



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

**Efetividade do programa de Primeiros Socorros em Saúde
Mental em estudantes do 1.º ano de Enfermagem**

Sandrina Ribeiro da Cunha

Coimbra, outubro de 2019



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

Efetividade do programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental em estudantes do 1.º ano de Enfermagem

Sandrina Ribeiro da Cunha

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, outubro de 2019

“De perto, ninguém é normal.”

Caetano Veloso

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Luís Manuel de Jesus Loureiro pela sua orientação e disponibilidade, assim como pela partilha de conhecimentos e experiências com excelentes contributos em todo o meu percurso.

Ao Professor Doutor Amorim Rosa pelo incentivo e apoio.

Aos estudantes de Enfermagem da ESEnfC pela sua colaboração neste estudo.

Aos meus pais, pelo apoio e pelas palavras de incentivo.

À Rita Eusébio pela amizade.

A cada uma das pessoas que me motivou a ultrapassar obstáculos e a chegar mais longe!

A todos, muito obrigada!

SIGLAS

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

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

ES – Ensino Superior

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

LS – Literacia em Saúde

LSM – Literacia em Saúde Mental

MHFA – *Mental Health First Aid*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PASM – Primeira Ajuda em Saúde Mental

PSSM – Primeiros Socorros em Saúde Mental

QuALiSMental – Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

SM – Saúde Mental

RESUMO

O ingresso no ensino superior corresponde a um período complexo na vida dos jovens estudantes, sendo o processo de adaptação caracterizado por um conjunto diverso de desafios, como o estabelecimento de novas relações e vínculos interpessoais e sociais, a descoberta do ambiente e vivências académicas e os novos métodos de ensino/aprendizagem. É expectável que a sua autonomia se acentue e que estes se adaptem com sucesso ao novo contexto e às exigências decorrentes desta nova etapa da sua vida.

O programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental (PSSM) é uma das ferramentas educacionais utilizadas no contexto da promoção da literacia em saúde mental (LSM) que permite capacitar os jovens para lidar com os problemas relacionados com a sua SM e dos seus pares.

Este estudo tem como objetivo avaliar a efetividade do programa de PSSM em estudantes do 1.º ano do curso de Enfermagem, utilizando um desenho pré-experimental, com avaliação pré e pós intervenção. A intervenção teve a duração de 9 horas, sendo o programa aplicado a uma amostra aleatória de 36 estudantes com uma média de idades de 18,64 anos (DP=1,78 anos). O instrumento de colheita de dados utilizado foi o QuALiSMental.

Os resultados obtidos permitem verificar que o programa é efetivo em termos de incremento da LSM associada à depressão e à ansiedade, intenção de procura de ajuda, confiança para prestar ajuda, assim como reduz o estigma pessoal associado à depressão.

Palavras-chave: Literacia em Saúde Mental; Primeira Socorros; Jovens; Enfermagem; Depressão; Ansiedade

ABSTRACT

Entering higher education corresponds to a complex period in the lives of young students, and the adaptation process is characterized by a diverse set of challenges, such as the establishment of new interpersonal and social relationships, the discovery of the environment and academic experiences and new teaching/learning methods. It is expected that their autonomy will be enhanced and that they will successfully adapt to the new context and the demands arising from this new stage of their life.

The Mental Health First Aid program (PSSM) is one of the educational tools used in the context of the promotion of mental health literacy (MHL) that enables young people to deal with problems related to their MH and their peers.

This study aims to evaluate the effectiveness of the PSSM program in 1st year nursing students, using a pre-experimental design, with pre and post intervention evaluation. The intervention lasted 9 hours and the program was applied to a random sample of 36 students with an average age of 18.64 years (SD = 1.78 years). The data collection instrument used was the QuALiSMental.

The results show that the program is effective in terms of increased MHL associated with depression and anxiety, intention to seek help, confidence to provide help, as well as reducing the personal stigma associated with depression.

Keywords: Mental Health Literacy; First Aid; Young; Nursing; Depression; Anxiety

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1	Distribuição absoluta e percentual das habilitações literárias dos pais (N=36) 44
Tabela 2	Vinhetas com a descrição dos problemas/perturbações mentais 44
Tabela 3	Comparações efetuadas previamente à intervenção em termos de reconhecimento da depressão e ansiedade, intenção de procura de ajuda e confiança para prestar ajuda (N=36) 51
Tabela 4	Distribuição percentual dos rótulos assinalados, antes e depois da intervenção, na 1. ^a componente da LSM (N=36) 53
Tabela 5	Distribuição percentual das respostas assinaladas na 2. ^a componente da LSM, antes e depois da intervenção (N=36) 56
Tabela 6	Distribuição percentual das respostas assinaladas na 3. ^a componente da LSM, antes e depois da intervenção (N=36) 57
Tabela 7	Distribuição percentual das respostas assinaladas na 4. ^a componente da LSM, antes e depois da intervenção (N=36) 60
Tabela 8	Distribuição percentual das respostas assinaladas na 5. ^a componente da LSM, antes e depois da intervenção (N=36) 61
Tabela 9	Distribuição percentual dos respostas assinaladas, antes e depois da intervenção, relativamente à intenção de procura de ajuda (N=36) 63
Tabela 10	Estatísticas resumo relativas à confiança para prestar ajuda, antes e depois da intervenção (N=36) 63
Tabela 11	Estatísticas resumo relativas ao estigma pessoal associado à depressão, antes e depois da intervenção (N=36) 63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Plano de ação da primeira ajuda 37
----------	------------------------------------

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	19
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
1. ENSINO SUPERIOR: TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO.....	23
1.1. SAÚDE MENTAL E BEM- ESTAR NO CONTEXTO DO ENSINO SUPERIOR.....	26
2.LITERACIA EM SAÚDE MENTAL.....	29
2.1. EVIDÊNCIA ACERCA DA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL	30
2.2. PROGRAMA DE PRIMEIROS SOCORROS EM SAÚDE MENTAL.....	34
2.2.1. Estrutura e plano de acção	36
2.2.2. Evidência científica acerca da efetividade do programa de PSSM.....	38
CAPÍTULO II- METODOLOGIA.....	43
1. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.....	43
2.HIPÓTESE.....	43
3.CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	43
4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	44
5. INTERVENÇÃO.....	47
6. PROCEDIMENTO PARA A COLHEITA DE DADOS.....	48
7. TRATAMENTO DE DADOS.....	48
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	51
1. COMPARAÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL NO PRÉ-TESTE.....	51
2. AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PROGRAMA.....	52
2.1. RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS E PERTURBAÇÕES MENTAIS DE MODO A PROMOVER E FACILITAR A PROCURA DE AJUDA.....	52
2.2. CONHECIMENTOS SOBRE A AJUDA PROFISSIONAL E TRATAMENTOS DISPONÍVEIS.....	53
2.3. CONHECIMENTOS SOBRE ESTRATÉGIAS DE AUTOAJUDA EFICAZES.	54
2.4. CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS PARA PRESTAR APOIO E DAR A PRIMEIRA AJUDA A OUTROS.....	58
2.5. CONHECIMENTO ACERCA DO MODO DE PREVENIR OS PROBLEMAS E PERTURBAÇÕES MENTAIS.....	59
2.6. INTENÇÃO DE PROCURA DE AJUDA EM SAÚDE MENTAL	62
2.7. CONFIANÇA PARA PRESTAR AJUDA.....	62
2.8. ESTIGMA PESSOAL.....	62

CAPÍTULO IV- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	65
CONCLUSÃO.....	75
BIBLIOGRAFIA.....	78

ANEXOS

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

ANEXO II- Programa da integração dos estudantes do 1º ano Curso de Licenciatura em Enfermagem

INTRODUÇÃO

O programa de primeiros socorros em SM (PSSM) (no original *Mental Health First Aid* – MHFA[®]) foi criado e desenvolvido originariamente na Austrália por Kitchener e Jorm (2002a). Trata-se de um programa educativo que ancora no conceito de literacia em saúde mental (LSM), sendo esta definida como a constelação de crenças e conhecimentos relacionados com a SM (e perturbações mentais) que permitem aos indivíduos, reconhecer, gerir e prevenir os problemas de SM no quotidiano (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers, & Pollitt, 1997). Neste sentido, o conhecimento é voltado para a acção em prol da SM dos indivíduos e daqueles que os rodeiam (Jorm, 2012, 2014, 2019).

O programa PSSM encontra-se atualmente disseminado em muitos continentes e países, incluindo Portugal (Loureiro, 2014; Loureiro & Costa, 2019; Loureiro & Sousa, 2019). O programa tem como objetivo ensinar o público a prestar primeiros socorros e apoio a alguém que está numa crise ou a desenvolver um problema relacionado com a sua SM (Kitchener & Jorm, 2002a; Kelly, Mithen, Fischer, Kitchener, Jorm, Lowe, & Scanlan, 2011; Jorm, 2014; Loureiro, 2014).

Várias foram os motivos que presidiram ao desenvolvimento deste programa educativo. Por um lado, a inexistência de um programa de primeiros socorros desenvolvido de forma estruturada e validado para os problemas de SM, comparativamente aos primeiros socorros e suporte básico de vida para outras tipologias de problemas (ex. ataques cardíaco; auxílio a vítimas de acidentes de viação, etc...) (Kitchener & Jorm, 2002b). Por outro, os resultados obtidos nos estudos acerca da LSM desenvolvidos em finais do século XX e na primeira década do século XXI (Jorm et al., 1997; Jorm, 2014, 2019). Estes estudos, realizados primeiramente no continente australiano, vieram a evidenciar uma reduzida LSM na população, com ênfase para os adolescentes e jovens (Jorm, 2012). Resultados semelhantes foram encontrados em adolescentes e jovens Portugueses (Loureiro, Barroso, Mendes, Rodrigues, Oliveira, & Oliveira, 2013; Loureiro, Jorm, Mendes, Santos, Ferreira, & Pedreiro, 2013; Loureiro, Jorm, Oliveira, Mendes, Santos, Rodrigues, & Sousa, 2015).

O facto dos estudos serem maioritariamente realizados em amostras de adolescentes e jovens, comparativamente a outros grupos, deve-se, ao facto da adolescência ser a

idade pico para o surgir dos problemas de SM (Kelly et al., 2011; Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi & McGorry, 2012). Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde (2013a, 2013b) considera a LSM (LSM), nomeadamente nos adolescentes e jovens, como uma importante área de intervenção, isto porque cerca de 70% das perturbações podem ser diagnosticadas e receber tratamento adequado antes dos 25 anos (Kutcher, Wei, Costa, Gusmão, Skokauskas, & Sourander, 2016) e 50% antes dos 18 anos (Kelly et al, 2011).

O incremento da literacia em SM das populações, poderá contribuir, por exemplo, para um aumento substancial na procura de ajuda em SM, evitando que muitos problemas possam evoluir para situações de cronicidade (Jorm, 2014; 2019) e simultaneamente contribuir para reduzir o estigma associado às doenças e doentes mentais, que é referido frequentemente como uma das principais barreiras à procura de cuidados de SM (Loureiro, 2013a, 2013b).

No caso dos jovens que ingressam no ensino superior, muitos são os desafios que se lhes colocam, isto porque o processo de transição e consequente adaptação é um período crítico que tem implicações no sucesso académico e consequentemente na sua SM e bem-estar (Almeida, 2014; Brown, 2016; Castro, 2017; Nogueira, 2017).

A evidência mostra que muitos estudantes não estão preparados para gerir os desafios que lhe são colocados e experienciam níveis elevados de stress, ansiedade e depressão (Araújo & Almeida, 2016; Nogueira, 2017), sendo que alguns jovens apresentam à partida perturbações mentais previamente diagnosticadas que se podem agravar à medida que o percurso académico se desenrola (Silveira, Norton, Brandão e Roma-torres, 2011). É Também referido que as dificuldades decorrentes do stress académico podem ter impacto no desencadear de problemas de SM, que se podem agravar com o tempo (García & Zea, 2011; Ribeiro, Pereira, Freire, Oliveira, Casotti & Boery, 2017; Tosevsky, Milovancevic & Gajic 2010; Buchanan, 2012; Pulido-Martos, Augusto-Landa & Lopez-Zafra, 2011).

Algumas revisões acerca da prevalência de problemas de SM nos estudantes universitários indicam que estes jovens apresentam níveis mais elevados de depressão e problemas de ansiedade do que a população geral, especificamente os estudantes dos cursos de saúde (Ibrahim, Kelly, Adams, & Glazebrook, 2013). Os estudantes de Enfermagem não são exceção, apresentando, tal como referido na literatura (Sequeira, Carvalho, Borges e Sousa, 2013) níveis preocupantes de SM e vulnerabilidade.

Concomitantemente, os estudos realizados no contexto português acerca da LSM dos adolescentes e jovens, evidenciam níveis muito modestos em todas as componentes da literacia avaliadas (Correia, 2012; Loureiro., et al, 2013a,b; Figueiral, 2016; Rosa, 2018; Loureiro et al., 2015; Rosa, Loureiro & Sequeira, 2018; Rosa, Loureiro & Sequeira, 2014; Loureiro, 2016).

Os estudantes de Enfermagem evidenciam como principais agentes stressores as exigências relacionadas com a vida académica. Podendo destacar-se a carga de trabalho, as revisões teóricas e a área prática do ensino clínico. Neste último caso, o medo de situações desconhecidas (doença e morte), bem como o medo de cometer algum erro com os utentes, tende a criar situações de elevada ansiedade, algo que se mantém ao longo de todo o curso académico (Pulido-Martos et al., 2011).

Assim, são necessárias intervenções com o intuito de potenciar a SM e bem-estar, e diminuir o impacto negativo que os problemas de SM podem ter na vida dos jovens. Neste contexto, o programa de PSSM, valoriza, para além da atuação em situações de crise, a aprendizagem da intervenção em fases iniciais do desenvolvimento do problema de SM.

Este estudo empírico tem como objetivo avaliar a efetividade do programa de PSSM na LSM acerca da ansiedade e depressão, a partir de uma amostra de estudantes do 1.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), que frequentam uma instituição de ensino da Região Centro de Portugal Continental. A intervenção é realizada na semana de interação ao CLE.

A dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos que correspondem ao enquadramento teórico, metodologia, apresentação dos dados e discussão dos resultados. O primeiro capítulo faz referência às temáticas centrais do trabalho, designadamente referencia à transição e adaptação ao Ensino Superior (ES); SM e bem-estar no contexto do ES; o conceito de LSM e suas componentes; programa de PSSM e evidência produzida acerca da efetividade do programa.

O segundo capítulo, que corresponde à metodologia, engloba o desenho e a hipótese sob estudo, a caracterização da amostra, o instrumento de colheita de dados, a estrutura da intervenção, os procedimentos da colheita de dados e tratamento estatístico dos dados.

O terceiro capítulo refere-se à apresentação dos dados obtidos, antes e após a intervenção para cada uma das componentes da LSM acerca da ansiedade e depressão. O quarto capítulo, compreende a discussão dos resultados, terminando a dissertação com a conclusão.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - ENSINO SUPERIOR: TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO

Ao longo do ciclo vital, todas as pessoas vivenciam diversas transições que podem ser de diferentes tipos, nomeadamente, desenvolvimentais (mudanças no ciclo vital), situacionais (acontecimentos que implicam a mudanças de papeis), saúde/doença e organizacionais (associadas a mudanças sociais, políticas, económicas) (Meleis, 2011). Estas transições implicam a percepção de desequilíbrio e a necessidade de ajustamento e adaptação às novas situações/contextos que surgem na vida do indivíduo. Neste sentido, a pessoa utiliza e mobiliza recursos que lhe permitem adaptar-se, o que se traduz numa mudança de resposta comportamental, cognitiva e afetiva (Almeida, Soares, & Ferreira, 2000; Reich, Harber, & Siegel, 2008 como referido por Soares, Pinheiro, & Canavarro, 2015).

O ingresso no ensino superior implica também uma transição, já que os jovens se confrontem e enfrentam um conjunto substancial de desafios e tarefas (Brown, 2016; Castro, 2017; Soares et al., 2015). Por um lado, e em grande parte dos casos, a deslocalização da área de residência, origina a separação da família e dos amigos e o distanciamento da rede de suporte familiar e social. Por outro, a adaptação a este novo contexto/realidade (casa, cidade, instituição de ensino), determina o estabelecimento de novas relações e vínculos interpessoais e sociais com ênfase para a descoberta de novos amigos, dos professores e do ambiente e vivências académicas. É expectável que a autonomia dos jovens se acentue e que estes se adaptem ao contexto e às novas exigências do quotidiano, na nova etapa das suas vidas.

