cada vinheta, aparecem as seguintes questões respetivamente: “Na tua opinião, o que é que se passa com a Joana? (Podes assinalar várias respostas) e “Na tua opinião, o que é que se passa com a Rita? (Podes assinalar várias respostas). A possibilidade de respostas consiste em 17 itens, sendo que entre eles existem rótulos de problemas de saúde mental, bem como a possibilidade de escolher “Não sei”, “Não tem nada”, “tem um problema” ou “outro”, devendo neste último caso, especificar qual.

Para a componente **conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis** foram colocadas as mesmas duas questões para as duas vinhetas. A primeira questão corresponde a: “Existem diferentes pessoas e profissionais de saúde que poderão ajudar a Joana/Rita. Assinala para cada um a tua opinião. Para cada um dos 10 itens descritos, o participante assinalava uma resposta entre “Útil, Prejudicial, Nem uma coisa nem outra, Não sei”. As respostas contempladas são: médico de família, professor, psicólogo, enfermeiro, assistente social, psiquiatra, serviço

telefónico de aconselhamento, familiar próximo, amigo significativo e resolver sozinho os seus problemas.

A segunda questão é: “Dos seguintes medicamentos/ produtos quais, na tua opinião, seriam úteis ou poderão ajudar a Joana/Rita”. Dos seis itens de opção, para cada um, é assinalada uma resposta entre “Útil, Prejudicial, Nem uma coisa nem outra, Não sei”. Os itens de resposta são: vitaminas, chás, tranquilizantes/calmantes, antidepressivos, anti-psicóticos, comprimidos para dormir.

Para dar resposta à componente de **conhecimento sobre estratégias de autoajuda eficazes** foi colocada a seguinte questão para as duas vinhetas: “Existem diferentes atividades que poderão ajudar a Joana/Rita. Assinala para cada uma a tua opinião.”

Os 12 itens, com formato de resposta útil, prejudicial, nem uma coisa nem outra e não sei referem-se às atividades de: fazer exercício físico; praticar treino de relaxamento, praticar meditação; fazer acupuntura; levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol; fazer terapia com um profissional especializado; consultar um *site* que contenha informação sobre o problema; ler um livro de autoajuda sobre o problema; juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares; procurar ajuda especializada de saúde mental; utilizar bebidas alcoólicas para relaxar; fumar para relaxar.

A componente **conhecimento e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda** aos outros é avaliada através das respostas à seguinte questão para as duas vinhetas: “São apresentadas de seguida diferentes opções que podias utilizar para ajudar a Joana/ Rita. Assinala para cada uma a tua opinião”.

Os 10 itens com formato de resposta útil, prejudicial, nem uma coisa nem outra e não sei referem-se a: ouvir os seus problemas de forma compreensiva; dizer-lhe com firmeza para andar para a frente; sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado; marcar uma consulta no médico de família com o seu conhecimento; perguntar se tem tendências suicidas; sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas; reunir o grupo de amigos para a animar; não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor; mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas; incentivá-la a praticar exercício físico.

A quinta e última componente da LSM que surge no QuALiSMental refere-se ao **conhecimento acerca do modo de prevenção perturbações mentais** e é avaliada pelo formato de resposta sim, não e não sei à mesma questão para as 2 vinhetas, que

se apresenta como “Achas que o risco de desenvolver uma situação como a da Joana/Rita reduziria se os jovens”: praticassem exercício físico; evitassem situações geradoras de stresse; mantivessem o contacto regular com amigos; mantivessem o contacto regular com a família; não utilizassem drogas; não bebessem bebidas alcoólicas; praticassem atividades relaxantes regularmente, tivessem uma crença religiosa ou espiritual.

5. INTERVENÇÃO PASM

O Curso português de Primeira Ajuda em Saúde Mental (PASM) é baseado no programa “*Mental Health First Aid*” (MHFA). Originalmente desenvolvido na Austrália, em 2001, sustentado no conceito de literacia em saúde mental apresentado por Jorm, tem como propósito, a capacitação dos indivíduos da comunidade em geral para a prestação da primeira ajuda a alguém que lhes é próximo e que esteja a desenvolver uma perturbação mental ou auxiliar alguém que esteja numa situação de crise até que esta receba cuidados de um profissional de saúde ou que a crise esteja resolvida (Jorm, 2011).

A intervenção consistiu na frequência do curso por 46 alunos do CLE, da ESEnfC, num total de 14 horas de formação. Como estratégia de intervenção decidiu-se cumprir a estrutura pre-definida do curso (Loureiro, 2014) sendo escolhidas apenas as perturbações da Depressão e da Ansiedade como focos de atenção. Esta tomada de decisão prendeu-se com aspetos de dados epidemiológicos já que para a população portuguesa estas são as perturbações mais frequentes (Plano Nacional de Saúde Mental, 2014) e com a minha escolha pessoal, existindo uma confiança maior para abordar estas temáticas, uma vez que estes temas foram trabalhados e aprofundados durante a frequência do curso de mestrado, tanto em trabalhos académicos como em ensino clínico

Deste modo a intervenção foi realizada com a seguinte estrutura (Loureiro, 2014):

- Apresentação do programa, dos intervenientes e dos objetivos do curso;
- Preenchimento do questionário (QuALiSMental): pré-teste
- Abordagem da dimensão: Saúde Mental, Adolescência e Primeira Ajuda
 - O que é a Saúde mental?
 - O que são problemas de saúde mental
 - Quão comuns são as doenças mentais em adolescentes?

- Impacto das doenças mentais
- Profissionais que podem ajudar
- Estratégias de autoajuda
- Definição de adolescência, desenvolvimento e relação entre saúde mental e adolescência
- Importância da Primeira Ajuda em Saúde Mental
- Plano de Ação
- Fatos a considerar na primeira ajuda
- Como comunicar eficazmente?
- Abordagem das dimensões: Problemas de Saúde Mental e Plano de Ação/ Primeira Ajuda em Saúde Mental em situações de crise

1. Depressão

- O que é a depressão?
- Fatores de risco associados à depressão
- Intervenções para a depressão
- Diferenças de género na depressão adolescente
- Importância da intervenção precoce na depressão
- Crises associadas à depressão (Ideação suicida/ Comportamentos autolesivos)
- Plano de ação da primeira Ajuda em Saúde Mental

2. Ansiedade

- O que é a ansiedade?
- Fatores de risco
- Intervenções para perturbação da ansiedade
- Importância da intervenção precoce na ansiedade
- Crises associadas a perturbações da ansiedade (Ataques de pânico/ Acontecimentos traumáticos)
- Plano de Ação da Primeira Ajuda em Saúde Mental

- Preenchimento do questionário (QuALiSMental): pós-teste

Como estratégias pedagógicas recorreu-se ao método expositivo, com recurso a demonstração de slides e vídeos elucidativos, numa interação dinâmica com recurso a trabalhos de grupo para formulação escrita do plano de ação (ANIPI) e à técnica de *role-play* para demonstração do plano de ação elaborado.

6. PROCEDIMENTO PARA A COLHEITA DE DADOS

O curso decorreu durante 14 horas, distribuídas por 7 horas de formação em 2 dias. Por questões pedagógicas relacionadas com a adequabilidade do número de sujeitos à natureza do programa, procedeu-se à divisão em 2 grupos, com 2 momentos distintos de formação. O primeiro curso com o primeiro grupo decorreu nos dias 21 e 22 de abril de 2017 com um total de 22 participantes e o segundo curso decorreu nos dias 16 e 17 de maio de 2017, com um total de 24 estudantes do CLE. A colheita de dados pré-teste decorreu no início das primeiras sessões nos dias 21 de abril e 16 de maio de 2017 e os dados pós-teste foram recolhidos no final do segundo dia das sessões, respetivamente a 22 de abril e 17 de maio de 2017.

Para a recolha de dados foi necessária a autorização prévia para a implementação e avaliação do curso aos estudantes do CLE da ESEnfC (anexo II), bem como para a aplicação do QuALiSMental (Loureiro, 2015). O processo de colheita de dados durante as sessões decorreu da seguinte forma: a) Apresentação do investigador; b) Comunicação dos objectivos do estudo; c) Pedido de consentimento informado; d) aplicação do QuALiSMental (Loureiro, 2015).

7. TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento estatístico foi realizado com recurso ao *software* IBM-SPSS 22.0. Foram calculadas as estatísticas resumo adequadas e as frequências absolutas e percentuais para cada componente, antes e depois da formação.