Como referem Almeida, Soares e Ferreira (2000):

A par das mudanças desenvolvimentais operadas numa fase final da adolescência e início da vida adulta, os estudantes vêem-se ainda confrontados com uma série de novos e complexos desafios, que decorrem quer das exigências que o novo contexto educativo lhes coloca, quer das implicações que esta transição poderá acarretar nos vários domínios da sua existência. A investigação sugere que esta transição confronta o jovem com a resolução simultânea de um conjunto de tarefas em quatro domínios principais: (i) académico (o ensino universitário requer novos ritmos e estratégias de

aprendizagem, face aos novos sistemas de ensino e de avaliação); (ii) social (a experiência universitária requer o desenvolvimento de padrões de relacionamento interpessoal mais maduros na relação com a família, com os professores e os colegas, com o sexo oposto e com as figuras de autoridade); (iii) pessoal (os anos universitários devem concorrer para o estabelecimento de um forte sentido de identidade, para o desenvolvimento da auto-estima, de um maior conhecimento de si próprio/a e para o desenvolvimento de uma visão pessoal do mundo); e (iv) vocacional/institucional (a universidade constitui uma etapa fundamental para o desenvolvimento de uma identidade vocacional, onde a especificação, a implementação e o comprometimento com determinados objectivos vocacionais e/ou institucionais parecem assumir particular importância) (p. 189-190).

A evidência revela que estas novas experiências e tarefas são um desafio basilar para os jovens na medida em que os estimulam e capacitam para o seu êxito, isto porque eles representam um capital e um investimento no futuro das sociedades.

Este período, especificamente o primeiro ano, é referido como sendo determinante em todo o processo da frequência do ensino superior, podendo ser perspectivado como desafio ou como potencializador de crises desenvolvimentais (Almeida et al., 2000).

Alguns autores, referem tratar-se de momentos marcados por elevada pressão e stress, destacando-se os seguintes stressores (Prymachuk & Richards, 2007):

- a) **académicos** (avaliações e testes; sobrecarga académica, pressão para o sucesso, medo do insucesso; competição entre os pares, etc.);
- b) **clínicos**, especificamente no caso de estudantes na área da saúde (trabalho; medo de cometer erros; respostas negativas e gestão do sofrimento da pessoa; relação com outros profissionais)
- c) **pessoais/sociais** (problemas económicos; desequilíbrios entre casa/instituição).

Silveira et al., (2011), considera também os problemas financeiros/económicos e a competição entre pares como fatores de stress em estudantes do ensino superior, destacando ainda:

a preocupação em terminar o curso e em arranjar emprego; gerir trabalho/estudo/responsabilidades domésticas e familiares; dificuldades em organizar o tempo; problemas relacionais e necessidade de integração no grupo de pares; manter relacionamentos à distância com pessoas significativas; privação do sono; maior consciencialização da própria identidade

e orientação sexual; deixar a casa dos pais e viver num ambiente novo; partilhar casa com novas pessoas; par resposta às expectativas próprias e às dos pais; preconceito étnico ou sub-cultural (p.248).

Em relação ao stress que os estudantes enfrentam, é salientar que o stress pode ser considerado como útil:

no desenvolvimento de competências (intelectual, física e social), desenvolvimento emocional (gestão de medos, frustrações, ansiedade), desenvolvimento da autonomia e interdependência na relação com os pares e a família, desenvolvimento da identidade (imagem corporal, orientação sexual, autoconceito e autoestima), desenvolvimento de relações interpessoais seguras pautadas por intimidade, tolerância e aceitação das diferenças, desenvolvimento de um sentido de vida (definição de objetivos, reconhecimento de interesses e preferências pessoais e compromisso com escolhas vocacionais), e desenvolvimento da integridade (sistema de valores, conciliação dos interesses pessoais com interesses sociais, conciliação de papéis) (Almeida, Araujo & Martins, 2016, p.149).

A qualidade da adaptação ao ES é perspetivada na literatura científica como um forte preditor do sucesso académico. Este sucesso é entendido como um conceito multifacetado e envolve diversas componentes. Nomeadamente: escolares, sociorrelacionais e psicológicas (Almeida, 2002; Soares et., 2015). No mesmo sentido, adaptação, stress académico e sucesso parecem influenciar-se mutuamente, e ter impacto na SM e bem-estar dos estudantes.

A relação entre stress académico e o despoletar, por exemplo, de elevados níveis de ansiedade nos estudantes do ES (incluindo estudantes de Enfermagem) e consequente desencadear de problemas de SM mais sérios (García & Zea, 2011; Silveira et al., 2011), tem sido alvo de diversos estudos, incluindo revisões efetuadas ao longo da última década (Ribeiro et al., 2017; Tosevski et al., 2010; Buchanan, 2012; Pulido-Martos et al., 2011).

Concomitantemente, o ingresso no ensino superior é também ele um momento simbólico enraizado nos contextos socioculturais e pode corresponder à idealização dos pais relativamente ao futuro dos filhos. Estas expetativas, dos próprios e suas famílias, de procura de uma profissão capaz de garantir realização, segurança e estabilidade no futuro, é também ele um tempo de tensão, angústia e por vezes conflito e gestão de expectativas.

Muitas vezes, o abandono precoce do ensino superior associa-se, quer à incapacidade de gerir o stress académico, quer ainda à disparidade entre a escolha do curso (e

futuro profissional) e a realidade e experiências vivenciadas no contexto do ensino e aprendizagem (Martincowoski, 2013). Como referem (Almeida et al., 2016) a resposta passa então por:

assegurar oportunidades para o desenvolvimento progressivo da autonomia dos estudantes, nomeadamente criando formas de apoio à integração daqueles que não possuem os recursos pessoais suficientes para o sucesso nesta transição. Os alunos mais fragilizados do ponto de vista da sua autonomia psicológica devem merecer o apoio das instituições de ES por forma a não se criarem ruturas insuperáveis, desencadeando situações de desânimo, insucesso e abandono (p.149).

1.1 - SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR NO CONTEXTO DO ENSINO SUPERIOR

A SM e bem-estar dos jovens estudantes do ensino superior são considerados como aspetos fundamentais para o sucesso da transição e adaptação ao ensino superior. O conceito de SM (Loureiro, 2014) é entendido como “um *continuum* que vai desde ter boa SM até ter uma doença mental. Uma pessoa irá, em diferentes pontos da sua vida, alterar a sua posição nesse *continuum*.” (p.8).

A evidência científica produzida, analisa, quer o impacto da SM no processo de transição e adaptação, isto é, uma condição que permite enfrentar e ultrapassar os desafios com sucesso, quer como consequência que resulta de todo o processo. Isto é, a transição e adaptação podem ter impacto substancial na SM dos indivíduos (Nogueira & Sequeira, 2018), sobretudo em termos de aumento dos níveis de vulnerabilidade.

É referido na literatura que uma parte substancial dos estudantes não está preparada para gerir os desafios de índole académica com que se deparam no quotidiano. Sabemos que alguns estudantes, apresentam à partida problemas de SM, inclusive com perturbações psiquiátricas diagnosticadas (Silveira et al., 2011). A evidência indica também que existe uma probabilidade acrescida dos sinais e sintomas se agravarem à medida que se desenrola o percurso académico, sobretudo se não existirem estruturas de apoio para atuar em situações de maior vulnerabilidade. Como sabemos, as situações de stress académico podem de *per si*, desencadear problemas de SM, inclusive em indivíduos sem nenhuma manifestação prévia ou anterior (Porta-Nova & Fleming, 2009).

Neste sentido, mais do que falar de perturbações mentais é adequado falar no conceito de problemas de SM, entendido como um termo mais amplo “e inclui tanto as doenças mentais como os sintomas destas doenças, que ainda não são suficientemente graves para que seja feito o diagnóstico de doença mental.” (Loureiro, 2014, p.8).

A evidência mostra que nos estudantes do ensino superior a maioria dos problemas relatados incluem: ansiedade, depressão e perturbações psicóticas sendo o nível de *distress* bastante elevado (Storrie, Ahern & Tuckett, 2010).

No caso da depressão, as revisões sistemáticas efetuadas, assim como estudo primários indicam valores de prevalência muito elevados, ao ponto de serem superiores aos observados na população em geral (Teh, Ngo, Zulkifli, binti, Vellasamy, & Suresh, 2015; Ibrahim et al., 2013; Padovani, Neufeld, Maltoni, Barbosa, Souza, Cavalcanti, & Lameu, 2014).

No caso português, uma parte substancial dos estudos acerca da SM dos estudantes universitários não incluí os consumos de substâncias tais como álcool e outras drogas. Contudo, o relatório ao consumo de substâncias psicoativas na população geral (Balsa, Vital & Urbano, 2018), indica que para a população entre os 15 e 34 anos a substância mais consumida e que tem vindo a aumentar é o álcool, seguido do tabaco e canábis. Estes dados são, em nosso entender, preocupantes dado que parte substancial dos estudantes de ensino superior é consumidor desta tipologia de substâncias (Santos, 2011; Araújo, 2015; Mostardinha & Pereira, 2018).

A forma como os estudantes lidam, enfrentam e superam os desafios pessoais e académicos no quotidiano, depende em muito das suas características pessoais e da personalidade. Tosevsky et al., (2010) consideram a personalidade dos estudantes do ensino superior como um fator crucial que influencia a sua vulnerabilidade e resiliência, e, neste sentido, as características psicológicas dos estudantes assumem grande importância no seu desempenho académico.

Os resultados de alguns estudos realizados no contexto do ES português, apontam, tal como acontece noutros países para uma prevalência elevada de problemas emocionais, depressão e ansiedade, entre outros problemas (Custódio, Pereira, & Seco, 2009; Luz, Castro, Couto, Santos & Pereira, 2009; Almeida, 2014; Nogueira, 2017).

2. LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

O conceito de LSM foi criado por Anthony Jorm e colaboradores (Jorm et al., 1997) na Austrália em finais dos anos 90 do século XX. Provém de um conceito mais abrangente, o conceito de literacia em saúde (LS).

Nas últimas décadas, a LS tem sido alvo de interesse sendo que atualmente é perspectivada como “conceito chave na promoção da saúde e na prevenção e gestão de doenças.” (Nutbeam, 2000 citado por Loureiro, Rodrigues, Santos & Oliveira, 2014, p. 11).

A LS sendo considerada uma determinante da saúde pode definir-se como “a medida em que os indivíduos têm capacidade para obter, processar e entender informações básicas em saúde e serviços disponíveis para tomar decisões de saúde apropriadas” (Selden, Zom, Ratzan, & Parker, 2000, p.6 citado por Loureiro et al., 2014).

Para Loureiro et al., (2014) a LS está ligada à literacia geral e tem impacto direto no estado de saúde do indivíduo e na qualidade de vida, assim como impacto indireto nos estilos de vida, na utilização dos serviços e no acesso à informação.

O conceito de LSM decorre do conceito de LS e, foi definido por Jorm e colaboradores como “os conhecimentos e crenças acerca das perturbações mentais que ajudam ao seu reconhecimento, gestão e prevenção” (Jorm et al., 1997 citado por Jorm, 2014, p.27). Este conceito foi operacionalizado em cinco componentes (Jorm, 2012, 2014, 2019; Loureiro, 2014) que são:

1. Reconhecimento dos problemas de SM (incluindo perturbações mentais) de modo a promover e facilitar a procura de ajuda;
2. Conhecimentos sobre ajuda profissional e tratamentos disponíveis;
3. Conhecimentos sobre a eficácia das estratégias de autoajuda;
4. Conhecimentos e competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros;
5. Conhecimentos acerca do modo de prevenção das perturbações mentais.

A LSM é perspectivada como um conhecimento voltado para a ação, quer em prol da saúde do indivíduo, quer ainda daqueles que o rodeiam (Jorm, 2014; Loureiro, 2014; Loureiro, Sousa & Gomes, 2014).

2.1. EVIDÊNCIA ACERCA DA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

O conceito de LSM foi operacionalizado em cinco componentes, mencionadas anteriormente. Em relação à componente: *reconhecimento dos problemas de SM (incluindo perturbações mentais) de modo a promover e facilitar a procura de ajuda*, a evidência científica mostra que os níveis de LSM são reduzidos independentemente da população (Chen, Parker, Kua, Jorm, & Loh, 2000 citado por Rosa et al., 2014). Outros aspetos relevantes são mencionados (Jorm, 2000; Jorm, Right, & Morgan, 2007 citado por Rosa et al., 2014): a dificuldade de identificar/reconhecer as perturbações mentais; reduzido entendimento das causas; crenças erróneas acerca da efetividade do tratamento; a relutância na procura de ajuda e ainda não saber como ajudar os outros. Neste sentido, a LSM é entendida como pré-requisito para o reconhecimento precoce e intervenção atempada nos problemas de SM incluindo as perturbações mentais (Scott & Chur-Hansen, 2008 citado por Rosa et al., 2014).

A evidência produzida (Jorm, 2012; 2014) demonstra que a maioria das pessoas com problemas e perturbações de SM não procuraram ou atrasam a procura de ajuda e que os atrasos na procura de ajuda terão consequências adversas com piores resultados em saúde. Para esta situação concorrem várias barreiras sendo fundamental intervir no sentido de as reduzir, promovendo assim o reconhecimento de problemas (incluindo perturbações) como intuito de facilitar a procura de ajuda e ainda reduzir o tempo entre o que medeia os primeiros sinais e o reconhecimento dos problemas de SM (incluindo perturbações) e a procura de ajuda

Uma das barreiras com maior peso na procura de ajuda prende-se com o não reconhecimento dos sintomas da perturbação mental vivenciada (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010 citado por Jorm, 2014)

Um estudo australiano acerca das razões do atraso na procura de ajuda em pessoas com perturbações de humor e ansiedade demonstrou que esse atraso estava relacionado com o reconhecimento tardio da perturbação mental por parte da pessoa com perturbação mental (Thomson, Issakidis, & Hunt, 2008 citado por Jorm, 2014).

Outro aspeto a considerar é que a probabilidade do não reconhecimento dos problemas de SM (incluindo perturbações) é maior se o primeiro episódio ocorrer na adolescência ou terem o seu início no início da idade adulta (Jorm, 2012, 2014).

Loureiro (2014) afirma que os problemas de SM podem provocar grande impacto no desenvolvimento dos adolescentes sendo fundamental distinguir as alterações

características da adolescência e as que podem ser indicar um problema de SM já que “muitos dos sinais e sintomas podem estar encobertos ou “camuflados” pelas alterações que ocorrem neste período”. (Loureiro, 2014, p.14).

Por outro lado, os adolescentes (Jorm, 2014) pela sua falta de experiência e reduzidos conhecimentos, muitas vezes, podem necessitar da ajuda dos pais ou de outros adultos de forma a facilitar o reconhecimento das perturbações e a procura de ajuda. Contudo, os pais, desvalorizam as alterações apresentadas pelos adolescentes, não procurando ou atrasando a ajuda (Loureiro, 2014).

Rosa et al., (2014) afirma que os adolescentes evidenciam dificuldades significativas no reconhecimento das perturbações mentais, assim como na identificação dos seus sintomas, o que na prática se manifesta por comportamentos de procura de ajuda desadequados.

Dos estudos realizados no contexto Português acerca da LSM, nomeadamente para a depressão e/ou ansiedade, destacam-se os trabalhos de Correia (2012); Loureiro et al. (2013b); Figueiral (2016) e Rosa (2018).

Em termos da componente de reconhecimento, os resultados indicam um nível de reconhecimento modesto. No estudo de Correia (2012), cuja amostra é de estudantes do 1.º ano do ensino superior, incluindo do curso de Enfermagem, observou-se que 32,3% dos participantes identifica a situação corretamente como depressão, valor ainda assim mais elevado ao encontrado por Loureiro et al. (2013b), em que 27,2% identificou a depressão. Neste último caso, a amostra é constituída por adolescentes e jovens do 3.º ciclo do ensino básico e ensino secundário.

O estudo realizado por Figueiral (2016) a partir de uma amostra de estudantes do 3º ciclo), mostrou que no topo das escolhas assinaladas pelos participantes no que consideram ser doença/perturbação mentais, destacam-se a depressão (82,2%) e esquizofrenia (80,8%), sendo que apenas 53,4% reconheceram a ansiedade como doença mental. Contudo, outras patologias que implicam alterações de comportamento são consideradas por mais de metade dos participantes como doenças mentais como é o caso da paralisia cerebral (60%), da trissomia 21 (46,6%) seguida da doença de parkinson (39%) e do AVC (28,8%).

Por último, o estudo de Rosa (2018), recorrendo também a uma amostra de estudantes do 3º ciclo do ensino básico, concluiu que os adolescentes apresentam dificuldades no reconhecimento das perturbações mentais, assim como na identificação dos sintomas chave.

Em termos da segunda componente da LSM, *conhecimentos sobre ajuda profissional e tratamentos disponíveis*, é de referir que a procura de ajuda adequada implica ter conhecimentos sobre os profissionais de saúde a quem recorrer e de que forma, bem como aos tratamentos disponíveis (farmacológicos e não farmacológicos).

É referido na literatura (Jorm, 2012, 2014, 2019) que, há uma preferência pelas fontes informais de ajuda (amigos e família) em detrimento da ajuda prestada por profissionais (fontes formais). Esta preferência é problemática principalmente durante a adolescência visto que os adolescentes não têm o conhecimento e a experiência adequados para exercer o papel de prestadores, incluindo ainda os pais.

É também mencionado na literatura que as profissões com formação especializada nem sempre são as preferidas (caso do psicólogo) e que existe uma imagem negativa de alguns tratamentos, nomeadamente a medicação sendo esta associada a menor utilização, menor benefício e consequente descontinuidade de tratamento (Jorm, 2012, 2014).

Neste sentido, em relação aos tratamentos, é de salientar que os psicotrópicos têm uma conotação negativa e apesar de aconselhados para problemas de SM, (Jorm, 2012, 2014) são considerados como prejudiciais sendo que a população opta pela utilização de outros produtos não sujeitos a prescrição (por exemplo, as vitaminas) apesar de não haver evidência científica acerca da sua eficácia (Jorm, 2014).

Neste caso, os estudos mostram, entre outros que o psicólogo (97,2%), o amigo significativo (92,9%) e os familiares (86,6%) são aqueles cuja preferência é mais vincada (Correia, 2012). Relativamente aos medicamentos, no caso da depressão, os estudantes consideram que as vitaminas (69%) e os chás (60,7%) são mais úteis do que os antidepressivos (35,3%), valores estes semelhantes aos encontrados por Loureiro et al., (2013b) e Rosa (2018).

No que concerne à terceira componente: *conhecimentos sobre estratégias de autoajuda eficazes*, a evidência aponta para que as pessoas apresentem uma atitude bastante positiva sobre estratégias de autoajuda e as utilizam para a ansiedade e para a depressão (Jorm 2012, 2014, 2019).

Algumas estratégias autoajuda são populares e poderão ser úteis (ex. exercício físico), sendo que outras são prejudiciais (ex. consumo de bebidas alcoólicas). Torna-se pois necessário encorajar o conhecimento sobre as estratégias úteis e benéficas, considerando sempre que estas nunca substituem a ajuda profissional (Jorm, 2014).

Os estudos realizados no nosso contexto mostram, para esta componente, que os adolescentes e jovens portugueses percecionam como útil a prática de relaxamento, recorrer a profissional especializado para efetuar terapia e a prática regular de exercício físico (Correia, 2012; Loureiro et al., 2013b). É de salientar que no contexto destes estudos, o consumo de álcool é considerado como prejudicial pela quase totalidade dos participantes nos estudos.

Em termos da componente de *conhecimentos e competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros*, é de referir que as pessoas necessitam de possuir conhecimentos e competências para prestar apoio sendo fundamental apoiar a procura de ajuda (Jorm, 2012, 2014). Jorm (2014) refere que se observam muitas limitações em termos de primeira ajuda. Por exemplo, observa-se muita relutância em falar sobre pensamentos suicidas ou abordar aluém que está em sofrimento “profundo”. Por exemplo, quando questionados sobre possíveis ações de prestação ajuda no caso da depressão, os jovens portugueses identificam como úteis as seguintes ações: ouvir os seus problemas de forma compreensiva (99,1%), aconselhamento para procura de profissional de saúde especializado (81,6%) e reunir com o grupo de amigos (Correia, 2012). Resultados semelhantes aos observados por Loureiro et al., 2013b) em que os adolescentes e jovens identificam como estratégias benéficas, escutar de forma compreensiva os problemas da pessoa (95,2%) e aconselhar a procura ajuda profissional (77,2%). Em todos os estudos, uma margem substancial considera que falar sobre pensamentos suicidas é prejudicial, sendo que muitos jovens afirmam não saber se é útil ou prejudicial fazer esta questão.

Relativamente à componente de *conhecimento acerca do modo de prevenção de perturbações mentais* sabe-se que esta componente da LSM é a área mais negligenciada (Jorm, 2014).

Uma preocupação evidenciada em alguns estudos refere-se ao facto de muitos jovens acreditarem no benefício de evitar situações stressantes, como estratégia de prevenção de problemas, contudo esta estratégia mostra-se prejudicial podendo mesmo agravar os problemas de ansiedade (Jorm, 2014).

Os estudos produzidos em contexto português indicam que: a) os jovens consideram que o risco de desenvolver depressão diminui com as seguintes ações: manter contato regular com família e amigos (93,6 % e 92,1 %) evitar situações geradoras de stress” (88,9 %) e não utilizar drogas (87,8 %); e b) os jovens quando questionados acerca das crenças para prevenção da depressão, 23,6% dos participantes desconhecem que o risco de desenvolver depressão diminui com a prática de atividade física regular e

mesmo se verificou em relação à prática regular de atividades relaxantes (21,5%). É de referir ainda que os adolescentes e jovens identificaram como estratégia útil manter contacto com família (86,2%) e amigos (85,6%) (Loureiro et al., 2013b).

Em suma, poderemos constatar que os resultados dos estudos se constituem como um desafio à realização de intervenções adequadas no sentido de promover a literacia em SM.

2.2. PROGRAMA DE PRIMEIROS SOCORROS EM SAÚDE MENTAL

O programa de PSSM, designado em língua inglesa como *Mental Health First Aid* (MHFA) como se referiu, foi criado e desenvolvido na Austrália por Betty Kitchener e Anthony Jorm (Kitchener & Jorm, 2002a, 2002b). O programa é o corolário do conceito de LSM numa perspetiva de “conhecimento voltado para a ação, quer em prol da saúde do indivíduo quer ainda daqueles que o rodeiam” (Loureiro, 2014, p.3).

No sentido de proceder à apresentação do programa de PSSM, torna-se necessário definir alguns conceitos centrais a este programa educativo. Primeiro a “primeira ajuda” (incluindo os primeiros socorros) é definida como a “ajuda prestada a alguém que está a desenvolver um problema de SM ou numa crise relacionada com a sua SM. Esta ajuda é dada até que a pessoa receba ajuda apropriada ou até que a crise seja ultrapassada” (Loureiro, 2014, p.20).

O programa dá relevo ao conceito de “problemas de SM”, mais do que doenças/perturbações mentais, dado que este conceito é “mais amplo e inclui tanto as doenças mentais como os sintomas dessas doenças, que ainda não são suficientemente graves para que seja feito o diagnóstico” (Loureiro, 2014, p. 8).

O programa ensina o público a: a) reconhecer e valorizar os sinais e sintomas de diferentes problemas de SM e de situações de crise associadas a esses problemas; b) a prestar ajuda inicial bem como encaminhar a pessoa para a ajuda adequada. Neste contexto os objetivos do programa são (Loureiro, 2014, p.20).:

- 1.º - preservar a vida enquanto a pessoa representar perigo para si ou para outros; 2.º - prestar ajuda de modo a que o problema de SM não venha a tornar-se mais sério; 3.º - promover a recuperação da SM; 4.º - providenciar conforto à pessoa que experiencia um problema de SM.

Esta primeira ajuda é frequentemente prestada por alguém que pertence à rede social das pessoas, mas que não é necessariamente um profissional de saúde.

Neste sentido, e de acordo com Loureiro (2014), as pessoas quando capacitadas para prestar primeira ajuda, podem desempenhar um papel fundamental promovendo e facilitando a procura de ajuda profissional, se for caso disso. Deste modo, interessa referir ainda que, esta capacitação não tem qualquer intenção de realização de diagnóstico ou de substituição de profissionais de SM.

São vários os motivos que justificam a necessidade de formação ao nível da primeira ajuda em SM (Loureiro, 2014), especificamente de adolescentes e jovens. Destacam-se os seguintes:

- a) os problemas de SM, surgem muitas vezes durante a adolescência ou no início da idade adulta;
- b) o desconhecimento dos sinais e a desvalorização dos sintomas do que implicam os problemas de SM para a pessoa;
- c) os pares podem desempenhar um papel fundamental na procura de ajuda e neste sentido necessitam de ampliar conhecimentos e competências para poderem prestar primeira ajuda adequadamente por forma a evitar o agravamento do problema;
- d) o estigma e a discriminação sociais associados aos problemas de SM são ainda muito marcados na sociedade. O atraso ou recusa na procura de ajuda pode ser causada pelo estigma sendo que o aumento da compreensão dos problemas de SM pode reduzir o estigma e a discriminação associados às doenças mentais;
- e) as pessoas que estão a sofrer de um problema relacionado com a sua SM podem não ter consciência da necessidade de procura de ajuda. Em alguns casos os problemas de SM (incluindo perturbações mentais) afetam o pensamento e a sua capacidade de tomar decisões. Nesta situação, os pares desempenham um papel fundamental.

2.2.1. Estrutura e plano de acção

O programa de PSSM concretiza-se numa intervenção com objetivos comuns aos primeiros socorros prestados noutra área da saúde (Loureiro, 2014), designadamente: “1.º - Preservar a vida; 2.º - Prevenir ferimentos ou danos futuros; 3.º - Promover a recuperação e 4.º - Oferecer conforto à pessoa que está doente ou magoada” (p. 20).

Para conseguir prestar primeira ajuda torna-se indispensável ter conhecimentos básicos acerca dos problemas de SM, isto é, um domínio satisfatório da LSM em todas as suas componentes, com ênfase para o reconhecimento dos problemas, sobretudo na identificação dos sinais e valorização dos sintomas que servem de alerta, para posteriormente aplicar o plano de acção.

Neste sentido, o programa faz uma distinção clara dos principais sinais e sintomas dos problemas e perturbações mentais recorrentes na adolescência e juventude, distinguindo os sinais enquanto alterações que podem ser identificadas por outra pessoa (ex. choro fácil e injustificado), dos sintomas, enquanto experiências subjetivas que estão relacionados com o modo como a pessoa se sente (ex. sentir que nada vale a pena, sofrimento, etc.).

Para que a abordagem do prestador de primeira ajuda seja eficaz, o curso contempla um plano de acção, e ensina a colocá-lo em prática sempre que a pessoa pretende abordar alguém que está a desenvolver um problema ou numa crise relacionada com a sua SM.

O plano de acção da primeira ajuda em SM é composto por cinco acções (Loureiro, 2014), representado pela mnemónica **ANIPI** (Figura 1), correspondendo a cada letra a seguinte acção:

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

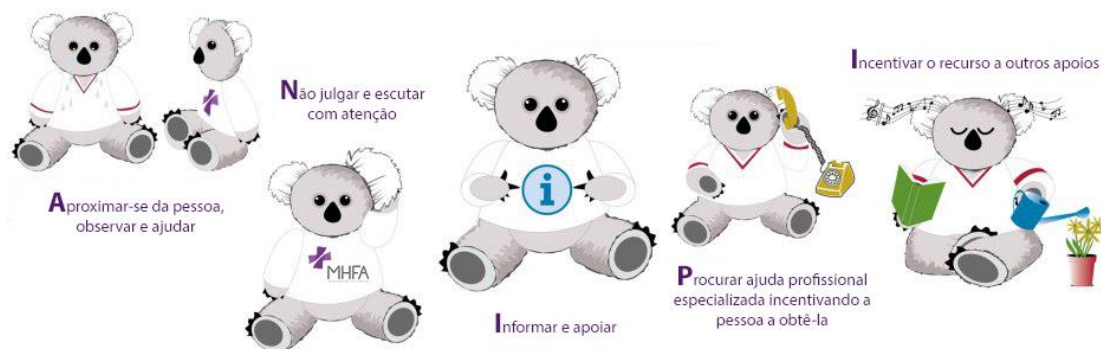


Figura 1 – Plano de acção da primeira ajuda (adaptado de Kitchener & Jorm, 2002b)

Segundo Loureiro (2014), compete ao prestador da primeira ajuda avaliar e decidir qual a ordem mais vantajosa a seguir de modo a dar resposta às necessidades da pessoa em causa, não tendo a obrigatoriedade de seguir a ordem das ações apresentadas.

O programa PSSM, é constituído por 14 horas de formação presencial (Kelly, Kitchener, & Jorm, 2010; Loureiro, 2014), contudo pode ser aplicado e sofrer alterações consoante o contexto e características dos participantes.

No que diz respeito aos conteúdos abordados no curso de PASM, o programa está dividido por módulos (Loureiro, 2014), nomeadamente: I) SM (conceito, definição de problemas de SM, impacto das doenças mentais, profissionais que podem ajudar e estratégias de autoajuda), Adolescência (conceito, desenvolvimento na adolescência e relação entre SM e adolescência) e Primeira Ajuda e Primeiros Socorros (importância da primeira ajuda em SM, plano de ação, fatores a considerar na primeira, como comunicar eficazmente e comunicar com adolescentes e jovens de diferentes raízes e *backgrounds* culturais); II) Primeira Ajuda, Problemas de Saúde Mental e Plano de Ação; III) Primeiros Socorros em Saúde Mental em Situação de Crise. São contemplados os seguintes problemas de SM: Depressão; Ansiedade; Perturbações Alimentares, Psicose e Abuso de álcool (Loureiro, 2014). Em cada um deles são abordadas as seguintes temáticas: conceito, fatores de risco associados, intervenções, importância da intervenção precoce, crises associadas e plano de ação da primeira ajuda em SM.

No que respeito às situações de crise são apresentadas as seguintes temáticas: ideação suicida, comportamentos autolesivos, ataques de pânico, acontecimentos traumáticos, surto psicóticos, abuso de álcool e comportamentos violentos.

2.2.2. Evidência científica acerca da efetividade

A evidência produzida em relação à efetividade do curso PSSM revela que este programa é eficaz para o aumento da LSM, tal como se observa em duas revisões sistemáticas com meta-análises, uma das quais recentemente (Hadlaczky, Hökby, Mkrtchian, Carli, & Wasserman, 2014; Morgan, Ross, & Reavley, 2018). Em termos de estudos de efetividade em amostras de estudantes de Enfermagem poderemos

destacar quatro estudos, sendo dois realizados no contexto nacional (Loureiro & Sousa, 2019; Loureiro & Costa, 2019) e os restantes realizados na Austrália ((Bond, Jorm, Kitchener, & Reavley, 2015; Burns, Crawford, Hallett, Hunt, Chih, & Tilley, 2017).

Destacamos primeiramente a revisão de Morgan et al. (2018), efetuada com uma amostra de 18 estudos primários. Os resultados da meta-análise apontam para tamanhos de efeito que se situam entre o pequeno e o moderado, incluindo *follow-up* de seis meses. As melhorias situam-se nas dimensões do conhecimento sobre primeiros socorros em SM, nas crenças acerca da eficácia dos tratamentos, confiança em prestar primeiros socorros em SM e intenção em prestar primeiros socorros. Em termos de redução do estigma pessoal, o tamanho de efeito observado foi pequeno.

Em termos de estudos com amostras de estudantes de Enfermagem, o estudo de Bond et al. (2015), foi realizado na Austrália a partir de uma amostra de estudantes de Enfermagem (n=292) e de Medicina (n=142). O desenho utilizado, com avaliação de pré e pós teste utilizou duas intervenções distintas (formação presencial/formação *online*, sendo o programa administrado a quatro subgrupos.

No que respeita aos estudantes de Enfermagem, o programa revelou tamanhos de efeito elevados em ambas os tipos de tratamento (tipo de curso) nos domínios dos conhecimentos sobre os problemas de SM, intenção de prestar primeiros socorros e confiança em prestar ajuda. No estigma pessoal e percebido, os tamanhos de efeito foram mais baixos, situando-se entre o baixo e o moderado (Bond et al., 2015).