Em termos de testes estatísticos recorreremos ao teste de McNemar de mudança de opinião, dado os objetivos e o formato de resposta decorrente do instrumento utilizado. Nos casos em que as variáveis eram qualitativas com opinião ou de resposta múltipla, foram transformadas em respostas dicotómicas.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS DADOS

1. AVALIAÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

O presente capítulo refere-se aos resultados da avaliação da LSM, realizada antes e após a frequência do curso (PASM), decorrente da aplicação do QuALiSMental a todos os participantes do programa (n=46). Os resultados apresentam-se por cada componente da LSM relativamente às duas perturbações descritas nas vinhetas, que são respectivamente, no caso da Joana “Depressão” (Vinheta A) e no caso da Rita “Ansiedade” (vinheta B).

Em termos da avaliação da fiabilidade, isto é, ver se o curso produz um aumento na LSM, procedeu-se à avaliação da consistência recorrendo ao teste de mudança de opinião de McNemar para tabelas de 2x2

1.1- RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS E PERTURBAÇÕES MENTAIS DE MODO A PROMOVER E FACILITAR A PROCURA DE AJUDA

Relativamente aos resultados observados para ambas as situações descritas nas vinhetas, podemos observar (tabela 3) que antes da formação foram assinalados rótulos que não correspondiam a uma avaliação correta das situações descritas, com destaque, no caso da vinheta correspondente ao problema/perturbação de “Depressão”, para os rótulos ansiedade (56,5%), stresse (45,7%) e esgotamento nervoso (32,6%). No caso da vinheta que reportava o problema/perturbação “Ansiedade”, 43,3% assinalaram stresse, 13,6% esgotamento nervoso e 4,5% como psicose. É de salientar uma elevada percentagem que assinala o rótulo da depressão corretamente (82,6%) e 75,0% o rótulo da ansiedade, para as duas vinhetas respetivamente.

Após a formação, e recorrendo ao teste de McNemar podemos observar um aumento significativo na utilização do rótulo da depressão ($p=0,035$), passando a ser assinalado

por 95,7% dos participantes, e decréscimos significativos em termos da utilização dos rótulos stresse ($p=0,000$), esgotamento nervoso ($p=0,000$), problemas emocionais/comportamentais/mentais ($p=0,000$), anorexia ($p=0,016$) e ansiedade ($p=0,000$).

Relativamente à vinheta correspondente a “Ansiedade”, pode verificar-se pela tabela 3, que, antes da formação, os rótulos mais assinalados foram ansiedade (75,0%), problemas psicológicos (59,1%) e stresse (43,2%). No final da formação, houve um aumento do rótulo ansiedade para 93,5%, com significado estatístico ($p=0,000$), com um decréscimo dos outros dois mais assinalados, “problemas psicológicos/mentais/emocionais” ($p=0,000$) e stress ($p=0,006$). De salientar que no final, ao contrário do início, não foram assinalados os rótulos psicose, esgotamento nervoso e crise da idade.

Tabela 3 - Distribuição percentual dos rótulos assinalados, antes e depois da frequência do PASM, na componente de *reconhecimento dos problemas/perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda* (N=46)

	antes (%)	depois (%)	P
Vinheta da depressão			
Depressão	82,6	95,7	,035
Doença mental	8,7	13,0	,363
Bulimia	2,2	---	,500
Stresse	45,7	10,9	,000
Esgotamento nervoso	32,6	2,2	,000
Abuso substância	2,2	---	,500
Problemas emocionais/mentais	56,5	15,2	,000
Anorexia	13,0	---	,016
Ansiedade	56,5	6,5	,000
Vinheta da ansiedade			
Depressão	9,1	2,2	,188
Psicose	4,5	---	,250
Doença mental	11,4	8,7	,500
Stresse	43,2	19,6	,006
Esgotamento nervoso	13,6	---	,016
Crise idade	2,3	---	,500
Problemas psicológicos	59,1	15,2	,000
Ansiedade	75,0	93,5	,006

Estes resultados permitem concluir que a formação PASM possibilitou o aumento, de forma significativa, da LSM, na componente de reconhecimento dos problemas/perturbações mentais que a pessoa está a vivenciar.

1.2. CONHECIMENTOS SOBRE A AJUDA PROFISSIONAL E TRATAMENTOS DISPONÍVEIS

Podemos observar, a partir da tabela 4, que antes da formação, e relativamente à vinheta da “Depressão”, o psicólogo é considerado por todos os participantes (100%) como sendo útil, seguido do enfermeiro (95,7%), do médico de família (78,3%) e do psiquiatra (67,4%). De realçar que um amigo significativo (93,5%) e um familiar próximo (89,1%) obtiveram percentagens maiores que os profissionais médicos. Em termos de tratamentos disponíveis os chás (60,9%) e as vitaminas (54,3%) obtiveram a maioria das respostas. Após a formação, ressalta-se um aumento estatisticamente significativo, nas respostas que consideram úteis o professor ($p=0,021$), o psiquiatra ($p=0,000$) e um serviço telefónico de aconselhamento ($p=0,000$). Já nos tratamentos disponíveis as respostas estatisticamente significativas são no sentido de uma diminuição para os chás (0,006) e um aumento nos antidepressivos (0,000) e comprimidos para dormir (0,015).

No que se refere à vinheta da “Ansiedade” e em semelhança à anterior, também, antes da formação, o psicólogo é considerado pela maioria (97,8%), seguido pelo enfermeiro (78,3%) e pelo médico de família (60,9%) como profissionais de saúde úteis. Um amigo significativo e um profissional próximo continuam a ser pessoas úteis (93,5%) escolhidas à frente de profissionais como enfermeiro e médico. Relativamente aos tratamentos disponíveis, os chás foram seleccionados em 50,0%, seguidos dos tranquilizantes/calmanes em 37%.

Assim, após a formação, pode constatar-se que o professor ($p=0,010$), o enfermeiro (0,019), o psiquiatra ($p=0,00$) e um serviço telefónico de aconselhamento ($p=0,00$) sofreram um aumento estatisticamente significativo, sendo considerado úteis para prestar ajuda a pessoas com problemas de ansiedade. Nos tratamentos disponíveis, nota-se que os chás sofreram um aumento não significativo (56,5%), enquanto os tranquilizantes/calmanes, os antidepressivos e os comprimidos para dormir sofreram um aumento estatisticamente significativo ($p=0,000$; $p=0,020$; $p=0,001$).

Relativamente ao item “resolver os problemas sozinho” apenas foi considerado útil por uma pequena percentagem (2,2%) que se manteve inalterada para as 2 vinhetas, tanto antes como após a formação.

Tabela 4 - Distribuição percentual das respostas assinaladas como “úteis”, antes e depois da frequência do PASM na componente de *profissionais/pessoas que podem ajudar e medicamentos/produtos* (N=46)

Itens relativos à vinheta da depressão	Antes	depois	P
Um médico de família	78,3	80,4	,500
Um professor	60,9	82,6	,021
Um psicólogo	100,0	97,8	,500
Um enfermeiro	95,7	97,8	,500
Um assistente social	13,0	23,9	,090
Um psiquiatra	67,4	95,7	,000
Um serviço telefónico de aconselhamento	41,3	73,9	,000
Um familiar próximo	89,1	95,7	,188
Um amigo significativo	93,5	95,7	,500
Resolver sozinha os seus problemas	2,2	2,2	,750
Vitaminas	54,3	65,2	,133
Chás (Exs. Camomila ou Hipericão)	60,9	41,3	,006
Tranquilizantes/Calmantes	32,6	37,0	,395
Antidepressivos	34,8	82,6	,000
Antipsicóticos	6,5	6,5	,688
Comprimidos para dormir	26,1	47,8	,015
Itens relativos à vinheta da ansiedade			
Um médico de família	60,9	78,3	,067
Um professor	58,7	82,6	,010
Um psicólogo	97,8	100,0	,500
Um enfermeiro	78,3	95,7	,019
Um assistente social	15,2	19,6	,377
Um psiquiatra	43,5	93,5	,000
Um serviço telefónico de aconselhamento	30,4	78,3	,000
Um familiar próximo	93,5	97,8	,313
Um amigo significativo	93,5	97,8	,313
Resolver sozinha os seus problemas	2,2	2,2	,750
Vitaminas	30,4	52,2	,006
Chás (Exs. Camomila ou Hipericão)	50,0	56,5	,254
Tranquilizantes/Calmantes	37,0	80,4	,000
Antidepressivos	6,5	21,7	,020
Antipsicóticos	8,7	4,3	,344
Comprimidos para dormir	4,3	30,4	,001

Estes dados permitem referir que houve um aumento no reconhecimento da importância da utilidade de todos os profissionais de saúde listados, bem como de um serviço telefónico de aconselhamento, mas também de um amigo e um familiar próximo, aumentando, assim, o nível de LSM para esta componente. Ao mesmo tempo podemos concluir que é importante que amigos e familiares próximos tenham conhecimentos e competências para prestar ajuda já que são reconhecidos como pessoas não profissionais de referência. Relativamente aos tratamentos disponíveis notou-se um aumento do conhecimento da utilidade de tratamentos farmacológicos para os problemas/perturbações de saúde mental, o que demonstra um aumento da LSM ao nível da aquisição destes conhecimentos.

1.3. CONHECIMENTOS SOBRE ESTRATÉGIAS DE AUTOAJUDA EFICAZES

No que respeita à vinheta da “Depressão”, pode observar-se (Tabela 5) que todos os participantes elegeram, antes da formação, o praticar treino de relaxamento e fazer terapia com um profissional especializado como estratégias de auto-ajuda úteis, sendo que a percentagem desta última não se alterou após a formação. Foi dada importância também às estratégias de procurar ajuda especializada de saúde mental (89,1%), fazer exercício físico (87,0%) e praticar meditação (82,6%), tendo todas elas sofrido um aumento após a formação, embora não significativo. Um aumento estatisticamente significativo foi registado nas estratégias de levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol ($p=0,000$), consultar um *website* que contenha informação sobre o problema ($p=0,00$), ler um livro de autoajuda sobre o problema ($p=0,11$) e juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares ($p=0,029$).

No que respeita à vinheta da “Ansiedade”, destacam-se algumas estratégias que, apesar de já terem uma percentagem superior a 80%, foram considerados como úteis, com um aumento estatisticamente significativo, no final da formação, de praticar treino de relaxamento e fazer terapia com um profissional especializado ($p=0,000$ para ambos), fazer exercício físico ($p=0,008$), praticar meditação ($p=0,004$) e procurar ajuda especializada de saúde mental ($p=0,033$). Em todas as estratégias de autoajuda para o problema/perturbação de “ansiedade” houve um aumento da sua seleção, após a formação.

É de realçar que para ambas as vinhetas, e para ambos os momentos de avaliação, nunca foi considerado como útil utilizar bebidas alcoólicas para relaxar e fumar para relaxar.

Tabela 5 - Distribuição percentual das respostas assinaladas como “úteis”, antes e depois da frequência do PASM na componente de *conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda* (N=46)

Itens relativos à vinheta da depressão	Antes	depois	<i>P</i>
Fazer exercício físico	87,0	95,7	,109
Praticar treino de relaxamento	100,0	93,5	,125
Praticar meditação	82,6	91,3	,172
Fazer acupunctura	45,7	45,7	,637
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol	37,0	87,0	,000
Fazer terapia com um profissional especializado	100,0	100,0	(a)
Consultar um <i>website</i> que contenha informação...	17,4	54,3	,000
Ler um livro de autoajuda sobre o problema	45,7	67,4	,011
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas...	69,6	87,0	,029
Procurar ajuda especializada de saúde mental	89,1	95,7	,227
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar	---	---	(a)
Fumar para relaxar	---	---	(a)
Itens relativos à vinheta da ansiedade			
Fazer exercício físico	84,8	100,0	,008
Praticar treino de relaxamento	87,0	100,0	,016
Praticar meditação	80,4	97,8	,004
Fazer acupunctura	39,1	58,7	,018
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol	37,0	80,4	,000
Fazer terapia com um profissional especializado	87,0	100,0	,016
Consultar um <i>website</i> que contenha informação...	26,1	58,7	,000
Ler um livro de autoajuda sobre o problema	50,0	69,6	,006
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas...	71,7	89,1	,019
Procurar ajuda especializada de saúde mental	80,4	95,7	,033
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar	---	---	(a)
Fumar para relaxar	---	---	(a)

(a) - Teste não realizado

Os dados obtidos permitem salientar que há um bom conhecimento das estratégias de autoajuda eficazes tanto antes como após a frequência do curso já que as estratégias de autoajuda consideradas não eficazes não foram consideradas pelos participantes e todas as outras foram evidenciadas como positivas, designadamente fazer terapia com um profissional especializado para o problema de depressão e para o problema de ansiedade para além da anterior, também o praticar treino de relaxamento e praticar exercício físico.

1.4. CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS PARA PRESTAR APOIO E DAR A PRIMEIRA AJUDA A OUTROS

Como se pode observar pela Tabela 6, no caso da Joana (Depressão), todos os participantes consideram útil ouvir os seus problemas de forma compreensiva, opinião que não se altera, ao longo da formação sendo também considerado por todos, no caso da Rita (Ansiedade), no momento depois da formação.

A sugestão para que procure ajuda de um profissional foi eleita, para o caso da Joana, por uma grande maioria tanto antes (91,3%) como após a formação (97,8%), já no caso da Rita observou-se um aumento significativo desta opção, após a formação passando de 73,9% para 95,7%.

Mais de metade dos participantes escolheram, para a Joana, as opções de incentivá-la a praticar exercício físico (69,6%) tendo havido um aumento estatisticamente significativo após a formação (97,8%), tendo também sido escolhidas as opções de marcar uma consulta no médico de família com o seu conhecimento e reunir o grupo de amigos para a animar, ambas com 63,0%.

Também a estratégias de incentivá-la a praticar exercício físico foi eleita para o caso da Rita, por 80,4% no momento antes, e por todos os participantes após a formação.

A opção, para a Rita, de marcar uma consulta no médico de família com o seu conhecimento sofreu um aumento significativo, no momento após (52,2%, 78,3%), ao contrário de reunir o grupo de amigos para a animar que sofreu um decréscimo (71,7%; 58,7%).

No caso da Joana, foi selecionada, antes do curso, por pouco mais de metade dos participantes (52,2%) a opção mantê-la ocupada para que não pense, tendo sofrido um decréscimo significativo (37,0%) no momento depois. Já no caso da Rita também houve decréscimo, mas não significativo (54,3% para 45,7%).

Com aumento estatisticamente significativo após a formação ($p=0,000$) foi a seleção da opção perguntar se tem tendências suicidas (30,4% antes e 87,0% depois), para o caso da Joana, o que também aconteceu para o caso da Rita (21,7% antes e 43,5%).

A estratégia pouco positiva de dizer à Joana, com firmeza para andar para a frente, já pouco selecionada no momento antes (10,9%), sofreu uma diminuição no momento depois (2,2%), o que se verificou também para o problema da Rita (19,6% antes, 4,3% depois).

De salientar, que estratégias não adaptativas, em momento algum. Para o caso da Joana foram tidas em conta como opção de ajuda, tais como sugerir que beba uns copos para esquecer e não valorizar o seu problema, ignorando-a. Já no caso da Rita, esta última foi selecionada por uma minoria (2,2%) no momento antes, tendo desaparecido no momento após a formação.

De uma forma geral constata-se bom nível de literacia na componente voltada para a ação que implica ter conhecimentos e competências para prestar apoio e primeira ajuda a alguém que esteja a passar por um problema ou por uma crise relacionada com a saúde mental, com aumento após a formação PASM.