O estudo de Burns et al. (2017), recorreu a uma amostra de estudantes do 1.º ano do curso de Enfermagem, tendo utilizado um desenho experimental, com grupo experimental (n=59) e grupo de controlo (n=81), pré e pós teste e *follow up* (dois meses após a intervenção).

Os resultados permitiram observar um incremento da LSM ao nível do conhecimento sobre os problemas de SM, confiança para ajudar alguém, intenção de prestar ajuda e uma diminuição do estigma e distância social. As medidas de variação explicada revelaram valores modestos de tamanhos de efeito.

No contexto Português, como referido, o primeiro estudo piloto foi realizado por Loureiro e Sousa (2019) a partir de uma amostra de 16 recém-licenciados em Enfermagem (uma semana após a conclusão do curso) e utilizou um desenho pré-experimental (estudo de caso com pós teste de grupo único). A avaliação foi realizada para todas as componentes da LSM ao nível da depressão, esquizofrenia e abuso de álcool. O programa teve a duração de 14 horas (sete horas/dia).

Os autores referem de forma aprofundada as limitações do estudo, nomeadamente o tipo de estudo com uma única avaliação no pós teste, sendo cautelosos na análise do contributo do programa para a LSM dos recém licenciados.

Assim, observam que no fim do programa, em termos de reconhecimento, na globalidade dos problemas/perturbações mentais abordados, os resultados são satisfatórios, sendo que os participantes sabem identificar as situações e atribuir-lhe um rótulo adequado, distinguindo claramente os três problemas.

Na componente de conhecimentos sobre ajuda profissional e tratamentos disponíveis, os resultados indicam que participantes reconhecem a necessidade das intervenções da ajuda formal nas situações-problema abordadas no programa, especificamente de um profissional de saúde, incluindo os profissionais de saúde adequados.

Nos conhecimentos sobre estratégias de autoajuda eficazes, os participantes consideram útil *fazer terapia com um profissional especializado, juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares e procurar ajuda especializada de SM*), comparativamente às estratégias que poderão não requerer à partida acompanhamento.

Em termos de conhecimentos e competências para prestar primeiros socorros e ajuda aos outros, os autores observam que no fim da intervenção realizada, o programa promoveu as competências para a prestação da primeira ajuda e primeiros socorros ao nível dos três problemas, de acordo com as *guidelines* internacionais do programa.

Na componente de conhecimentos acerca do modo de prevenção de perturbações mentais, os resultados são considerados consistente com os objetivos do programa, isto porque os participantes acreditam que é possível prevenir as doenças mentais.

Em termos de intenção de procura de ajuda, no caso da depressão, 4/5 refere que pediria ajuda se estivesse em situação semelhante. Em termos de confiança para prestar ajuda, as médias indicam maior confiança para a depressão e abuso de álcool, comparativamente à esquizofrenia.

Por fim, o estudo de Loureiro e Costa (2019), utilizou um desenho pré-experimental com grupo único e avaliação pré e pós intervenção. A amostra do estudo foi seleccionada a partir da população de estudantes inscritos nos 2.º, 3.º e 4.º anos letivos do Curso de Licenciatura em Enfermagem de uma instituição de ensino da região centro de Portugal Continental. O problema de SM em que se centrou o estudo foi a depressão.

Em termos de resultados por componente, o programa contribuiu para incremento no reconhecimento da depressão, já que a identificação da situação descrita na vinheta, aumentou com a frequência do programa, passando de 47,80% para 80,40% no fim do programa. A medida de tamanho de efeito revela um efeito considerado grande ($g \geq 0,25$).

Na componente de conhecimentos sobre os profissionais e tratamentos disponíveis, observa-se um aumento na percepção de utilidade do “professor”, do “psiquiatra” e do “serviço telefónico de aconselhamento”. Ao nível dos produtos e medicamentos, observa-se um decrescimento com significado estatístico, nos produtos não sujeitos a prescrição médica e um aumento na percepção de utilidade e adequação dos “antidepressivos” “comprimidos para dormir”. Também aqui os valores das medidas de tamanho de efeito revelam um efeito considerado grande ($g \geq 0,25$).

Ao nível da componente de conhecimentos sobre a eficácia das estratégias de autoajuda, os autores observaram um aumento na percepção de utilidade, relativamente às estratégias: “levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol pela manhã”, “consultar um *website* que contenha informação...”; “ler um livro de autoajuda sobre o problema” e “juntar-se a um grupo de apoio para pessoas...”, com valores de de tamanho de efeito grandes.

Na 4.^a componente observam-se mudanças em termos dos itens “perguntar se tem perguntas suicidas” e “incentivar a praticar exercício físico” e na 5.^a componente,

Observaram-se aumentos na percepção de utilidade da “prática de exercício físico” “não utilização de bebidas alcoólicas” e “ter uma crença religiosa e espiritual”.

Por fim, em termos de intenção de procura de ajuda e confiança de procura de ajuda, o programa contribui para um aumento em ambas as variáveis, nomeadamente no caso da intenção de pedido de ajuda, inicialmente 71,70% referem a intenção de pedido/procura de ajuda, valor que passou para os 91,30% no fim do programa.

No que respeita à confiança para prestar ajuda, observa-se uma melhoria na confiança de prestar ajuda do primeiro momento (3,09 pontos) para o segundo momento (4,09 pontos).

Todos os estudos referidos, quer analisados individualmente, quer a partir da leitura e análise das revisões sistemáticas efetuadas, apontam para a eficácia do programa de PSSM na capacitação das pessoas para a prestação de primeiros socorros e primeira ajuda em SM, contribuindo de modo substancial para a melhoria da LSM acerca da depressão.

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

1.DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

O presente estudo é de natureza quantitativa, de nível IV, com recurso a um desenho pré-experimental, com rupo experimental e avaliação pré e pós intervenção (Campbell & Stanley, 2005).

2. HIPÓTESE

H₁: A frequência do programa de PSSM contribui o incremento da LSM acerca da ansiedade e depressão dos estudantes do 1.º ano de Enfermagem.

3.CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os participantes (N=36) foram selecionados de modo aleatório a partir da listagem dos alunos inscritos no 1.º ano do curso de licenciatura em Enfermagem que frequentam uma instituição de ensino superior da Região Centro de Portugal Continental no ano letivo (2018/2019). A amostragem foi realizada logo após a inscrição para o curso e o programa foi aplicado na semana de integração.

Em termos de caraterísticas sociodemográficas, 8 (22,20%) são do sexo masculino e 28 (77,80%) do sexo feminino. Relativamente à idade, a média é de 18,64 anos (desvio padrão=1,78 anos), sendo a idade mínima observada de 17 anos e a máxima de 25 anos. O coeficiente de variação estimado é CV=0,10 (10,0%), tratando-se por isso de um grupo homogéneo no que respeita à variável.

Em relação às habilitações literárias dos pais (Tabela 1), podemos observar, no caso do pai, que a maioria (33,33%) tem o ensino básico 3.º ciclo – curso geral dos liceus (9ºano) e 27,78% o ensino secundário (curso complementar dos liceus). No caso da mãe, 30,56% tem o ensino secundário (curso complementar dos liceus), 25,00% o Ensino básico – 3º Ciclo – Curso geral dos liceus (9ºano) e 25,00% o bacharelato/licenciatura.

Tabela 1 - Distribuição absoluta e percentual das habilitações literárias dos pais (N=36)

Habilitações literárias	Pai		Mãe	
	n.º	%	n.º	%
Ensino básico – 1º Ciclo (antiga 4ª classe)	2	5,56	---	---
Ensino básico – 2º Ciclo (Ensino preparatório – antigo 6º ano)	7	19,44	7	19,44
Ensino básico – 3º Ciclo – Curso geral dos liceus (9ºano)	12	33,33	9	25,00
Ensino secundário (Curso complementar dos liceus)	10	27,78	11	30,56
Bacharelato/Licenciatura	4	11,11	9	25,00
Mestrado/Doutoramento	1	2,78	---	---

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) (Loureiro, 2015).

Trata-se de um questionário que avalia as cinco componentes da LSM, incluindo a intenção de pedido de ajuda, percepção de competência pessoal para prestar ajuda e apoio e estima pessoal.

A primeira parte do QuALiSMental inclui as instruções de preenchimento e questões de caracterização sociodemográfica (sexo, idade e habilitações literárias dos pais). A segunda parte é constituída por diferentes seções relativas a cada componente da LSM. Previamente são apresentadas duas vinhetas relatando problemas de SM, 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

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.

A avaliação da componente **reconhecimento dos problemas e perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda**, é constituída por diversos itens, sendo que após a apresentação das vinhetas, é colocada a seguinte questão: “Na tua opinião, o que é que se passa com a Joana/Rita? (Podes assinalar várias respostas). A possibilidade de respostas consiste em 17 itens, sendo que entre eles existem rótulos de problemas de SM, bem como a possibilidade de escolher “não sei”; “não tem nada”; “tem um problema” ou “outro”, devendo neste último caso, especificar qual. Nos rótulos inclui: “depressão”; “esquizofrenia”; “psicose”; “doença mental”; “bulimia”; “Stress”; “esgotamento nervoso”; “abuso de substâncias (ex.: álcool)”; “é uma crise própria da idade”; “problemas psicológicos/ mentais/ emocionais”; “anorexia”; “ansiedade” e “alcoolismo”.

A componente de **conhecimentos sobre os profissionais e tratamentos disponíveis** é precedida pelas seguintes orientações: a) “Existem diferentes pessoas e profissionais de saúde que poderão ajudar a Joana/Rita. Assinala para cada um a tua opinião” e b) “Dos seguintes medicamentos/produtos quais, na tua opinião, seriam úteis ou poderão ajudar a Joana/Rita. Assinala para cada um a tua opinião.

Os itens referentes à questão a) são: “médico de família”; “professor”; “psicólogo”; “enfermeiro”; “assistente social”; “psiquiatra”; “serviço telefónico de aconselhamento”; “familiar próximo” e “amigo significativo”. Para cada item o participante poderá assinalar uma de quatro possibilidades de resposta, nomeadamente: “útil”, “prejudicial”, “nem uma coisa nem outra” e “não sei”.

A questão b) inclui os seguintes itens: “vitaminas”; “chás”; “tranquilizantes/calmantes” “antidepressivos”; “antipsicóticos”; “comprimidos para dormir”. Também neste caso, o participante poderá assinalar uma de quatro possibilidades de resposta (“útil”, “prejudicial”, “nem uma coisa nem outra” e “não sei”).

Para a componente de **conhecimentos sobre estratégias de autoajuda eficazes, ambas as vinhetas são** precedidas pelas seguintes orientações: “Existem diferentes atividades que poderão ajudar a Joana/Rita. Assinala para cada uma a tua opinião.”

Os 12 itens que constituem esta componente apresentam o mesmo formato de resposta que a componente referida anteriormente (“útil”, “prejudicial”, “nem uma coisa nem outra” e “não sei”). Os itens apresentados no questionário são: “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” e “fumar para relaxar”.

A componente **conhecimentos e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda** é constituída por 10 itens, sendo precedidos pela seguinte orientação: “São apresentadas de seguida diferentes opções que podias utilizar para ajudar a Joana/Rita. Assinala para cada uma a tua opinião”.

Os itens do questionário relativos a esta componente são: “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”. O formato de resposta aos itens é igual ao das duas últimas componentes referidas (“útil”, “prejudicial”, “nem uma coisa nem outra” e “não sei”).

A última componente da LSM avaliada pelo QuALiSMental refere-se aos **conhecimentos acerca do modo de prevenção perturbações mentais. Os itens são precedidos pelo seguinte texto:** como “Achas que o risco de desenvolver uma situação como a da Joana/Rita reduziria se os jovens...”. Os participantes podem assinalar “sim”, “não” e “não sei”.

Os itens que compõem a componente são: “praticassem exercício físico”; “evitassem situações geradoras de stress”; “mantivessem o contacto regular com amigos”; “mantivessem o contacto regular com a família”; “não utilizassem drogas”; “não bebessem bebidas alcoólicas”; “praticassem atividades relaxantes regularmente” e “tivessem uma crença religiosa ou espiritual”.

O QuALiSMental inclui ainda outras questões relativas à intenção de pedido de ajuda em situação semelhante à descrita nas vinhetas, confiança para prestar ajuda; familiaridade com os problemas descritos e pessoa com quem falaria se vivenciassem uma situação semelhante às descritas.

5. INTERVENÇÃO

A versão do curso de PSSM administrado, teve a duração de 9 horas de formação. Na estrutura e conteúdos privilegiou-se como problemas de SM a depressão, o stress, as perturbações de ansiedade, com ênfase para a ansiedade. Foi também abordado à ansiedade nas situações de avaliação.

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

1.^a Sessão:

- Abordagem da dimensão: SM/problemas de SM e primeira ajuda em SM:
 - O que é a SM?
 - O que são problemas de SM?
 - Quão comuns são as doenças mentais em adolescentes?
 - Impacto das doenças mentais
 - Profissionais que podem ajudar
 - Estratégias de autoajuda eficazes e não eficazes
 - Importância da Primeira Ajuda e Primeiros Socorros em SM
 - Fatos a considerar na primeira ajuda
 - Como comunicar eficazmente?
 - Plano de Ação/ Primeira Ajuda em SM em situações de crise

2.^a Sessão:

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

3.^a Sessão:

2. Stress e ansiedade

- O que são stress e 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)
- Ansiedade associada às avaliações – estratégias de auto ajuda

Como estratégias pedagógicas privilegiaram-se, os métodos ativos, com recurso a apresentação de vídeos; interação dinâmica com recurso a trabalhos de grupo para formulação escrita do plano de ação (ANIPI) e ao *role-play* para demonstração do plano de ação elaborado.

6. PROCEDIMENTO PARA A COLHEITA DE DADOS

Como referido anteriormente o curso teve a duração de 9 horas (um dia), sendo constituído por três sessões e decorreu no dia 19 de setembro de 2018. A colheita de dados pré-teste decorreu no início da primeira sessão e o pós-teste no fim da frequência do curso.

Para a colheita de dados foi solicitada autorização prévia à Presidente da Direção da instituição para a implementação do programa, assim como à coordenadora do 1.º ano do CLE e ao Presidente do Conselho Pedagógico, órgão responsável pela coordenação de atividades na semana de integração. O parecer foi positivo, sendo o curso uma das atividades da semana de integração ao CLE.

7. TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento estatístico foi realizado com recurso ao *software* IBM-SPSS 24.0 e GPower 3.1. Foram calculadas as estatísticas resumo adequadas (ex. média, desvio padrão) e as frequências absolutas e percentuais para os itens de cada componente, antes e depois da formação.

Em termos de testes estatísticos, recorreu-se ao teste de McNemar, teste de Bowker e teste t para grupos emparelhados. No caso do teste de Bowker, e quando as diferenças observadas são estatisticamente significativas ($p < 0,05$), calcularam-se os procedimentos *post hoc* (à posteriori) com correção de Bonferroni.

Como medidas de tamanho de efeito foram calculadas, de acordo com a ordem dos testes referido anteriormente, as seguintes:

- Odds Ratio (OR) e “ g ” de Cohen para o teste de McNemar (2x2);
- Odds Ratio (OR) e “ g ” de Cohen para o teste de Bowker (LxC);
- “ d ” de Cohen para o teste t .

De acordo com Cohen (1988), consideramos como valores de referência para a interpretação os seguintes:

- pequeno ($0,05 < g < 0,15$);
- médio ($0,15 < g < 0,25$);
- grande ($g \geq 0,25$).

Nas tabelas de 2x2, sendo as células b e c pares discordantes, a OR será a maior de b/c ou c/b . O mesmo procedimento foi aplicado às tabelas LxC.

Para o “ d ” de Cohen (1988) os valores são considerados pequenos se ($.20 \leq d < .50$); médios se ($.50 \leq d < .80$) e grandes se ($d \geq .80$).

É de salientar que optamos por não proceder à recodificação dos formatos respostas do questionário de modo a utilizar alguns testes estatísticos. Por exemplo, “prejudicial” e “não sei”, não foram agregadas, pois correspondem a posicionamentos diferenciados em relação aos itens. É do nosso interesse analisar, a mudança do padrão dos respostas, quer dos que possuem um conhecimento errado e desajustado, como daqueles que afirmam não ter conhecimento. Neste sentido, em alguns itens o teste de Bowker não foi calculado pelo facto das células da matriz não apresentarem frequências absolutas.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS DADOS

1. COMPARAÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL NO PRÉ-TESTE

O presente capítulo refere-se aos resultados conducentes à avaliação da efetividade do programa de PSSM. Os resultados são apresentados por cada componente da LSM avaliada pelo QuALiSMental, tal como sugere a hipótese de investigação. Nas tabelas apresentam-se em simultâneo os dados antes e após a intervenção.