Tabela 6 - Distribuição percentual das respostas (“útil”) antes e depois da frequência do PASM na componente de *conhecimentos e competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros* (N=46)

<i>Itens relativos à vinheta da depressão</i>	Antes	Depois	<i>P</i>
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva	100,0	100,0	(a)
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente	10,9	2,2	,109
Sugerir que procure ajuda de um profissional ...	91,3	97,8	,125
Marcar uma consulta no Médico de Família ...	63,0	80,4	,076
Perguntar se tem tendências suicidas	30,4	87,0	,000
Sugerir que beba uns copos para esquecer	0,0	0,0	(a)
Reunir o grupo de amigos para a animar	63,0	65,2	,500
Não valorizar o seu problema, ignorando-a ...	0,0	0,0	(a)
Mantê-la ocupada para que não pense ...	52,2	37,0	,084
Incentivá-la a praticar exercício físico	69,6	97,8	,000
<i>Itens relativos à vinheta da ansiedade</i>	Antes	Depois	
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva	97,8	100,0	,500
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente	19,6	4,3	,033
Sugerir que procure ajuda de um profissional ...	73,9	95,7	,003
Marcar uma consulta no Médico de Família ...	52,2	78,3	,008
Perguntar se tem tendências suicidas	21,7	43,5	,015
Sugerir que beba uns copos para esquecer	2,2	---	,500
Reunir o grupo de amigos para a animar	71,7	58,7	,119
Não valorizar o seu problema, ignorando-a ...	2,2	---	,500
Mantê-la ocupada para que não pense ...	54,3	45,7	,212
Incentivá-la a praticar exercício físico	80,4	100,0	,002

(a)- Teste não realizado

1.5- CONHECIMENTO ACERCA DO MODO DE PREVENIR PERTURBAÇÕES MENTAIS

As respostas a esta questão permitem concluir que os participantes aumentaram o seu conhecimento acerca de estratégias de prevenção para perturbações mentais de depressão e ansiedade.

Destaca-se para a perturbação de “Depressão”, que as estratégias mais eleitas antes do curso foram manter contacto regular com amigos e com a família (97,8%), o que se manteve ligeiramente inferior (95,7%) no momento após, com um aumento estatisticamente significativo ($p=0,16$) da estratégia de praticar exercício físico antes (87,0%) e após (100%). De salientar também um aumento significativo ($p=0,035$) na estratégia de não beber bebidas alcoólicas de modo a evitar a depressão.

Tabela 7 - Distribuição percentual das respostas (“sim”) antes e depois da frequência do PASM na componente *de conhecimentos acerca do modo de prevenção das perturbações mentais* (N=46)

<i>Itens relativos à vinheta da depressão</i>	Antes	Depois	P
Praticassem exercício físico	87,0	100,0	,016
Evitassem situações geradoras de stresse	84,8	67,4	,011
Mantivessem o contacto regular com amigos	97,8	95,7	,500
Mantivessem o contacto regular com a família	97,8	95,7	,500
Não utilizassem drogas	82,6	87,0	,313
Não bebessem bebidas alcoólicas	71,7	84,8	,035
Praticassem actividades relaxantes regularmente	82,6	91,3	,172
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual	21,7	41,3	,006
<i>Itens relativos à vinheta da ansiedade</i>			
Praticassem exercício físico	80,0	97,8	,002
Evitassem situações geradoras de stresse	73,3	60,9	,133
Mantivessem o contacto regular com amigos	97,8	91,3	,313
Mantivessem o contacto regular com a família	100,0	95,7	,500
Não utilizassem drogas	77,8	89,1	,016
Não bebessem bebidas alcoólicas	73,3	87,0	,008
Praticassem actividades relaxantes regularmente	91,1	97,8	,109
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual	26,7	39,1	,035

Relativamente à perturbação da “Ansiedade”, nota-se um aumento significativo da seleção da estratégia positiva de praticar exercício físico (80,0% antes e 97,8% depois) e um aumento na estratégia também positiva de praticar actividades relaxantes regularmente (91,1% antes e 97,8% depois). Pelo contrário, nota-se um decréscimo na opção evitar situações geradoras de stresse com 73,3%, no momento antes e 60,9%, no momento após, o que se traduz numa mudança positiva. Apesar da ligeira diminuição no momento após, as opções de manter contacto regular com amigos e com a família mantêm-se como preferenciais e as estratégias de não utilizar drogas nem bebidas alcoólicas sofreram um aumento significativo, todas como estratégias de prevenção de perturbações de ansiedade.

Em ambos os casos, reconhece-se um aumento significativo (depressão, $p=0,006$; ansiedade, $p=0,035$) para a estratégia de ter uma crença religiosa ou espiritual, não chegando no, entanto, a ser escolhida por mais do que 41,3% dos participantes.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo será feita a discussão dos resultados obtidos relativamente ao impacto do programa PASM nas componentes da LSM.

Os dados obtidos serão discutidos à luz da evidência produzida acerca do impacto, ao nível da LSM, da implementação de programas de PASM, com estudantes de enfermagem. Destes, distingue-se o único programa publicado em Portugal, um desenho com grupo único com pós teste (Sousa, 2015) e dois estudos Australianos, um com avaliação pré-teste e pós-teste, sem grupo de controlo (Bond et al., 2015) e outro com avaliação pré-teste e pós-teste, com grupo de controlo (Burns et al., 2017).

De facto, é de constatar o reduzido número de estudos realizados com estudantes de Enfermagem, o que identifica a questão da necessidade desta abordagem e proposta face aquilo que são os problemas e desafios que se colocam aos estudantes desta área. Durante o curso de Enfermagem os estudantes são confrontados com a realidade próxima das doenças, da morte, da fragilidade da condição humana tanto ao nível físico, psicológico, mental, social e espiritual.

Para além do contexto hospitalar e institucional em que lidam com os doentes/utentes, os estudantes lidam também com a vulnerabilidade dos seus pares e com a sua própria adaptação a uma nova realidade que é o mundo académico e profissional. O estudante encontra-se, assim, numa situação que o torna, igualmente, vulnerável à doença mental, se este não possuir habilidades e competências para lidar com estas condicionantes.

O aumento da LSM contribui para a aquisição de conhecimentos e competências na área da saúde mental, o que possibilita ao estudante de Enfermagem reconhecer nos seus pares a manifestação de problemas/perturbações mentais, permitindo-lhe prestar ajuda adequada até que a crise se resolva ou até que a pessoa receba ajuda profissional apropriada. Estas competências capacitam os estudantes a lidar com os seus próprios problemas ou a procurar ajuda adequada, bem como a ajudar quem os

rodeia como familiares, amigos o que reforça, ainda, a sua confiança para lidar com os utentes/doentes em contexto profissional.

A existência de poucos estudos realizados com estudantes de Enfermagem torna esta intervenção pertinente pelas características da população em estudo. Para além disso, os dados obtidos permitem a avaliação dos níveis de LSM antes e após a intervenção PASM, de estudantes de Enfermagem, o que concorre para um maior conhecimento dos níveis de LSM de estudantes portugueses, bem como qual o impacto que o programa PASM produz nos níveis de LSM destes estudantes, podendo, assim, estes dados ser comparados com os de estudos estrangeiros.

O desenho utilizado para este estudo consistiu numa intervenção com grupo experimental, com avaliação de pré e pós teste, sem grupo de controlo, o que pode constituir uma ameaça à validade externa do estudo, já que sem comparação entre grupos, os resultados podem ser condicionados por características da amostra, o que pode provocar enviesamento dos resultados. No entanto, uma meta-análise de ensaios MHFA realizados permitiu concluir que, estudos sem grupo de controlo produzem um tamanho de efeito semelhante aos estudos com grupo de controlo (Hadlaczky et al. 2014).

A escolha do desenho do estudo prendeu-se com a necessidade de conjugar os aspetos pedagógicos com o “n” mínimo de participantes para a intervenção, sendo que a frequência no programa pelos estudantes foi sujeita a inscrição e participação voluntárias.

O presente estudo com estudantes de enfermagem do CLE, da ESEnfC é constituído por uma amostra maioritariamente feminina (82,3%), o que está em consonância com estudos realizados com estudantes de Enfermagem, tanto em Portugal (87,5% (Sousa, 2015)), como fora (83,6% (Burns et al., 2017)), com uma média de idades de 20,74 anos, o que também se assemelha com outro estudo português que foi de 21,86 anos de idade (Sousa, 2015).

No programa implementado apenas foram abordadas e avaliada a LSM de duas perturbações mentais, representadas nas vinhetas, como “Depressão” e “Ansiedade”. Faremos a discussão dos resultados obtidos, para cada vinheta, nas diferentes componentes da LSM.

Relativamente à vinheta A, que descreve o problema/ perturbação mental da Joana, 82,6% dos participantes no estudo selecionaram corretamente o rótulo “depressão”,

tendo sido obtida uma mudança positiva de opinião, pois no final da formação, este valor aumentou para 95,7%. É de salientar este aumento de 13,1% do reconhecimento do problema e perturbação mental que pode promover e facilitar a procura de ajuda. Um aumento não significativo ($p>0,05$) da seleção do rótulo “doença mental” pode também considerar-se positivo, uma vez que há o reconhecimento de uma perturbação/doença mental, apesar de não existir uma denominação específica para a mesma.

Como mudança de opinião positiva, salienta-se também a não eleição dos rótulos “bulimia”, “abuso de substância” e “anorexia”, o que revela aumento do conhecimento no momento após a formação.

Como aspeto de resultados menos positivos, ou seja, não esperados, faz-se referência à seleção dos rótulos “stresse”, “esgotamento nervoso”, “ansiedade” e “problemas psicológicos/mentais/emocionais”, no momento após formação, apesar de todos eles terem sofrido um decréscimo estatisticamente significativo.

De todos, o rótulo “problemas psicológicos/mentais/emocionais” foi o que obteve uma percentagem maior de escolha (15,2%), o que pode ser justificado pelo fato de que, durante a formação, foi dado ênfase ao conceito de problema de saúde mental relacionado com a manifestação de sinais e sintomas de quem ainda não foi sujeito a um diagnóstico de doença/perturbação mental. Neste sentido, a resposta pode considerar-se correta, apesar de na nossa opinião não especificar o problema, o que pode levar a ajuda não atempada ou ainda conduzir a uma estigmatização e fragilização da pessoa por se considerar que esta não tem autocontrolo das suas emoções e por isso revela problemas do foro psicológico ou emocional.

Ainda que o intuito não seja fazer diagnósticos, o rótulo ou o rotular, pode constituir só por si, um facto relevante, já que indicia a capacidade de identificar e problematizar a situação descrita na vinheta.

Relativamente à vinheta B, que faz referência ao problema/perturbação mental da Rita (Ansiedade) houve uma mudança positiva, com aumento de 18,5% no reconhecimento correto do problema/perturbação mental, após a formação.

Uma mudança positiva, com aumento de conhecimentos, também se reflete na não resposta dos rótulos “psicose”, “esgotamento nervoso” e “crise da idade” anteriormente selecionados.

De igual modo ao que aconteceu na vinheta anterior, mantêm-se respostas consideradas não corretas após a formação, o que não era esperado, apesar de todas terem sofrido uma redução na sua seleção, como sejam os rótulos “depressão”, “stresse” e “problemas psicológicos/mentais/emocionais”. Este último rótulo mantém os mesmos valores da vinheta anterior (15,2%), pelo que se considera que a justificação se mantenha igual.

Ainda que não se considere a resposta correta, o rótulo “stresse” pode ser considerado apropriado dada a sua utilização no quotidiano, sendo que referindo-se a estudantes de Enfermagem, esperava-se a utilização de termos mais adequados, ainda que estes estudantes não tenham completado o curso de Licenciatura e alguns ainda não tenham tido contacto com ensino clínico na área da Saúde Mental.

O rótulo “doença mental” sofreu uma diminuição não significativa, no momento após, o que, apesar de não ser julgada a resposta correta, é considerado positivo que se mantenha a ideia de que o caso apresentado retrata uma situação de doença, o que é potenciador de promover e facilitar a procura de ajuda mais precocemente.

Deste modo, no que respeita à primeira componente de LSM, houve um aumento significativo no reconhecimento dos problemas e perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda, o que está de acordo com os dados de estudos internacionais com estudantes de Enfermagem que relatam um aumento do reconhecimento de “depressão” numa vinheta (Bond et al., 2015) e um aumento dos conhecimentos no momento após a intervenção (T_2), nomeadamente o reconhecimento de depressão numa vinheta, em comparação com o grupo de controlo (Burns et al., 2017).

No entanto, dos dados obtidos surge a questão de não ter havido respostas de 100% no reconhecimento do rótulo mais adequado para cada uma das vinhetas, o que é contrário ao que aconteceu com o estudo português (Sousa, 2015), que obteve uma percentagem total, relativa à vinheta a que corresponde o rótulo “Depressão”, no momento após a formação. Pode considerar-se que esta diferença se prende com o ano de escolaridade que os alunos frequentam, já que no estudo anterior, os participantes eram finalistas do 4º ano, e os do presente estudo frequentam maioritariamente do 2º e 3º anos e minoritariamente do 4º ano.

No que diz respeito à segunda componente da LSM (conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis) considera-se que houve um aumento do conhecimento, no final da formação.

Tanto para o problema/perturbação de “Depressão” como o de “Ansiedade”, os participantes têm como fonte preferencial, em primeiro lugar, o suporte formal (psicólogo e enfermeiro) e o suporte informal (um amigo significativo e um familiar próximo), condição que se mantém no final da formação.

Estes dados remetem para a importância da literacia em saúde mental dos pares e dos familiares já que estes são assumidos, como uma das fontes preferenciais de ajuda (Loureiro et al., 2013; Jorm, 2014).

Os cuidados de saúde primários são considerados a base para os cuidados de saúde mental de elevada qualidade (OMS, 2009 citada por ERS, 2015), pelo que é enfatizado durante o curso PASM que o médico de família é o profissional de referência para a entrada nos cuidados primários especializados de saúde mental, com possível referência posterior para cuidados diferenciados.

Neste sentido, considera-se como mudança positiva, um aumento no reconhecimento da importância do médico de família, para ambas as vinhetas (depressão: $p=0,500$; ansiedade: $p=0,067$), ainda que num lugar inferior ao psiquiatra, e até ao professor, ambos com aumento significativo ($p<0.05$), para as duas situações descritas. No caso da “Ansiedade”, o médico de família aparece em sexto lugar na preferência dos jovens, ao mesmo nível que um serviço telefónico de aconselhamento.

Estes dados apresentam resultados inferiores quando comparados com o estudo português (Sousa, 2015) em que os médicos de família, os enfermeiros, os psiquiatras e os psicólogos são percecionados pela totalidade dos participantes, como úteis (100%), para o caso da “depressão”.

De todos os profissionais, o psicólogo é considerado o mais importante mantendo valores de 97,8%, no caso da “Depressão” e 100,0%, no caso da “Ansiedade”, no final da formação, valores inversamente reconhecidos, no início da formação. É, assim, considerado um aspeto positivo, uma vez que remete para um reconhecimento da necessidade de procurar um profissional especializado.

Apesar de, em 1995, se considerar que os rácios de recursos de psicólogos por habitantes no serviço nacional de saúde (SNS) estavam dentro dos objetivos definidos pela DGS, posteriormente, em 2011, a OMS concluiu que, em comparação com os padrões europeus, o número de psicólogos era extremamente baixo (ERS, 2015), sendo do conhecimento geral de quem frequenta e trabalha em cuidados de saúde primários, que a oferta de psicólogos é escassa. Por outro lado, considerando que a

ESEnfC tem um serviço de saúde escolar, com apoio de psicólogo, à semelhança do que acontece com outros estabelecimentos de ensino superior, o acesso a este apoio profissional está facilitado.

O enfermeiro, reconhecido como profissional de apoio importante, para ambas as situações, opinião que se manteve no momento após, para o caso da “Depressão” (97,8%, $p=0,500$), e aumentou no caso da “Ansiedade” (95,7%, $p=0,019$) induz reconhecimento do papel positivo do enfermeiro, na primeira ajuda em saúde mental, tanto no que concerne ao futuro destes participantes como prestadores de primeira ajuda (no âmbito pessoal ou profissional), como potenciais utilizadores destes serviços, no momento de eles próprios precisarem de ajuda e terem como acesso facilitado um profissional de enfermagem (centro de saúde/escola).

De um modo geral, houve um aumento da importância atribuída à ajuda profissional, mas também da ajuda informal, o que pode indicar uma maior sensibilização para uma ajuda atempada, apesar de uma minoria (2,2%) que mantém a opinião de resolver os seus problemas sozinho, para ambas as situações.

Relativamente aos produtos/medicamentos utilizados, a literatura refere existir uma preferência por tratamentos à base de vitaminas devido a uma conotação prejudicial quanto aos efeitos de medicamentos (ex. psicotrópicos) (Jorm, 2014), o que também acontece com os jovens portugueses que dão preferência ao uso de vitaminas em vez de medicação antidepressiva (Loureiro et al., 2013).

As crenças negativas acerca do uso de medicação (Jorm, 2014) e a preferência de pedido de ajuda a amigos e familiares (Loureiro et al., 2013; Jorm, 2014; Sousa, 2015) podem afetar o tratamento atempado aos jovens, o que pode resultar em complicações do estado de doença mental.