Previamente ao estudo da efetividade, efetuamos uma comparação dos resultados obtidos em algumas questões centrais a este estudo com intuito de verificar se os participantes, à partida, se distinguem ao nível da depressão e da ansiedade no que respeita ao reconhecimento do problema, intenção de pedido de ajuda e confiança em prestar ajuda.

Como se pode observar da Tabela 3, a identificação correta do caso descrito é mais elevada no caso da ansiedade ($p=0,000$). Contudo, na intenção de pedido de ajuda e confiança em prestar ajuda, as diferenças não se revestem de significado estatístico ($p>0,05$).

Tabela 3 - Comparações efetuadas previamente à intervenção em termos de reconhecimento da depressão e ansiedade, intenção de procura de ajuda e confiança para prestar ajuda (N=36)

	<i>Depressão</i> n.º (%)	<i>Ansiedade</i> n.º (%)	<i>p</i>
Identificação correta	9 (25,0)	27 (75,0)	0,000 ^(a)
Intenção de pedido de ajuda	24 (66,7)	19 (52,8)	0,125 ^(a)
	<i>Média (dp)</i>	<i>Média (dp)</i>	<i>p</i>
Confiança para prestar ajuda	3,14 (0,54)	3,33 (0,72)	0,165 ^(b)

^(a) Teste de McNemar; ^(b) Teste *t de student* (amostras emparelhadas)

2. AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PROGRAMA

2.1. 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 4) que no caso da depressão, antes da formação foram assinalados rótulos que não correspondem a uma identificação correta das situações descritas, com ênfase para o rótulo “esgotamento nervoso” (50,0%) e inclusive “ansiedade” (47,2%). No caso da vinheta relativa à ansiedade os resultados parecem-nos mais satisfatórios, ainda que o uso de rótulos seja repartido maioritariamente por “ansiedade” (83,3%), “stress” (50,0%) e “problemas psicológicos/emocionais/mentais” (41,7%).

Em termos comparativos (antes e após), a intervenção produziu efeito com significado estatístico, no caso da vinheta depressão, no incremento do assinalar do rótulo “doença mental” ($p=0,011$; $OR=9,00$; $g=0,40$), e uma diminuição na utilização dos rótulos “ansiedade” ($p=0,054$; $OR=3,00$; $g=0,25$) “esgotamento nervoso” ($p=0,000$; $OR=\infty$; $g=0,50$). Ao nível do reconhecimento, em termos de identificação correta, a intervenção produziu um efeito estatisticamente significativo, passando dos 25,0% iniciais que reconheciam corretamente a depressão, para os 69,4% no fim da intervenção. Este efeito é considerado elevado em termos de tamanho efeito ($p=0,000$; $OR=9,00$; $g=0,40$).

Relativamente à vinheta da ansiedade, pode observar-se ainda da Tabela 4, que, antes da intervenção, os rótulos mais assinalados foram “ansiedade” (83,3%), “stress” (50,0%) e “problemas psicológicos/emocionais/mentais” (41,7%).

Com a intervenção, à exceção do item “problemas psicológicos/emocionais/mentais” ($p=0,055$; $OR=4,00$; $g=0,30$), ainda que no limiar da significância, os resultados indicam que as mudanças não são estatisticamente significativas ($p>0,05$). O reconhecimento da ansiedade que era muito bom no início (83,3%), manteve-se igual no fim da intervenção.

Estes resultados permitem concluir que a intervenção contribuiu para o incremento do reconhecimento da depressão, o que não acontece na ansiedade, pois, como se referiu o percentual do reconhecimento, apesar de elevado, é igual em ambos os momentos.

Tabela 4 - Distribuição percentual dos rótulos assinalados, antes e depois da intervenção, na 1.^a componente da LSM (N=36)

Depressão	Antes (%)	Depois (%)	<i>p</i> [†]	<i>OR</i> ^(a) (<i>g</i>) ^(b)
Depressão	83,3	88,9	0,313	3,00 (0,25)
Doença mental	8,3	30,6	0,011	9,00 (0,40)
Stress	63,9	50,0	0,267	2,25 (0,19)
Esgotamento nervoso	50,0	13,9	0,000	∞ (0,50)
Problemas psicológicos/emocionais/mentais	50,0	36,1	0,133	2,25 (0,19)
Ansiedade	47,2	30,6	0,054	3,00 (0,25)
Identificação correta do problema	25,0	69,4	0,000	9,00 (0,40)
Ansiedade	Antes (%)	Depois (%)	<i>p</i>	<i>OR</i> (<i>g</i>)
Depressão	5,6	13,9	0,188	4,00 (0,30)
Doença mental	8,3	19,4	0,172	2,33 (0,20)
Stress	50,0	63,9	0,166	1,83 (0,15)
Problemas psicológicos/emocionais/mentais	41,7	25,0	0,055	4,00 (0,30)
Ansiedade	83,3	83,3	1,000	1,00 (0,00)
Identificação correta do problema	75,0	75,0	0,623	1,00 (0,00)

[†] valor “p” associado ao teste de McNemar; ^(a) Odds ratio; ^(b) “g” de Cohen

2.2. CONHECIMENTOS SOBRE A AJUDA PROFISSIONAL E TRATAMENTOS DISPONÍVEIS

No que respeita a esta componente da LSM, podemos observar, a partir da Tabela 5, que antes da intervenção, e relativamente à vinheta da depressão, o “psicólogo” é considerado por todos os participantes (100%) como sendo útil, seguido do “amigo significativo” (97,2%), enfermeiro (88,9%), “familiar próximo” (86,1%) e do psiquiatra (61,1%).

Em termos de produtos e medicamentos, inicialmente, 77,8% consideram as “vitaminas” como úteis para a depressão, seguido de “chás” (69,4%), “antidepressivos” (50,0%) e “comprimidos para dormir” (41,7%).

No que se refere à vinheta da ansiedade, e tal como para a depressão, o psicólogo é o profissional de eleição (97,2%), seguido do “amigo significativo” (91,7%), “familiar próximo” (88,9%), “enfermeiro” (63,9%) e o professor (58,3%).

Em termos de medicamentos e produtos são eleitos como tendo maior utilidade os “antidepressivos” (58,3%), os “tranquilizantes/calmanes” (55,6%) e os “chás” (40,0%).

Ainda na Tabela 5, e após a intervenção (no caso da depressão), em termos globais, ressalta-se um aumento estatisticamente significativo, na percepção de utilidade do “médico de família” ($p=0,000$; $OR=\infty$; $g=0,50$), com decréscimo dos que afirmam não saber, do “assistente social” ($p=0,000$; $OR=11,00$; $g=0,42$), e da “linha telefónica de apoio” ($p=0,000$; $OR=\infty$; $g=0,50$). Nestes dois últimos casos a mudança dá-se

sobretudo do “não sei” para o “útil”, como se pode ver dos testes *post hoc* com correção de Bonferroni ($p < 0,05$).

Ao nível da ansiedade, observam-se mudanças com significado estatístico num maior número de itens após a intervenção, nomeadamente no aumento da percepção de utilidade do “médico de família” ($p=0,000$; $OR=\infty$; $g=0,50$), “professor” ($p=0,035$; $OR=7,00$; $g=0,38$), “enfermeiro” ($p=0,000$; $OR=\infty$; $g=0,50$), “assistente social” ($p=0,002$; $OR=\infty$; $g=0,50$), “psiquiatra” ($p=0,001$; $OR=\infty$; $g=0,50$) e “linha telefónica de apoio” ($p=0,000$; $OR=10,00$; $g=0,41$). Em termos de testes *post hoc*, observa-se que no caso do “psiquiatra” as mudanças se dão de “prejudicial” para “útil” e de “não sei” para “útil”. Também no caso do “assistente social” e “linha telefónica de apoio” de apoio as mudanças significativas dão-se na mudança de “não sei” inicial para “útil” no fim da intervenção.

Os valores observados nas medidas de tamanho de efeito, nos casos em que as mudanças se revestem de significado estatístico, revelam-se grandes ($g \geq 0.25$).

2.3. CONHECIMENTOS SOBRE ESTRATÉGIAS DE AUTOAJUDA EFICAZES

Relativamente à componente de conhecimentos sobre estratégias de autoajuda eficazes, podemos observar da Tabela 6, no momento prévio à intervenção, e no caso da depressão, a quase totalidade dos participantes elege como útil “fazer terapia com um profissional especializado” (94,4%). Valores igualmente elevados são observados nos itens “fazer exercício físico” (88,9%), “praticar treino de relaxamento” (86,1%), “praticar meditação” (77,8%) e “procurar ajuda especializada de saúde mental” (88,9%).

Nos restantes itens a percepção de utilidade diminui, nomeadamente “fazer acupunctura” (44,4%), “levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol” (52,8%), “consultar um site que contenha informação” (25,0%), “ler um livro de autoajuda sobre o problema” (50,0%) e “juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com o mesmo problema” (63,9%).

Em termos da ansiedade, são consideradas úteis pela grande maioria dos participantes, “praticar treino de relaxamento” (91,7%), “fazer exercício físico” (86,1%), “praticar meditação” (83,3%), “fazer terapia com um profissional especializado” (80,6%) e “juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas semelhantes” (75,0%). Valores mais baixos na percepção de utilidade são observados nos restantes

itens, tais como “fazer acupuntura” (44,4%), “levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol” (44,4%), “consultar um site que contenha informação” (47,2%).

É de salientar, para ambos os problemas de saúde mental, que “utilizar bebidas alcoólicas para relaxar” e “fumar para relaxar” são considerados pela quase totalidade dos participantes como prejudiciais para os problemas de saúde mental apresentados.

Em termos globais, e efetuando a análise às mudanças decorrentes da intervenção, verificamos, no caso da depressão que as mudanças com significado estatístico se dão nos itens: “fazer acupuntura” ($p=0,016$; $OR=\infty$; $g=0,50$), “levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol” ($p=0,012$; $OR=\infty$; $g=0,50$), “consultar um site que contenha informação” ($p=0,013$; $OR=\infty$; $g=0,50$), “ler um livro de autoajuda sobre o problema” ($p=0,012$; $OR=\infty$; $g=0,50$) e “juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas semelhantes” ($p=0,012$; $OR=\infty$; $g=0,50$). Os testes post oc revelam que as mudanças se efetuam dos que afirmam não saber inicialmente para considerarem “útil” no fim da formação.

Em termos da ansiedade, as mudanças com a intervenção dão-se nos itens, “fazer acupuntura” ($p=0,011$; $OR=9,00$; $g=0,40$), “levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol” ($p=0,011$; $OR=\infty$; $g=0,50$), “fazer terapia com um profissional especializado” e ($p=0,035$; $OR=7,00$; $g=0,38$) e “procurar ajuda especializada de saúde mental” ($p=0,035$; $OR=\infty$; $g=0,50$). Como se pode observar, ainda da Tabela 6, as mudanças dão-se maioritariamente dos que afirmam “não sei” para no fim da intervenção considerarem “útil”. Os valores das medidas de tamanho de efeito são considerados elevados nos itens em que se observam mudanças estatisticamente significativas.

Tabela 5 - Distribuição percentual das respostas assinaladas na 2.^a componente da LSM, antes e depois da intervenção (N=36)

	Antes			Depois			p†	AB	AC	BC	ES
	Útil (A)	Prejudicial (B)	Não sei (C)	Útil (A)	Prejudicial (B)	Não sei (C)					
Depressão											
Médico de família	58,3	0,0	41,7	97,2	0,0	2,8	0,000^(a)	(b)	(b)	(b)	∞ (0,50)
Professor	52,8	0,0	47,2	66,7	0,0	33,3	0,151^(a)	(b)	(b)	(b)	(b)
Psicólogo	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	^b	(b)	(b)	(b)	^b
Enfermeiro	88,9	0,0	11,1	97,2	0,0	2,8	0,125^(a)	(b)	(b)	(b)	(b)
Assistente Social	19,4	11,1	69,4	52,8	8,3	38,9	0,022^(b)	ns	*	ns	11,00 (0,42)
Psiquiatra	61,1	0,0	38,9	91,7	2,8	5,6	^(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Linha telefónica	16,7	11,1	72,2	44,4	8,3	47,2	0,006^(b)	ns	*	ns	∞ (0,50)
Familiar próximo	86,1	2,8	11,1	94,4	0,0	5,6	^(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Amigo significativo	97,2	0,0	2,8	88,9	0,0	11,1	0,125^(a)	(b)	(b)	(b)	(b)
Vitaminas	77,8	2,8	19,4	61,1	5,6	33,3	0,206	(b)	(b)	(b)	(b)
Chás (Exs.: Camomila ou Hipericão)	69,4	2,8	27,8	58,3	13,9	27,8	0,212	(b)	(b)	(b)	(b)
Tranquilizantes/Calmantes	44,4	19,4	36,1	50,0	19,4	30,6	0,675	(b)	(b)	(b)	(b)
Antidepressivos	50,0	16,7	33,3	71,4	11,4	17,1	0,072	(b)	(b)	(b)	(b)
Antipsicóticos	5,6	38,9	55,6	17,1	37,1	45,7	0,126	(b)	(b)	(b)	(b)
Comprimidos para dormir	41,7	25,0	33,3	45,7	28,6	25,7	0,682	(b)	(b)	(b)	(b)
Ansiedade											
Médico de família	52,8	0,0	47,2	94,4	0,0	5,6	0,000^(a)	(b)	(b)	(b)	∞ (0,50)
Professor	58,3	0,0	41,7	75,0	0,0	25,0	0,035^(a)	(b)	(b)	(b)	7,00 (0,38)
Psicólogo	97,2	0,0	2,8	100,0	0,0	0,0	^(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Enfermeiro	63,9	0,0	36,1	97,2	0,0	2,8	0,000^(a)	(b)	(b)	(b)	∞ (0,50)
Assistente Social	16,7	8,3	75,0	58,3	5,6	36,1	0,002	(b)	*	ns	∞ (0,50)
Psiquiatra	41,7	8,3	50,0	88,9	5,6	5,6	0,001	*	*	(b)	∞ (0,50) ^{††}
Linha telefónica	25,0	16,7	58,3	52,8	5,6	41,7	0,017	ns	*	ns	10,00 (0,41)
Familiar próximo	88,9	0,0	11,1	97,2	0,0	2,8	0,156^(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Amigo significativo	91,7	0,0	8,3	91,7	2,8	5,6	^(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Vitaminas	8,3	66,7	25,0	58,3	8,3	33,3	0,133^(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Chás (Exs.: Camomila ou Hipericão)	40,0	8,6	51,4	69,4	11,1	19,4	^(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Tranquilizantes/Calmantes	55,6	0,0	44,4	69,4	13,9	16,7	0,392	(b)	(b)	(b)	(b)
Antidepressivos	58,3	22,2	19,4	19,4	36,1	44,4	0,308	(b)	(b)	(b)	(b)
Antipsicóticos	11,8	47,1	41,2	11,1	44,4	44,4	0,559	(b)	(b)	(b)	(b)
Comprimidos para dormir	5,7	45,7	48,6	22,2	38,9	38,9	0,086	(b)	(b)	(b)	(b)

† valor de p associado ao teste de Bowker; ^(a) teste de McNemar usando distribuição binomial; ^(b) teste/medida não aplicado; ES = medidas de tamanho de efeito Odds ratio e "g" de Cohen; AB; AC; BC – testes de comparações múltiplas com correção de significância de Bonferroni.; ^{††} valor igual para ambas as matrizes 2x2 com p<0,05

Tabela 6 - Distribuição percentual das respostas assinaladas na 3.^a componente da LSM, antes e depois da intervenção (N=36)

	Antes			Depois			p†	AB	AC	BC	ES
	Útil (A)	Prejudicial (B)	Não sei (C)	Útil (A)	Prejudicial (B)	Não sei (C)					
Depressão											
Fazer exercício físico	88,9	0,0	11,1	97,2	0,0	2,8	0,188 ^(a)	(b)	(b)	(b)	(b)
Praticar treino de relaxamento	86,1	2,8	11,1	97,2	2,8	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Praticar meditação	77,8	0,0	22,2	100,0	0,0	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Fazer acupuntura	44,4	0,0	55,6	61,1	0,0	38,9	0,016 ^(a)	(b)	(b)	(b)	∞ (0,50)
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol	52,8	2,8	44,4	77,8	5,6	16,7	0,012	(b)	*	(b)	∞ (0,50)
Fazer terapia com um profissional especializado	94,4	0,0	5,6	94,4	0,0	5,6	0,750 ^(a)	(b)	(b)	(b)	(b)
Consultar um site que contenha informação	25,0	36,1	38,9	50,0	19,4	30,6	0,013	ns	*	ns	∞ (0,50)
Ler um livro de autoajuda sobre o problema	50,0	5,6	44,4	75,0	8,3	16,7	0,012	ns	*	ns	∞ (0,50)
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com	63,9	5,6	30,6	91,7	2,8	5,6	0,012	ns	*	(b)	∞ (0,50)
Procurar ajuda especializada de saúde mental	88,9	2,8	8,3	100,0	0,0	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar	0,0	97,2	2,8	0,0	100,0	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Fumar para relaxar	2,8	94,4	2,8	0,0	100,0	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Ansiedade											
Fazer exercício físico	86,1	0,0	13,9	97,2	0,0	2,8	0,063 ^(a)	(b)	(b)	(b)	(b)
Praticar treino de relaxamento	91,7	0,0	8,3	100,0	0,0	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Praticar meditação	83,3	0,0	16,7	100,0	0,0	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Fazer acupuntura	44,4	0,0	55,6	66,7	0,0	33,3	0,011 ^(a)	(b)	(b)	(b)	9,00 (0,40)
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol	44,4	0,0	55,6	75,0	0,0	25,0	0,000 ^(a)	(b)	(b)	(b)	∞ (0,50)
Fazer terapia com um profissional especializado	80,6	0,0	19,4	97,2	0,0	2,8	0,035 ^(a)	(b)	(b)	(b)	7,00 (0,38)
Consultar um site que contenha informação	47,2	30,6	22,2	61,1	19,4	19,4	0,228	(b)	(b)	(b)	(b)
Ler um livro de autoajuda sobre o problema	66,7	0,0	33,3	77,8	2,8	19,4	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com	75,0	5,6	19,4	91,7	2,8	5,6	0,139	(b)	(b)	(b)	(b)
Procurar ajuda especializada de saúde mental	66,7	0,0	33,3	97,2	0,0	2,8	0,000 ^(a)	(b)	(b)	(b)	∞ (0,50)
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar	5,6	91,7	2,8	0,0	100,0	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Fumar para relaxar	0,0	97,2	2,8	0,0	100,0	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)

† valor de p associado ao teste de Bowker; ^(a) teste de McNemar usando distribuição binomial; ^(b) teste/medida não aplicado; ES = medidas de tamanho de efeito Odds ratio e "g" de Cohen; AB; AC; BC – testes de comparações múltiplas com correção de significância de Bonferroni.; †† valor igual para ambas as matrizes 2x2 com p<0,05

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

No que respeita à componente da LSM designada de conhecimentos e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda a outros, os resultados, previamente à intervenção mostram (Tabela 7), no caso da depressão, que a escuta é eleita como a estratégia com maior utilidade (97,2%), seguido de “incentivá-la a praticar exercício físico” (83,3%), “reunir o grupo de amigos para a animar” (80,6%), “sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde” (80,6%), “marcar uma consulta no médico de família” (72,2%) e “mantê-la ocupada para que não pense tanto nos problemas” (69,4%). A acção de “perguntar se tem tendências suicidas” é considerada prejudicial por 55,6%, enquanto 33,3% consideram não saber.

Algumas estratégias que não devem ser aconselhadas, tais como “não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor” e “sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas” são consideradas prejudiciais pela grande maioria dos participantes (97,2% e 91,7% respetivamente, contudo a acção de procurar “mantê-la ocupada para que não pense tanto nos problemas”, como se referiu é vista como útil por 69,4% dos participantes.

No que respeita à ansiedade, os participantes apresentam como “útil”, primeiramente “Ouvir os seus problemas de forma compreensiva” (97,2%), seguido de “reunir o grupo de amigos para a animar” (83,3%), “incentivá-la a praticar exercício físico” (77,8%) e “mantê-la ocupada para que não pense tanto” (72,2%).

A acção de “não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor” é vista pela totalidade dos participantes como prejudicial.

Uma leitura da tabela permite-nos ainda observar que uma margem de participantes afirma que não sabe da utilidade de determinadas estratégias/acções, tanto para a depressão como para a ansiedade, destacando-se: “dizer-lhe com firmeza para andar para a frente”, “sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde” e “marcar uma consulta no médico de família”.

Em termos comparativos, antes e depois da intervenção, podemos observar que no caso da depressão o item “perguntar se tem tendências suicidas” foi aquele cujas mudanças foram estatisticamente significativas ($p=0,000$; $OR=\infty$; $g=0,50$). A mudança dá-se sobretudo de “não sei” para “prejudicial” ($p<0,05$).

No que respeita a ansiedade as mudanças observaram nos itens: “dizer-lhe com firmeza para andar para a frente” ($p=0,000$; $OR=2,00$; $g=0,17$), “marcar uma consulta no médico de família” ($p=0,000$; $OR=\infty$; $g=0,50$) e “perguntar se tem tendências

suicidas” ($p=0,000$; $OR=\infty$; $g=0,50$). As mudanças são observadas, após a realização dos procedimentos *à posteriori*, foram sequencialmente de “não sei” para “prejudicial” no item “dizer-lhe com firmeza para andar para a frente”, e de “não sei” para útil” no item “marcar uma consulta no médico de família”. A acção de “perguntar se tem tendências suicidas” apresenta resultados que serão referidos detalhadamente na discussão, sobretudo o sentido das mudanças observadas no fim da intervenção, já que passou a ser considerado “útil” no fim da intervenção, deslocando-se o padrão de respostas de “prejudicial” e não sei” no início da intervenção.

2.5. CONHECIMENTOS ACERCA DO MODO DE PREVENIR OS PROBLEMAS E PERTURBAÇÕES MENTAIS

Na última componente da LSM (Tabela 8), conhecimentos acerca do modo de prevenir os problemas e perturbações mentais, não se encontraram diferenças nos momentos antes e depois da intervenção. É de salientar que o formato de resposta aos itens não foi recodificado inicialmente, tendo-se mantido as três opções de resposta, “sim”, “não” e “não sei”. Assim o teste de Bowker não foi calculado nas matrizes com células onde as frequências observadas foram de zero, o que se passou em 13 (81,3%) itens.

À posteriori optamos por efetuar uma recodificação agregando as respostas “não” e “não sei” numa só categoria, recorrendo ao teste de McNemar.

Ainda assim, previamente destaca-se para a depressão (antes da intervenção), que as estratégias eleitas com maior valor percentual foram, manter contacto regular com amigos e com a família e a prática de atividades relaxantes (sempre superior a 80,0%). Padrão de respostas idênticas é observado para a ansiedade. Dado interessante e importante é o facto das respostas “não sei” não serem assinaladas após a intervenção nos 13 itens já referidos. De igual modo as respostas “não” apresentam valores residuais após a intervenção.

Salienta-se também o facto dos itens “não utilizassem drogas” e “não bebessem bebidas alcoólicas” serem perspectivados como formas de evitar o agudizar dos problemas, seja depressão ou ansiedade.

O teste de McNemar (Tabela 8, última coluna) mostra mudanças com significado estatístico em cinco dos oito itens relativos à componente analisada, em termos de depressão, sendo que a mudança ($p<0,05$) se observa no sentido de “não” e “não sei” para “sim” no fim da intervenção. Na ansiedade, a mudança ($p<0,05$) observa-se em três itens.

Tabela 7 - Distribuição percentual das respostas assinaladas na 4.^a componente da LSM, antes e depois da intervenção (N=36)

	Depressão (antes)			Depressão (depois)			p†	AB	AC	BC	ES
	Útil	Prejudicial	Não sei	Útil	Prejudicial	Não sei					
<i>Depressão</i>											
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva	97,2	0,0	2,8	100,0	0,0	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente	30,6	27,8	41,7	0,0	91,7	8,3	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde	80,6	2,8	16,7	97,2	2,8	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Marcar uma consulta no Médico de Família	72,2	5,6	22,2	94,4	5,6	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Perguntar se tem tendências suicidas	11,1	55,6	33,3	80,6	13,9	5,6	0,000	*	(b)	(b)	∞ (0,50)
Sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas	0,0	91,7	8,3	0,0	100,0	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Reunir o grupo de amigos para a animar	80,6	5,6	13,9	88,9	8,3	2,8	0,343	(b)	(b)	(b)	(b)
Não valorizar o seu problema, ignorando-a até	2,8	97,2	0,0	0,0	100,0	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Mantê-la ocupada para que não pense tanto	69,4	11,1	19,4	55,6	30,6	13,9	0,053	(b)	(b)	(b)	(b)
Incentivá-la a praticar exercício físico	83,3	0,0	16,7	97,2	0,0	2,8	0,063	(b)	(b)	(b)	(b)
<i>Ansiedade</i>	Útil	Prejudicial	Não sei	Útil	Prejudicial	Não sei					
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva	97,2	0,0	2,8	100,0	0,0	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente	33,3	25,0	41,7	2,8	91,7	5,6	0,000	*	(b)	*	2,00 (0,17) ^d
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde	63,9	0,0	36,1	97,2	2,8	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Marcar uma consulta no Médico de Família	50,0	5,6	44,4	91,7	5,6	2,8	0,000	ns	*	ns	∞ (0,50)
Perguntar se tem tendências suicidas	2,8	69,4	27,8	63,9	19,4	16,7	0,000	*	*	ns	∞ (0,50) ^{††}
Sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas	8,3	88,9	2,8	0,0	100,0	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Reunir o grupo de amigos para a animar	83,3	2,8	13,9	88,9	8,3	2,8	0,097	(b)	(b)	(b)	(b)
Não valorizar o seu problema, ignorando-a até	0,0	100,0	0,0	2,8	97,2	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Mantê-la ocupada para que não pense tanto	72,2	13,9	13,9	63,9	25,0	11,1	0,423	(b)	(b)	(b)	(b)
Incentivá-la a praticar exercício físico	77,8	2,8	19,4	97,2	0,0	2,8	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)

† valor de p associado ao teste de Bowker; ^(a) teste de McNemar usando distribuição binomial; ^(b) teste/medida não aplicado; ES = medidas de tamanho de efeito Odds ratio e "g" de Cohen; AB; AC; BC – testes de comparações múltiplas com correção de significância de Bonferroni.; †† valor igual para ambas as matrizes 2x2 com p<0,05; d=∞ (0,50).

Tabela 8 - Distribuição percentual das respostas assinaladas na 5.^a componente da LSM, antes e depois da intervenção (N=36)

	Antes			Depois			p†	AB	AC	BC	ES	(a)
	Sim (A)	Não (B)	Não sei (C)	Sim (A)	Não (B)	Não sei (C)						
<i>Depressão</i>												
Praticassem exercício físico	75,0	8,3	16,7	97,2	2,8	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	,011
Evitassem situações geradoras de Stress	83,3	13,9	2,8	80,6	16,7	2,8	0,392	(b)	(b)	(b)	(b)	,500
Mantivessem o contacto regular com amigos	88,9	5,6	5,6	97,2	2,8	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	,125
Mantivessem o contacto regular com a família	88,9	5,6	5,6	97,2	2,8	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	,125
Não utilizassem drogas	75,0	11,1	13,9	97,2	2,8	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	,004
Não bebessem bebidas alcoólicas	58,3	16,7	25,0	97,2	2,8	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	,000
Praticassem actividades relaxantes regularmente	86,1	8,3	5,6	100,0	0,0	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	,031
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual	11,1	41,7	47,2	27,8	38,9	33,3	0,090	(b)	(b)	(b)	(b)	,016
<i>Ansiedade</i>	Sim (A)	Não (B)	Não sei (C)	Sim (A)	Não (B)	Não sei (C)						
Praticassem exercício físico	66,7	19,4	13,9	97,2	2,8	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	,000
Evitassem situações geradoras de Stress	80,6	8,3	11,1	88,9	11,1	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	,125
Mantivessem o contacto regular com amigos	88,9	2,8	8,3	97,2	2,8	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	,125
Mantivessem o contacto regular com a família	88,9	5,6	5,6	97,2	2,8	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	,188
Não utilizassem drogas	61,1	16,7	22,2	91,7	8,3	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	,002
Não bebessem bebidas alcoólicas	52,8	22,2	25,0	91,7	8,3	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	,000
Praticassem actividades relaxantes regularmente	91,7	2,8	5,6	100,0	0,0	0,0	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	,125
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual	13,9	50,0	36,1	25,0	47,2	27,8	0,172	(b)	(b)	(b)	(b)	,109

† valor de p associado ao teste de Bowker; ^(a) teste de McNemar usando distribuição binomial; ^(b) teste/medida não aplicado; ES = medidas de tamanho de efeito Odds ratio e “g” de Cohen;

AB; AC; BC – testes de comparações múltiplas com correção de significância de Bonferroni.; †† valor igual para ambas as matrizes 2x2 com p<0,05; d=∞ (0,50).

Teste de McNemar após areação das categorias

2.6. INTENÇÃO DE PROCURA DE AJUDA EM SAÚDE MENTAL

Relativamente intenção de procura ajuda em saúde mental (Tabela 9), previamente à intervenção verificou-se, para o caso da depressão que 66,7% dos participantes referem que pediram ajuda, valor no fim da intervenção esse valor subiu para os 88,9%. Esta mudança revestiu-se de significado estatístico ($p=0,021$; $OR=9,00$; $g=0,40$), apontando para um tamanho de efeito grande.

No que respeita à ansiedade, inicialmente 52,8% pediriam ajuda e 38,9% não sabia se pediria. Após a intervenção 83,3% afirmou que pediria ajuda. Apesar desta subida ser estatisticamente significativa ($p=0,021$; $OR=\infty$; $g=0,50$), as diferenças situam-se na tendência de mudança de “não sei” inicial, para “sim” no fim da intervenção ($p<0,05$).

2.7. CONFIANÇA PARA PRESTAR AJUDA

Na confiança para prestar ajuda e apoio a alguém que estivesse a vivenciar uma situação semelhante à descrita na vinheta da depressão, observa-se (Tabela 10) um aumento estatisticamente significativo no fim da intervenção ($t_{(35)}=-4.782$; $p=0.000$; $d=0,79$), aumentando em termos médios de 3.14 pontos para os 3.72 pontos no fim da intervenção.

Esta mudança na confiança observa-se também no caso da ansiedade (Tabela 10), em que o aumento observado é estatisticamente significativo ($t_{(35)}=-3.953$; $p=0.000$; $d=0,66$), aumentando em termos médios de 3.33 pontos para os 3.89 pontos no fim da intervenção. Em ambos os casos as medidas de tamanho de efeito são consideradas médias.

2.8. ESTIGMA PESSOAL

No estigma pessoal associado à depressão, observa-se uma diminuição dos scores da escala, dos 2,22 pontos iniciais para os 1,14 pontos no fim da intervenção. Esta mudança é estatisticamente significativa ($t_{(36)}=3,063$; $p=0,001$; $d=0,51$), sendo a medida de tamanho de efeito considerada média ($d=0,51$).

Tabela 9 - Distribuição percentual das respostas assinaladas, antes e depois da intervenção, relativamente à intenção de procura de ajuda (N=36)

	Antes			Depois						
Depressão	Sim	Não sei		Sim	Não sei		<i>p</i>	ES		
Se estivesses a viver uma situação...pedias ajuda	66,7	33,3		88,9	11,1		0,021	9,00 (0,40)		
	Antes			Depois						
Ansiedade	Sim (A)	Não (B)	Não sei (C)	Sim (A)	Não (B)	Não sei (C)	<i>p</i>	.AB	.AC	BC
Se estivesses a viver uma situação...pedias ajuda	52,8	8,3	38,9	83,3	2,8	13,9	0,007	^(b)		^(b)
										∞ (0,50)

Tabela 10 - Estatísticas resumo relativas à confiança para prestar ajuda, antes e depois da intervenção (N=36)

	Antes		Depois		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão			
Depressão	3,14	,54	3,72	,78	-4,782	,000	0,79
Ansiedade	3,33	,72	3,89	,75	-3,953	,000	0,66

Tabela 11 - Estatísticas resumo relativas ao estigma pessoal associado à depressão, antes e depois da intervenção (N=36)

	Antes		Depois		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão			
Depressão	2,22	,31	1,67	1,14	3,063	,004	0,51

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo será feita a discussão dos resultados obtidos relativamente à efetividade da intervenção com o programa PASM nas diferentes componentes da LSM acerca da ansiedade e depressão.