Salienta-se, neste estudo, uma mudança de opinião estatisticamente significativa, na diminuição do uso de chás (produto preferencial para ambas as perturbações) e aumento no uso de antidepressivos e comprimidos para dormir, no caso da “depressão”, e de tranquilizantes/calmanes, e comprimidos para dormir, no caso de “ansiedade”, o que demonstra a importância de recorrer a profissionais especializados que possam fazer prescrição de medicação apropriada em detrimento do uso de produtos que podem ser adquiridos sem prescrição médica e sem vigilância na sua toma, o que pode interagir negativamente com medicação já prescrita ou interferir negativamente com a sua condição de saúde.

É importante referir que o programa PASM não pretende ensinar a fazer diagnósticos (Loureiro, 2014), nem tem como pretensão inferir o consumo de medicação, mas antes aumentar o conhecimento dos seus participantes sobre profissionais e tratamentos adequados.

No que diz respeito aos conhecimentos sobre estratégias de autoajuda eficazes, destaca-se que em ambas as perturbações, nenhum dos participantes considera útil fumar ou consumir bebidas alcoólicas para lidar com os problemas, o que está de acordo com a opinião de outros estudantes de enfermagem (Sousa, 2015).

Para o caso da “Ansiedade” é de notar que todas as respostas sofreram um aumento estatisticamente significativo ($p < 0.005$), na avaliação após a formação, o que nos leva a inferir que esta problemática passou a ser mais valorizada como um problema que necessita de intervenção especializada. As atividades escolhidas pela totalidade dos participantes foram o exercício físico e o treino de relaxamento, o que está em conformidade com as recomendações de especialistas (Jorm, 2014), não subestimando a necessidade de procurar ajuda especializada (95,7%, $p = 0,033$).

Para a “Depressão”, a resposta foi unânime (100% antes e depois) ao considerarem que é útil fazer terapia com um profissional especializado, logo seguido da importância de fazer exercício físico e procurar ajuda especializada e praticar meditação, respostas semelhantes às dos seus colegas (Sousa, 2015).

A quarta componente de LSM (conhecimentos e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda a outros) remete-nos para as habilidades que os participantes consideram importantes de modo a estarem aptos a oferecer ajuda aos outros, ou seja, como refere Loureiro (2014), voltados para a ação e que estão evidenciadas no plano de ação ANIPI.

Todos os participantes concordam ser útil ouvir os problemas de forma compreensiva, em ambas as situações, conhecimento já existente na avaliação prévia e que denota uma elevada competência para prestar ajuda como está previsto no plano de ação ANIPI (A- Aproximar-se da pessoa, observar e ajudar (numa crise); N- Não julgar e escutar com atenção). Resultados próximos (93,8%) foram conseguidos com outros estudantes de enfermagem (Sousa, 2015), para o problema de “depressão”.

O facto de esta competência estar altamente presente antes da formação, pode ser justificado pela importância que é dada durante o curso de enfermagem à escuta ativa, como técnica de comunicação na relação terapêutica, que deve existir sempre que

haja interesse da pessoa na partilha de um problema ou na necessidade de expressão de emoções, por parte do outro (Sequeira & Coelho, 2016).

Para o caso da “Depressão” salienta-se um aumento no conhecimento e competência em marcar uma consulta no médico de família, encaminhando assim a pessoa para a entrada apropriada nos cuidados de saúde; perguntar se tem tendências suicidas, valorizando o problema da pessoa e incentivá-la a fazer exercício físico, valorizando as estratégias de autoajuda eficazes, resultados semelhantes aos obtidos no caso da depressão, no estudo de Sousa (2015).

Para o caso da “Ansiedade”, salienta-se um aumento dos conhecimentos e competências, no final da formação, ao sugerir que a pessoa procure ajuda de um profissional e marcar uma consulta no médico de família, o que implica uma valorização do problema como uma perturbação que necessita de acompanhamento profissional, bem como o incentivo à prática de exercício físico, reforçando a importância da estratégia de autoajuda e de prevenir o risco de o problema piorar.

No que diz respeito aos conhecimentos acerca do modo de prevenir perturbações mentais (5ª componente da LSM) realça-se que a totalidade dos participantes considera útil a prática de exercício físico para o problema de “depressão”, e 97,8% para o caso da “ansiedade”, ambos com aumento significativo ($p < 0,005$) no final da formação, bem como a prática regular de atividades relaxantes, maior para o caso da “ansiedade” (97,8%) e menor para a “depressão” (91,3%), ambas com aumento não significativo ($p > 0,005$), no final da formação. Estas opiniões estão de acordo com as propostas europeias, como estratégias para a promoção da saúde mental (WHO, 2013).

Destaca-se, também, a importância atribuída ao manter o contacto regular com os amigos e família, mais para o caso da “depressão” e ligeiramente inferior para o caso da “ansiedade” sugerindo que os amigos e família podem funcionar como rede de suporte, no entanto, podem ser também potenciadores de fonte de ansiedade. Este dado vem reforçar, mais uma vez, a importância da LSM dos pares e familiares de modo, a que estes sejam uma fonte cada vez melhor de suporte.

É também importante realçar que uma grande maioria, ainda que não todos, consideram útil não utilizar drogas nem bebidas alcoólicas de modo a prevenir perturbações mentais, conhecimento que aumentou no final da formação.

O programa de PASM demonstra, deste modo, ser uma intervenção positiva no aumento dos níveis de LSM, dos estudantes de Enfermagem, o que vai de encontro à evidência científica publicada (Bond et al., 2015; Burns et al., 2017).

Este programa, que não tem como intenção ensinar a fazer diagnósticos (Loureiro, 2014), e que não foi desenhado para servir de ferramenta de treino para educar profissionais de saúde (Happell, Wilson, & McNamara, 2015), mas sim para benefício tanto da própria saúde mental dos participantes, como da dos seus pares (Kitchener & Jorm, 2017), reveste-se de importância positiva quando frequentado por estudantes de Enfermagem, uma vez que ao alcançar estes propósitos, contribui para o autoconhecimento dos estudantes de Enfermagem, para o incremento do seu nível de literacia na área da saúde mental, aumentando as suas competências pessoais e profissionais, na promoção da saúde mental e na prevenção de doença mental.

O programa PASM é considerado como uma intervenção efectiva de saúde pública para melhorar o conhecimento, as atitudes e os comportamentos relativamente à saúde mental (Hadlaczky, KBY, Mkrтчian, Carli, & Wasserman, 2014) e que se pode enquadrar como um programa de promoção de saúde mental.

Na nossa opinião, o programa PASM constitui uma intervenção positiva no aumento dos níveis de LSM da população, designadamente dos estudantes de Enfermagem considerando-se, assim, que uma maior implementação destes cursos na comunidade de estudantes de enfermagem, ainda que de carácter opcional, contribuiria diretamente para a promoção da saúde mental da população.

O programa PASM seria um contributo, como programa de promoção de saúde mental, dirigido a um grupo vulnerável (estudantes de Enfermagem), como estratégia de intervenção, de modo a dar resposta aos objetivos delineados, para a promoção da saúde mental, proposto no plano de ação para a saúde mental de 2013-2020 (WHO, 2013).

A proposta de implementação desta intervenção, no âmbito desta dissertação de mestrado, está de acordo com as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria que prevê a implementação de “programas centrados na população que promovam o empoderamento, a saúde mental e previnam ou reduzam o risco de perturbações mentais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo” (O.E., 2010, p.4).

Os estudantes de Enfermagem que participaram no curso realizaram uma avaliação apreciativa do mesmo considerando-o interessante e útil para a sua formação pessoal e profissional sugerindo a participação de todos os seus colegas da Licenciatura de Enfermagem por o considerarem pertinente no decurso académico (apêndice 1). Estas opiniões estão de acordo com dados internacionais divulgados (Kelly, DipEd, & Birks, 2017).

CONCLUSÃO

A implementação do programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental, a um grupo experimental de estudantes, do curso de Licenciatura em Enfermagem, da ESEnfC, permitiu obter dados positivos acerca do impacto deste programa, no incremento da Literacia em Saúde Mental, destes estudantes, o que está de acordo com dados dados publicados de estudos internacionais.