Primeiramente vamos apresentar aquelas que são as limitações decorrentes deste tipo de intervenção, nomeadamente o desenho de investigação utilizado no estudo, de tipo pré-experimental (one-group pretest-posttest design), com grupo experimental e avaliação pré e pós intervenção (Campbell & Stanley, 2005).

As limitações prendem-se sobretudo com as ameaças à validade decorrente da não existência de um *grupo de controlo*, isto é, apesar de existir a possibilidade de avaliar as mudanças efetuadas com a intervenção (pré e pós), a interpretação dos resultados deverá ser cautelosa, dado não existir um grupo que permita comparar os resultados e excluir leituras alternativas para as mudanças observadas na variável dependente (LSM). Contudo, isto não invalida o trabalho efetuado, nem os resultados obtidos no estudo. Os estudos publicados no contexto português acerca da efetividade, recorrem também a desenhos de tipo pré-experimental (Loureiro & Sousa, 2019; Loureiro & Costa, 2019) e o estudo de Bond et al. (2015), realizado na Austrália, também utilizou um desenho idêntico ao que foi utilizado neste estudo.

Outras limitações prendem-se, quer com o instrumento de colheita de dados, quer ainda, decorrente deste, os testes estatísticos aplicados e que decorrem, por sua via, do tamanho da amostra do estudo (n=36). Primeiramente e relativamente ao instrumento utilizado para de avaliação da efetividade do programa de PSSM, é de salientar que o QuALiSMental tem a vantagem, comparativamente a outros instrumentos, de permitir analisar o padrão de LSM, pois avalia, quer o padrão considerado correto de respostas e que revelam uma LSM adequada, por exemplo, o participante considerar prejudicial uma estratégia que a evidência considera desadequada (ex. beber bebidas alcoólicas ou fumar como estratégias para relaxar), quer o seu oposto, considerar útil uma estratégia desadequada. Permite ainda que o participante assuma o seu desconhecimento relativamente aos itens em análise, podendo mesmo afirmar que, mais do que considerar útil ou prejudicial, ele afirma que

não sabe e opta por assumi-lo. Naturalmente que este formato de resposta é vantajoso comparativamente aos instrumentos de medida que utilizam o formato de resposta *Likert* e tipo *Likert* para caracterizar o conhecimento, pois é disso que se trata quando nos referimos ao conceito de LSM. Contudo, em amostras de dimensão mais reduzida e avaliações pré e pós intervenção, a utilização de testes estatísticos é mais complexa, consequência dos pressupostos que presidem à sua escola e utilização.

Assim, e relativamente ao tamanho da amostra, ainda que para um estudo de tipo experimental a amostra seja considerada de tamanho razoável (Loureiro & Gameiro, 2011), e não tendo nós realizado a estimativa do tamanho da amostra a utilizar, as limitações decorrem da conjugação das características do QuALiSMental, sobretudo o formato de resposta aos itens, e dos testes estatísticos a aplicar que exigem de determinados pressupostos e/ou requisitos.

O instrumento utilizado não produz um *score* da LSM, e neste sentido os testes estatísticos utilizados (exemplo: teste de Bowker), necessitam muitas vezes de amostras de tamanho consideráveis para que a sua utilização não seja inviabilizada, por exemplo, pela existência de células da matriz sem frequências observadas. Neste sentido, procuramos ser parcimoniosos, no sentido de procurar avaliar simultaneamente a mudança no padrão de respostas nas suas diferentes vertentes, e utilizar testes estatísticos adequados, não artificializando o formato de respostas com recodificações que inviabilizariam a adequada interpretação dos resultados.

Uma outra referência prende-se com o programa de PSSM ministrado. A versão original do programa tem a duração de 14 horas e aborda um leque mais variado de problemas de saúde mental (ex. perturbações do comportamento alimentar (anorexia); psicoses como a esquizofrenia; consumo de substâncias como álcool (e outras drogas). No nosso caso, optou-se pela versão de 9 horas, abordando apenas o stress, a ansiedade (incluindo a ansiedade às avaliações testes) e a depressão. Esta opção prende-se sobretudo com aqueles que são os problemas mais vinculados no contexto dos jovens estudantes do ensino superior como se referiu no primeiro capítulo desta dissertação. Ainda que o uso e abuso de álcool (e outras drogas) seja um problema *major* no contexto do ensino superior, com ênfase para os momentos de integração e festividades académicas, a existência de outras tipologias de intervenções na instituição de referência onde foi aplicada a intervenção (PSSM), levou-nos a optar pela sua não inclusão no programa de PSSM. A inclusão desta tipologia de problemas de saúde mental obrigaria também ao alargamento da carga horária do curso, o que não era exequível com o planeamento de todas as atividades da semana de integração.

É de salientar ainda neste contexto das limitações, que a evidência produzida acerca da efetividade do programa de PSSM no contexto do ensino superior, especificamente em estudantes de Enfermagem, é reduzida/modesta comparativamente a outras populações, como podemos verificar. Ainda assim, é um ponto de partida para novas intervenções conducentes ao incremento da literacia em saúde mental de uma população que evidencia problemas de saúde mental e cuja frequência do curso, pelas suas características, pode potenciar, pois no decorrer do curso os estudantes são confrontados com a realidade do sofrimento, da vulnerabilidade e fragilidade humanas dos doentes e das suas famílias, da morte e do morrer do “outro”.

Acresce a esta “aprendizagem do sofrimento”, sobretudo em contexto hospitalar, uma outra realidade, a de terem que lidar também com outros factores geradores de stress, sobretudo académicos e que tem influência nos seus próprios processos adaptativos.

No que respeita ao programa de PSSM ministrado, e seguindo a ordem dos resultados obtidos nas componentes da LSM analisadas anteriormente, podemos verificar, que os resultados obtidos neste estudo estão em linha com os encontrados noutros estudos acerca da efetividade do programa MHFA (Morgan, Ross & Reavley, 2018). Estes achados também são consistentes com os estudos realizados em amostras de estudantes de Enfermagem no contexto Português (Loureiro & Sousa, 2019; Loureiro & Valente, 2019).

Em termos de reconhecimento da depressão, observou-se um incremento substancial, com a intervenção, na capacidade de identificar corretamente a situação descrita como depressão. O valor da medida de tamanho de efeito atesta esta mudança ($OR=9,00$; $g=0,40$), correspondendo a um valor considerado grande. É de salientar ainda a redução da percentagem dos que assinalam o rótulo do esgotamento nervoso ($OR=\infty$; $g=0,50$).

Estes resultados são globalmente positivos, no caso da depressão, e estão em linha com os obtidos noutros estudos realizados com estudantes de Enfermagem (Loureiro & Costa, 2019; Loureiro & Sousa, 2019; Burns et al., 2017; Bond et al., 2015). Mais, se atendermos à evidência que aponta para uma prevalência elevada de sintomatologia depressiva nos estudantes de ensino superior (Araújo & Almeida, 2016; Nogueira, 2017; Teh et al., 2015; Padovani et al., 2014), os resultados podem ser considerados prometedores, no sentido em que maior conhecimento pode traduzir-se em maior sensibilidade para estas questões e simultaneamente disponibilidade para atuar nas situações que envolvem o adoecer mental, seja do próprio, seja dos seus pares. Como

se referiu, o reconhecimento do problema é uma condição para a procura de ajuda em saúde mental (Jorm, 2014).

Comparativamente, esta mudança já não se observa no caso da ansiedade. Não se observaram mudanças, e as que se observaram nos rótulos não apresentam significado estatístico, exceção para a diminuição da frequência com que o rótulo “problemas psicológicos/emocionais/mentais” foi assinalado ($OR= 4,00$; $g=0,30$).

A evidência produzida acerca da efetividade do programa de PSSM no caso da ansiedade é muito escassa, no entanto, no estudo de Costa (2018) a intervenção produziu um efeito estatisticamente significativo ($p<0,05$) na mudança com que os rótulos “ansiedade”, “stress” e “problemas psicológicos/mentais/emocionais” foram assinalados, aumentando no caso da ansiedade (de 75,00% para 93,50%) e diminuindo nos dois outros casos. Contudo, ainda que no nosso estudo não se tenham observado mudanças na identificação da ansiedade, é de realçar que $\frac{3}{4}$ da amostra a identifica corretamente no momento prévio à intervenção, valor que se mantém no fim da intervenção.

Em termos globais, estes resultados, para os dois problemas de saúde mental, sugerem uma maior sensibilidade dos jovens para as questões da ansiedade, comparativamente à depressão.

É ainda de realçar que em nenhum momento se pretende ou sugere que os participantes desenvolvam a capacidade de realizar diagnósticos em saúde mental. O objetivo é tão só que problematizem a situação descrita e tenham a capacidade de reconhecer os sinais (de modo adequadamente) e valorizar os sintomas apresentados (Loureiro, 2014; Jorm, 2014). Neste sentido, os resultados são positivo em ambos os casos, ainda que no caso da ansiedade, indiciem a necessidade de rever o programa no que respeita à ansiedade, sobretudo o ênfase atribuído aos conteúdos nesta componente da LSM.

No que respeita à componente de conhecimentos acerca da ajuda profissional e tratamentos disponíveis, os resultados são globalmente positivos, ainda que em termos de produtos e medicamentos sujeitos a prescrição médica, não se tenha observado mudanças em nenhum dos itens, independente de se tratar da depressão ou da ansiedade.

Em termos dos profissionais, é sobretudo no “médico de família” (em ambos os casos) que a mudança é mais vincada, sobretudo verifica-se que o programa aumenta a percepção de utilidade. Este dado é relevante no sentido em que os cuidados de saúde primários são a porta de entrada nos cuidados de saúde, sendo o médico de

família o profissional que pode fazer a referenciação posterior para cuidados diferenciados (Loureiro & Costa, 2019; Loureiro e Sousa, 2019; Jorm, 2019). É também relevante pelo facto das instituições de ensino superior, como o caso da instituição onde foi aplicado o programa, ter médico de família na saúde escolar, assim como assistente social, enfermeiro e psicólogo. Em parte, poderá melhorar-se o acesso aos cuidados de saúde, cujo afastamento na adolescência é conhecido.

No caso da ansiedade observa-se um aumento com significado em estatístico em todos os profissionais referidos no QuALiSMental, com exceção do psicólogo que é perçecionado como “útil” pela totalidade dos participantes. O “serviço telefónico de aconselhamento” também segue esta tendência.

A nosso ver, esta diferenciação dos resultados obtidos nos profissionais em termos da ansiedade, comparativamente à depressão, poderá estar associada ou ser resultado de uma maior sensibilidade e conhecimento relativamente à ansiedade, que não é acompanhado por um nível de literacia adequado nas restantes componentes. Ou seja, para pedir ajuda, é necessário reconhecer o problema, mas deverá saber-se quais são os profissionais que podem ajudar e prestar cuidados.

Os dados relativos à ajuda informal (familiares/amigos) são também eles relevantes e indicam que é necessário promover a literacia em saúde mental da população (Loureiro et al., 2013; Jorm, 2014, 2019).

Estes resultados são ainda mais importantes no contexto do ensino superior quando se sabe que as instituições devem promover a formação em termos de primeira ajuda de todos os envolvidos no processo académico (UPP, 2017), incluindo o pessoal discente.

Relativamente aos produtos/medicamentos, como já se referiu, não se observam mudanças com a intervenção. Este resultado poderá ser devido ao facto dos estudantes do 1.º ano terem conhecimentos muito reduzidos sobre psicofarmacologia e, além disso, estes conteúdos serem referenciados de forma breve no programa. Esta opção decorre também de sabermos que o currículo engloba cadeiras de farmacologia posteriormente no percurso académico. Contudo, é de salientar que estamos cientes de que as crenças negativas e desconhecimento acerca do uso de medicação (Jorm, 2014, 2019) podem afetar, que a utilização, quer ainda os resultados de saúde.

Neste sentido somos da opinião que o programa deverá contemplar uma abordagem mais extensa dos conteúdos relativos à medicação e inclusive a produtos de “venda livre” como chá e vitaminas, já que os estudos realizados no contexto português indicam uma preferência por estes últimos produtos (Loureiro et al., 2013a; 2013b;

Loureiro et al., 2015; Rosa, 2018. Loureiro & Costa, 2019; Loureiro & Costa, 2019), quando existe pouca evidência disponível sobre a efetividade.

Este dado é ainda mais relevante, quando se sabe que a utilização de produtos não sujeitos a prescrição e sem vigilância de um profissional de saúde adequado, pode interagir negativamente com os psicofármacos, tendo impacto negativo na condição de saúde (Jorm, 2014, 2019).

No que diz respeito aos conhecimentos sobre estratégias de autoajuda eficazes (3.^a componente da LSM), os resultados são idênticos aos encontrados noutros estudos (Loureiro & Sousa; Loureiro & Costa, 2019), sendo que o programa mostra a sua efetividade, no caso da depressão, em termos do aumento ($p < 0,05$) da percepção de utilidade e diminuição dos participantes que afirmam não saber nos itens “fazer acupunctura”, “levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol”; “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 semelhantes”.

No caso da ansiedade, a mudança efetuada é no mesmo sentido e resulta sobretudo nos itens já referidos para a depressão, com exceção do item “consultar um *site* que contenha informação sobre o problema”, no entanto no item “procurar ajuda especializada de saúde mental” os participantes, no fim da intervenção, consideram que é “útil” (97,2%). A nosso ver, o aumento observado neste último item, mostra que o problema da ansiedade passa a ser mais valorizada como um problema que necessita de intervenção especializada em saúde mental.

É de destacar, ainda, que em ambas as perturbações, os resultados obtidos no momento prévio à intervenção, indicam que os participantes consideram “prejudicial” o consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas para lidar com os problemas, o que foi também encontrado noutros (Loureiro & Sousa; Loureiro & Costa, 2019). Ainda que em sentido oposto, estratégias como “fazer exercício físico”, “praticar treino de relaxamento” e “praticar meditação”, são consideradas úteis por uma parte substancial da amostra, o que justifica que não se tenham observado mudanças com o programa, uma vez que os participantes apresentam à partida um nível ajustado de conhecimento relativamente a estes itens. Estes resultados estão em linha com os encontrados noutros estudos realizados no contexto Português (Loureiro et al., 2013a, 2013b; Correia, 2012; Rosa, 2018), ainda que as amostras sejam diferentes, nomeadamente de adolescentes.

Na componente central do programa, isto é, os conhecimentos e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda a outros e que diz respeito ao conhecimento e à capacidade dos participantes em prestar primeira ajuda em saúde mental aos seus pares, é de referir desde logo que as mudanças estatísticas observadas se situam apenas em alguns itens. Contudo, observaram-se mudanças substâncias que não podendo ser analisadas estatisticamente pelo facto da mudança ser total e não permitir utilizar o teste de Bowker, são relevantes e no computo geral, estão em concordância com a *guidelines* internacionais do programa (Kitchener & Jorm, 2002).

Em ambos os casos (depressão e ansiedade) a quase totalidade dos participantes (97,2% em ambos) concorda, no momento prévio à intervenção” que é “útil” “ouvir os problemas de forma compreensiva”, valor que sobre para os 100,0% no fim da formação. Este dado indica-nos que, em ambas as situações, já existe conhecimento relativamente à importância da escuta, daí que esta mudança não apresente significado estatístico, já que o teste não é aplicável. Estes resultados foram também encontrados noutros estudos realizados no contexto português e que vimos referindo.

Por exemplo, no caso da depressão, a maior mudança com significado estatístico situa-se no item “perguntar se tem tendências suicidas” ($p < 0,05$; $OR = \infty$; $g = 0,50$), com um aumento da percepção de utilidade e diminuição, quer dos que afirmam inicialmente que é prejudicial ou que não sabem. Este resultado é muito positivo e mostra como o programa apresenta-se como uma medida efetiva na mudança dos conhecimentos e competências ao nível da PASM. É ainda de salientar que esta estratégia de atuação e a abordagem à pessoa em crise, é ensinada no programa (Loureiro, 2014). Este resultado é consistente e concordante com os estudos realizados acerca da efetividade do programa de PSSM cujas amostras utilizadas são estudantes de Enfermagem (Loureiro & Sousa; Loureiro & Costa, 2019; Bond et al., 2015; Burns et al., 2017), ou outra tipologia de amostras (Hadlaczky et al, 2014; Morgan et al., 2018).