O desenho do estudo de pré e pós-teste, com grupo único experimental, permitiu observar um melhoramento ao nível das componentes da LSM, nomeadamente no que diz respeito ao reconhecimento dos problemas e perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda; ao conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis; ao conhecimento sobre estratégias de autoajuda eficazes; ao conhecimento e competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros e ao conhecimento acerca do modo de prevenção de perturbações mentais, para as duas perturbações avaliadas.

Com efeito, o programa PASM contribui para o aumento da Literacia em Saúde Mental dos estudantes de Enfermagem, ou seja capacita estes adolescentes/jovens estudantes, a prestar primeira ajuda em Saúde Mental, aos seus pares, assumindo-se como um programa de intervenção no contexto da promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, áreas de intervenção do Enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Este estudo apresenta, no entanto, como limitações o facto de não existir um grupo de controlo e ter um número reduzido de participantes, o que poderá condicionar, em certa medida, a representatividade da amostra, pelo que se alerta para a prudência na generalização dos resultados, sugerindo-se a realização de mais estudos nesta área.

Apesar disso, este parece-nos um contributo positivo para a evidência produzida, já que acrescentou dados, com avaliação pré-teste, relativamente ao estudo anterior realizado em Portugal.

Mais estudos e intervenções nesta área proporcionam o desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência, pois, permite o investimento numa área mais negligenciada que é a da promoção e da prevenção da saúde mental, ao contrário da

área mais vocacionada para o tratamento da doença no contexto institucional, produzindo dados que evidenciam a intervenção positiva do programa PASM ao nível da LSM, dos seus participantes.

Para além dos dados obtidos, faz-se referência também, à importância que os estudantes de Enfermagem atribuíram à frequência deste programa referindo ter contribuído positivamente, tanto para o seu percurso pessoal como académico e profissional.

Ainda que não tenha sido avaliado objetivamente, este programa ao permitir o aumento da LSM dos seus participantes, diminui o estigma relativamente ao doente e doença mental e fomenta a confiança para prestar primeira ajuda a alguém que esteja a passar por um problema de saúde mental, até que a situação de crise esteja resolvida ou a pessoa obtenha ajuda de um profissional especializado.

Pessoalmente, a intervenção realizada, com a implementação deste programa, foi gratificante e positiva, uma vez que me permitiu aperfeiçoar competências pessoais e profissionais, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal, mas principalmente profissional, como Enfermeira da área de Saúde Mental e Psiquiatria, no contexto da promoção da Saúde Mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kelly, J., DipEd, G., & Birks, M. (2017). It's the simple things you do first that start the process of help: Undergraduate nursing and midwifery students' experiences of the Mental Health First Aid course. *Collegian*, 24, pp. 275-280.
- Almeida, J. S. (2014). *A SAÚDE MENTAL GLOBAL, A DEPRESSÃO, A ANSIEDADE E OS COMPORTAMENTOS DE RISCO NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR: ESTUDO DE PREVALÊNCIA E CORRELAÇÃO*. Universidade Nova de Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas.
- Bond, K. S., Jorm, A. F., Kitchener, B. A., & Reavley, N. J. (2015). Mental health first aid training for Australian medical and nursing students: an evaluation study. *BMC Psychology*, 3(1).
- Burns, S., Crawford, G., Hallett, J., Hunt, K., Chih, H., & Tilley, P. (2017). What's wrong with John? a randomised controlled trial of Mental Health First Aid (MHFA) training with nursing students. *BMC Psychiatry*.
- Crawford, G., Burns, S., Chih, H., Hunt, K., Tilley, P., Hallett, J., . . . Smith, S. (2015). Mental health first aid training for nursing students: a protocol for a pragmatic randomised controlled trial in a large university. *BMC Psychiatry*, 15:26.
- ERS. (2015). *Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental*. Porto.
- Hadlaczky, G., Hökby, S., Mkrtchian, A., Carli, V., & Wasserman, D. (2014). Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 26(4).
- Happell, B., Wilson, R., & McNamara, P. (2015). Undergraduate mental health nursing education in Australia: More than Mental Health First Aid. *Collegian*, 22, pp. 433-438.

- Hart, L. M., Mason, R. J., Kelly, C. M., Cvetkovski, S., & Jorm, A. F. (2016). teen Mental Health First Aid: a description of the program and an initial evaluation. *International Journal of Mental Health Systems*, 10:3.
- Jorm, A. F. (2014). Mental Health Literacy: Promoting Public Action to Reduce Mental Health Problems. In L. M. Loureiro, *Literacia em Saúde Mental- Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 27-39). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Jorm, A. F., Wright, A., & Morgan, A. (2007). Beliefs about appropriate first aid for young people with mental disorders: findings from an Australian national survey of youth and parents. *Early Intervention in Psychiatry*, 1, pp. 61-70.
- Jorm, A. F., Wright, A., & Morgan, A. J. (2007). Beliefs about appropriate first aid for young people with mental disorders: findings from an Australian national survey of youth and parents. *Early Intervention in Psychiatry*, 1, pp. 61-70.
- kelly, C. M., Mithen, J. M., Fischer, J. A., Kitchener, B. A., Jorm, A. F., Lowe, A., & Scanlan, C. (2011). Youth mental health first aid: a description of the program and an initial evaluation. *International Journal of Mental Health Systems*, 5:4.
- Kelly, C., Kitchener, B., & Jorm, A. (2010). *Youth Mental Health First Aid: A manual for adults assisting young people* (2^a ed.). Melbourne: Orygen Youth Health Research Centre.
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (janeiro de 2006). Mental health first aid training: review of evaluation studies. *Aust NZ J Psychiatry*, 40(1), pp. 6-8.
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2017). The role of Mental Health First Aid training in nursing education: A response to Happell, Wilson & MacNamara (2015). *Collegian*, pp. 313-315.
- Kitchener, B., & Jorm, A. (2002). Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behaviour. *BMC Psychiatry*, 2:10.
- Loureiro, L. M. (2014). *Primeira Ajuda em Saúde Mental*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

- 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. *129*.
- Loureiro, L. M., Sousa, C. S., & Gomes, S. P. (2014). Primeira Ajuda em Saúde Mental - Pressupostos e Linhas Orientadoras de Ação. *Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde: Literacia em Saúde Mental - Capacitar as pessoas e as comunidades para agir, 8*, pp. 63-77.
- Nogueira, M. C. (2017). *Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: Fatores Protetores e Fatores de Vulnerabilidade*. Lisboa: Tese para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem, Universidade de Lisboa.
- Programa Nacional para a Saúde Mental. (2014). *Portugal: Saúde Mental em números – 2014*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Pulido-Martos, M., & Augusto-Landa, J. M. (2012). Sources of stress in nursing students: a systematic review of quantitative studies. *International Nursing Review, 59*, pp. 15-25.
- Sequeira, C., & Coelho, T. (2016). Técnicas/Competências de Comunicação. In C. Sequeira, *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp. 103-131). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Sousa, C. S. (2015). *Programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental: Avaliação da Intervenção*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, ESEnfC.
- WHO. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva, Switzerland: WHO.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

(QuALiSMental)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL - QuALiSMental*

Este questionário, designado de QuALiSMental, serve para caracterizar a tua opinião e entendimento relativamente a algumas questões de saúde, ou dito de outra forma, a tua literacia em saúde mental.

Ao aceitares responder a este questionário deves ler todas as questões e preencher cada questão conforme as diretrizes, assinalando com uma cruz (x) quando te é solicitado, ou ainda manifestando a tua opinião em questões para o efeito. Não há respostas certas ou erradas, apenas a tua opinião.



Neslihan Karalök - 2014

Código: _____

*Luís Loureiro, UICISA: E, ESEnFC, 2011, luisloureiro@esenfc.pt
<http://felizmente.esenfc.pt>, felizmente@esenfc.pt



ANEXO II

Resposta a pedido de autorização para realização de intervenção



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA
Rua 5 de Outubro, 611-613 - Bimbo, Coimbra - Portugal, 300
39-100 Coimbra
T: +351 234 300 000

Exma: Senhora
Enfermeira Lúcia Manuela Branco Valente da Costa

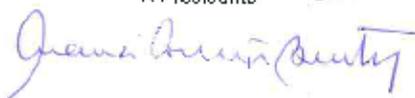
Vossa Referência		Nossa Referência	
Processo	Edic.	Processo	Data 28.03.16
105/15		105/Pres.	

ASSUNTO: Resposta a pedido de autorização realização de intervenção

Em resposta ao pedido de autorização formulado por V. Exe. para implementar e avaliar o Curso de "Primeira Ajuda em Saúde Mental" a Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem dos 1º, 2º, 3º e 4º anos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, no âmbito da Unidade Curricular de Dissertação do 4º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, que se encontra a frequentar, informo que o mesmo foi autorizado.

Com os melhores cumprimentos, *também pessoais*

A Presidente


Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento

APÊNDICE 1

Avaliação apreciativa do curso PASM, por parte dos participantes

AVALIAÇÃO APRECIATIVA DO PROGRAMA PASM

ALF, 22 anos

Aspetos positivos: temática bastante interessante e útil no dia-a-dia; boa interação com os intervenientes, amostragem de vídeos elucidativos dos vários problemas.

Aspetos negativos: Muitas horas seguidas.

AIV, 21 anos

Penso que o curso está bem estruturado e que o tema abordado é pertinente na nossa faixa etária, de modo a saber agir perante essas situações.

CLS, 20 anos

Penso que este curso é importante e útil na medida em que nos sensibiliza para a temática. Aborda assuntos atuais na nossa sociedade e cada vez mais frequentes na nossa idade, tornando-nos assim capacitados para prevenir e identificar problemas de saúde mental mais facilmente. Penso ainda que é um curso completo e pormenorizado gostando muito da oferta do livro “Primeira Ajuda em Saúde Mental”.

MMP, 19 anos

Aspetos positivos: É uma área bastante interessante porque permite-nos perceber como devemos ajudar pessoas que realmente necessitam de ajuda. O curso foi bastante dinâmico levando a que houvesse discussão sobre os temas.

Sugestão de melhoria: Realizar sempre um mini teatro para percebermos mais concretamente a importância das palavras e a forma como devemos abordar a pessoa de modo a que esta não se sinta invadida/ ofendida.

ABMN, 20 anos

Aspetos positivos: Metodologia utilizada; Informações transmitidas úteis.

Aspeto negativo: Quantidade de temas abordados, poderia ser maior a quantidade.

Aspeto a melhorar: Mais sessões, mas com menor tempo de duração cada.

IRF, 20 anos

Foi bom pois fiquei mais sensibilizada, atenta e fiquei mais esclarecida e interessada. Poderia ter sido menos longa a sessão.

SBC, 22 anos

Achei o curso bastante interessante pois era um assunto que sempre me despertou algum interesse e nunca tinha tido oportunidade de participar num curso deste género. Deu para ficar com uma perceção de depressão e ansiedade e o que fazer nessas situações.

Achei positiva a forma como o tempo foi gerido, as atividades práticas que fomos fazendo deu para irmos descomprimindo. Também achei interessante oferecer um manual com mais informação.

MFS, 19 anos

Neste curso como aspeto positivo destaco a dinâmica do mesmo, bem como a interação entre a professora e os alunos, o que favorece a aprendizagem bem como suscita o nosso interesse.

O livro que nos foi facultado revela-se ainda de grande importância, uma vez que posteriormente o poderemos consultar sempre que necessário, bem como a ausência de custos do curso.

Como sugestão refiro uma maior divulgação do curso sendo que considero que se fosse do conhecimento de mais colegas também eles participariam.

FRO, 19 anos

Penso que este curso foi enriquecedor, permitiu que nos consciencializássemos e aprendêssemos a lidar com situações que são comuns no quotidiano (ansiedade, depressão). Este curso despertou-me mais interesse e curiosidade acerca da saúde mental. Achei que tanto a visualização de vídeos e a realização de algumas atividades permitiu consolidar os temas abordados.

CMLT, 20 anos

A formação é muito interativa o que motiva muito permitindo aprender de uma forma lúdica e mais fácil.

O facto de termos o livro permitiu acompanhar a formação de uma melhor forma e contínua.

Achei que tudo correu da melhor maneira possível.

PRA, 22 anos

Aspetos positivos: muito interativo; vídeos elucidativos; muito útil; actual; material fornecido.

Aspetos negativos: exaustivo (muitas horas).

A melhorar: ser um pouco mais compacto tendo a informação na mesma.

RFB, 20 anos

O curso tem várias temáticas interessantes sendo todas elas abordadas de forma clara e elucidativa.

Não vejo aspetos negativos neste curso.

A meu ver não há aspetos a melhorar, se continuar com a mesma metodologia penso que todos irão usufruir com este curso.

MGS, 20 anos

Este curso foi muito interessante, nunca tinha sido abordado este tema até agora, desta maneira, no curso de Enfermagem. Permitiu o meu desenvolvimento enquanto pessoa pois foram transmitidos conhecimentos que irão ser valiosos para o meu futuro, tanto pessoal como profissional. Gostei da maneira como o curso foi realizado sendo mais interessante com a partilha de experiências, com os vários questionários realizados, com a apresentação de diapositivos e vídeos. Permite que a informação fique retida mais facilmente. A distribuição do livro do professor também é útil para no futuro consultar.

MFBG, 19 anos

Achei o curso muito interessante, gostei muito do método de ensino do professor pois tornou as aulas diferentes do normal. A área da saúde mental sempre me despertou maior interesse e o curso ensinou-me muitas coisas que não sabia, principalmente quanto à depressão que é uma problemática muito comum nos jovens. Graças ao curso agora já sou capaz de abordar e ajudar alguém que conheça e esteja com uma depressão.

JADB, 19 anos

Gostei da dinâmica do curso. O facto de aprender a identificar os sinais e sintomas de algumas perturbações mentais e saber como atuar, foi bastante útil.

NFNE, 20 anos

Gostei da dinâmica do curso, da interacção professor-alunos, dos exemplos reais que ajudaram a elucidar o tema.

Fiquei sem dúvida mais capaz de reconhecer sinais e sintomas de problemas de saúde mental bem como de saber como atuar num caso similar.

FSMP, 19 anos

Serviu para ficar mais alerta a alguns sinais/ sintomas. Aprendi ainda como devo lidar com algumas situações e na minha opinião este curso de saúde mental foi bastante proveitoso na medida em que o professor conseguiu desmistificar alguns pensamentos que não tinha corretos.

BSAM, 20 anos

O que mais gostei foi o método dinâmico usado pelo professor com exemplos reais e “role-plays”. Considero que aprendi e reforcei alguns temas interessantes que espero no futuro conseguir intervir e desenvolver novas capacidades.

CBF, 20 anos

Este curso permitiu complementar algumas ideias que já tinha acerca de algumas doenças mentais. Foi interessante o facto de o professor utilizar as suas histórias para elucidar alguns conceitos promovendo a aprendizagem de forma ativa. Ainda devido aos pequenos “role-plays” realizados permitiram a memorização dos passos utilizados para ajudar as pessoas que necessitam em caso de depressão e ansiedade. O livro que foi oferecido para o curso permite aprofundar conhecimentos sendo que também foi um ótimo recurso.

AV, 19 anos

Gostei do curso por se tratar de um curso com temas que me despertam interesse, por ser interativo e com um ambiente informal/ descontraído.

SMSR, 19 anos

Penso que este curso foi útil e proveitoso no sentido em que me ajudou a encontrar estratégias para lidar com a minha ansiedade, bem como me ajudou a estar mais atenta a possíveis sinais e valorizar os sintomas. Foi importante para aprender a atuar quando alguém próximo ou não precisa de ajuda. Durante o curso foi-nos transmitido vários exemplos uteis para compreender algumas das perturbações mentais.

RCO, 21 anos

O que mais gostei no curso foi ter aprendido como lidar com as situações de ansiedade e depressão que são bastante comuns na actualidade. Gostei bastante dos “role-plays” e dos vídeos pois permitiram perceber qual a melhor maneira de comunicar nestas situações.

JL, 21 anos

Descontração do professor; útil para identificar problemas ou situações próximas; serviu para elucidar acerca de algumas doenças, sinais e sintomas relacionados com saúde mental que anteriormente ignoraria.

PF, 20 anos

Gostei de tudo. Acho um tema muito interessante e o professor cativa a atenção e o interesse dos alunos. Consegui aprender muita coisa que acho que vai ser muito útil para o futuro.

LD, 22 anos

Este curso foi uma forma de aprofundar os conhecimentos adquiridos na unidade curricular de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e de adquirir outros. Destaco o espírito positivo do grupo e a ligação a situações reais, desenvolvido pelo professor.