Em termos de estratégias consideradas desajustadas e prejudiciais ao nível da primeira ajuda, tais como “dizer-lhe com firmeza para andar para a frente”, “mantê-la ocupada para que não pense tanto nos problemas”, “não valorizar o problema, ignorando-o até que a situação se resolva”, ou ainda, “sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas”, observam-se mudança no sentido em que os participantes no fim da intervenção mostram um nível de conhecimento adequado relativamente a estas estratégias.

Um resultado observado no caso da ansiedade carece de uma leitura atenta, no sentido em que se deve dar ênfase aos conteúdos do programa, nomeadamente no item mantê-la ocupada para que não pense tanto nos problemas”. Ainda que não comprometa a leitura e mudança protagonizada com a intervenção ao nível da literacia, esta estratégia é desadequada, mesmo que os pensamentos e ideias característicos da ansiedade estejam muito presente na pessoa, manter a pessoa ocupada não resolve o problema, é apenas uma estratégia transitória (Jorm, 2014; Loureiro, 2014).

No que diz respeito aos conhecimentos acerca do modo de prevenir perturbações mentais (5ª componente da LSM) o programa, revela mudanças com significado estatístico ($p < 0,05$) em 50,0% dos itens. Este resultado atesta a efetividade do programa em termos de incremento dos conhecimentos relacionados com a prevenção. Estes resultados estão de acordo com as propostas europeias, em termos de estratégias promotoras da saúde mental (WHO, 2013).

Nos itens relativos à manutenção de contactos regulares com os amigos e família, não se observaram diferenças pelo facto de ambas as estratégias serem valorizadas como úteis por mais de 80,0% ainda no momento prévio à intervenção o que denota a importância atribuída à rede de suporte social e familiar na manutenção e prevenção de ocorrência de problemas de saúde mental.

Relativamente à intenção de procura de ajuda, verificamos que as mudanças observadas são muito positivas (ambos os casos com medidas de tamanho de efeito cujo valor é elevado/grande), sobretudo porque atestam que o incremento da LSM através do programa de PSSM pode contribuir para uma mudança na atitude acerca da procura de ajuda especializada em saúde mental. Este dado é relevante quando se sabe que a maioria das pessoas atrasa ou recusa a ajuda em saúde mental, com ênfase para os adolescentes e jovens (Jorm, 2014; Loureiro, 2012). Estes resultados são concordantes com os encontrados noutros estudos (Loureiro & Sousa; Loureiro & Costa, 2019; Bond et al., 2015; Burns et al., 2017; Hadlaczky et al, 2014; Morgan et al., 2018).

Ao nível da confiança para prestar ajuda aos seus pares, é de referir que o objetivo central do programa é aumentar a literacia em saúde mental e ensinar o público a prestar ajuda e apoio a alguém que esteja a desenvolver um problema relacionado com a sua saúde mental ou ainda em crise (Kelly et al., 2011). Neste sentido observa-se que o programa contribui para um aumento da confiança em prestar ajuda e apoio (medidas de tamanho de efeito com valores considerados moderados). O

conhecimento e domínio do plano de acção (ANIPi) é uma ferramenta fundamental, já que permite planear a acção e dá as ferramentas fundamentais para realizar a abordagem, com ênfase para a comunicação (Loureiro, 2014) e que posteriormente se traduz numa confiança reforçada em termos de atuação.

No caso do estigma pessoal a intervenção produziu uma mudança nos scores, com o valor da medida de tamanho de efeito a revelar-se moderada ($d=0.51$). Esta mudança, é no cômputo geral destes três itens analisados (intenção para pedir ajuda; confiança para prestar ajuda; estigma pessoal) a que apresenta valor comparativamente mais baixo, tal como acontece noutros estudos (Morgan, Ross & Reavley, 2018). Estes resultados podem ser explicados pelo facto do estigma associado às doenças mentais ser ainda hoje acentuado e estar enraizado social e culturalmente, apesar das campanhas públicas de educação e sensibilização. Ainda que o conhecimento produza mudanças nas crenças e atitudes acerca das doenças e doentes mentais, a mudança de comportamentos é ainda um desafio. Contudo, o programa mostra-se efetivo em termos de redução do estigma pessoal.

CONCLUSÃO

As conclusões que apresentamos decorrem de todos os aspetos referidos ao longo da dissertação, com ênfase para o rigor e credibilidade dos procedimentos e opções metodológicas e para a intervenção, de modo a que o estudo apresente validade interna e externa.

Em primeiro lugar conclui-se que o programa de PSSM contribui e é uma medida efetiva para o incremento da LSM dos estudantes do 1.º ano do CLE, nomeadamente ao nível da acurácia da depressão e da ansiedade. Esta conclusão é atestada pelos valores das medidas de tamanho de efeito estimadas, quando aplicadas aos resultados dos itens cujas mudanças se revelaram com significado estatístico.

Em termos das diferentes componentes da LSM, conclui-se que a intervenção contribui para um aumento da capacidade de reconhecimento da depressão, quer através da identificação dos sinais associados, quer ainda da valorização dos sintomas e uma diminuição da utilização de rótulos desadequados e associados a visões estigmatizantes dos problemas de saúde mental.

Observa-se um incremento dos conhecimentos em termos da percepção de utilidade dos profissionais de saúde, com ênfase para o médico de família, professores e enfermeiros de saúde mental. Este resultado é relevante face aos serviços e apoios que a instituição disponibiliza para os estudantes (saúde escolar), o que nos leva a concluir que os pares podem atuar como promotores da primeira ajuda, sobretudo se potenciarem a procura de ajuda em saúde mental a quem está em sofrimento de modo a que os problemas sejam ultrapassados/resolvidos e não comprometam o desempenho pessoal e académico. Ainda que nos produtos e medicamentos não se observem mudanças, não podemos concluir que tal não venha a ser observado em intervenções posteriores, sobretudo se forem introduzidos conteúdos específicos de psicofarmacologia no programa.

Nas estratégias de autoajuda, a intervenção contribui para o aumento do conhecimento em termos de uma maioria substancial das estratégias apresentadas no programa passarem a ser consideradas úteis. Ainda assim é de referir que em determinados domínios, os participantes sabem que determinadas estratégias são prejudiciais, tais como fumar e consumir álcool, o que denota um conhecimento prévio ao ingresso no ES e que podem decorrer, por exemplo do efeito dos programas

relacionados com a saúde escolar no ensino básico e secundário. Este dado não inviabiliza ou secundariza a necessidade de intervenção precoce (no 1.º ano do curso), pois como sabemos, o ingresso no ambiente e vivências académicas, permite o confronto com o consumo de álcool e outras drogas nas festividades académicas de integração e que se mantém ao longo do curso.

Ao nível da componente central à intervenção, o programa mostra ser efetivo em termos de incremento de respostas adequadas para ambos os problemas de saúde mental, sobretudo na aprendizagem da estratégia de prestação de ajuda e apoio (ANIP). Esta conclusão decorre, entre outros do efeito observado na adequação e avaliação da forma de atuar em crise, por exemplo em situações que envolvem ideias suicidas. Simultaneamente, com a intervenção, as estratégias desadequadas e ineficazes em termos de primeira ajuda, diminuem na quase totalidade dos itens.

Na última componente, o programa contribui para um reconhecimento dos problemas de saúde mental, sobretudo porque os participantes valorizam a ideia de que é possível prevenir a sua ocorrência.

Conclui-se também que o programa de PSSM aumenta de forma efetiva a intenção de procura de ajuda em saúde mental, a confiança para prestar ajuda e apoio a alguém que esteja a sofrer de um problema relacionado com a sua saúde mental e simultaneamente reduz o estigma pessoal associado à depressão.

É de salientar que o programa não ensina a fazer diagnósticos em saúde mental (Loureiro, 2014). É tão simplesmente uma ferramenta psicoeducacional que serve para educar e sensibilizar o público, profissionais de saúde incluídos, para a necessidade de intervir em situações que envolvem, ou o adoecer mental, ou ainda as situações de crise, veiculando uma acção em prol da saúde mental do próprio e dos que o rodeiam. No caso dos estudantes de Enfermagem, dada a especificidade e características dos processos de ensino aprendizagem da profissão, ao que acresce a evidência produzida acerca dos níveis de stress e ansiedade deste grupo, o programa pode contribuir para o aumento de conhecimento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, associadas à promoção da saúde mental e à prevenção das doenças mentais.

Mais recentemente e dada a evidência produzida neste domínio da literacia em saúde mental, sobretudo em termos de primeira ajuda, propomos que o programa seja dirigido a todo o corpo docente e discente das instituições, atores fundamentais do processo de desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes, devendo ainda ser aplicado noutros contextos e instituições de ensino superior.

A implementação desta intervenção, no âmbito da realização desta dissertação de mestrado, está também 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” (O.E., 2010, p.4). Neste contexto, o programa de PSSM pode e deve constituir-se como uma área de intervenção do Enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Concluímos que este estudo, realizado no contexto da frequência do mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, apresenta resultados que estão em concordância com a evidência científica produzida acerca da efetividade do programa de PSSM, o que a atesta a sua adequação ao contexto da integração e adaptação dos estudantes ao ensino superior, com implicações em todo o percurso académico. Poderá, neste contexto, ser perspetivado como uma medida que contribui para a realização pessoal e profissional dos estudantes e consequentemente ao sucesso académico.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, J. (2014). *A saúde mental global, a depressão, a ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior: Estudo de prevalência e correlação* (Tese de doutoramento). Recuperado de: <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2939/1/tese.pdf>.
- Almeida, L. (2002). Formatar o ensino a pensar na aprendizagem. In A. Pouzada, L. Almeida, & R. Vasconcelos (Eds.), *Contextos e dinâmicas da vida académica* (pp. 239-252). Guimarães: Universidade do Minho.
- Almeida, L., Araújo, A., & Martins, C. (2016). Transição e adaptação dos alunos do 1º ano: variáveis intervenientes e medidas de atuação. In Centro de Investigação em Educação (CIEd) (Ed.), *Ser Estudante no Ensino Superior: O caso dos estudantes do 1º ano*, Braga, Portugal: Universidade do Minho /Instituto de Educação.
- Almeida, L., Soares, A., & Ferreira, J. (2000). Transição e Adaptação à Universidade: apresentação de um Questionário de Vivências Académicas (QVA). *Psicologia*, XIV (2). 189-208.
- Araújo, A. M., & Almeida, L. S. (2016). Adaptação ao ensino superior: o papel moderador das expectativas académicas. *Lumen: Educare*, 1(1), 13–31. <http://doi.org/10.19141/2447-5432/lumen.v1.n1.p.13-32>.
- Araújo, E. (2015). *Comportamentos de risco em jovens universitários: consumo de substâncias psicoativas* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/3750/2/DissertMestradoElisabeteViveirosAraujo2016.pdf>.
- Associação Americana de Psiquiatria (2014). *DSM-5 - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* [Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)] (5th ed.). Porto Alegre: Artmed Editora
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2018). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa*. Lisboa. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.

- Bond, K., Jorm, A., Kitchener, B., & Reavley, N. (2015). Mental health first aid training for Australian medical and nursing students: an evaluation study. *BMC Psychology*, 3. doi: 10.1186/s40359-015-0069-0
- Brown, P. (2016). *The invisible problem? Improving students' mental health*. Oxford. Recuperado de: <http://www.hepi.ac.uk/wp-content/uploads/2016/09/STRICTLY-EMBARGOED-UNTIL-22-SEPT-Hepi-Report-88-FINAL.pdf>.
- Buchanan, J. L. (2012). Prevention of Depression in the College Student Population: A Review of the Literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(1), 21–42. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.03.003>.
- 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*, 17(1), 111. doi: 10.1186/s12888-017-1278-2
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (2005). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social* (9.^a ed). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Castro, V. (2017). Reflexões sobre a saúde mental do estudante universitário: estudo empírico com estudantes de uma instituição pública de ensino superior. *Revista Gestão Em Foco*, (9), 380–401.
- Correia, S. (2012). *Construção e Validação de um Instrumento de Avaliação de Literacia em Saúde Mental para Adolescentes e Jovens* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Custódio, S., Pereira, A., & Seco, G (2009). Stresse e estratégias de coping dos estudantes de enfermagem em ensino clínico. In B. Silva, L. Almeida, A. Lozano & M. Uzquiano (Orgs.), *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. (pp. 4670–4683).
- De Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., & McGorry, P. D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: Needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(1), 47–57. <http://doi.org/10.1017/S2045796011000746>.

- Figueiral, M. (2016). *Literacia em saúde mental nos adolescentes do terceiro ciclo: um estudo no agrupamento de escolas de vouzela e campia* (Dissertação de mestrado). Recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewjzk5C89cvkAhUMrxoKHTm1BOYQFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fsigarra.up.pt%2Ffpceup%2Fpt%2Fpub_geral.show_file%3Fpi_doc_id%3D79302&usq=AOvVaw3nUXweiP47yD6XNYHhziP5
- García, N., & Zea, R. (2011). Estrés Académico. *Revista de Psicología*, 3(2), 81–87. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>.
- 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), 467–475. <http://doi.org/10.3109/09540261.2014.924910>
- Ibrahim, A., Kelly, S., Adams, C., & Glazebrook, C. (2015). A systematic review of studies on the prevalence of Insomnia in university students. *Public Health*, 129(12), 1579–1584. <http://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.07.030>.
- Jorm, A. (2000). Mental Health Literacy: Public Knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401. doi.org/10.1192/bjp.177.5.396
- Jorm, A. (2014). Mental health literacy promoting public action to reduce mental health problems. In L. M. Loureiro (Ed.), *Literacia em saúde mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (Vol. 8, pp. 27-39). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra/Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.
- Jorm, A. (2019). The concept of mental health literacy. In O. Bauer, U. Levin-Zamir, D. P. Pinheiro, P & K. Sorensen (Ed.), *International Handbook of Health Literacy: Research, Practice and Policy across the Life-span* (pp. 53-66). Bristol, United Kingdom: Policy Press.
- Jorm, A. F. (2019). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243. doi: 10.1037/a0025957.

- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medicine Journal of Australia*, 166(4), 182-186.
- 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.
- Kelly, Mithen, J., Fischer, J., Kitchener, B., Jorm, A., 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(1), 4. doi.org/10.1186/1752-4458-5-4.
- Kitchener, B., & Jorm, A. (2002a). *Mental health first aid manual*. Canberra, Australia: Center for Mental Health Research.
- Kitchener, B., & Jorm, A. (2002b). Mental health first aid training for the public: Evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*, 2, 10. doi: 10.1186/1471-244X-2-10.
- Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N., & Sourander, A. (2016). Enhancing mental health literacy in young people. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25(6), 567–569. <http://doi.org/10.1007/s00787-016-0867-9>.
- Loureiro, L. (2013a). Barreiras e determinantes da intenção de procura de ajuda informal na depressão. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 733-746.
- Loureiro, L. (2013b). Estigma pessoal e percebido acerca do abuso de álcool e intenção de procura de ajuda. *Revista de Enfermagem Referência*, III (11), 59-66. doi.org/10.12707/RIII1360.
- Loureiro, L. (2014). *Primeira ajuda em saúde mental*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Loureiro, L. M. (2016). Literacia em saúde mental acerca da depressão e abuso de álcool de adolescentes e jovens Portugueses. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 2(2), 2–11. <http://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2016.2.2.33>.
- Loureiro, L. M., Barroso, T. M., Mendes, A. M., Rodrigues, M. A., Oliveira, R. A., & Oliveira, N. R. (2013a). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens portugueses sobre abuso de álcool. *Escola Anna Nery*, 3, pp. 474-481.

- Loureiro, L. M., Jorm, A. F., Mendes, A. C., Santos, J. C., Ferreira, R. O., & Pedreiro, A. T. (2013b). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BMC Psychiatry*, 129.
- Loureiro, L. M., Jorm, A. F., Oliveira, R. A., Mendes, A. M., Santos, J. C., Rodrigues, M. A., & Sousa, C. S. (2015). Mental health literacy about schizophrenia: a survey of portuguese youth. *Early Intervention in Psychiatry*. doi:10.1111/eip.12123.
- Loureiro, L., & Costa, L. (2019). Avaliação do programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental em estudantes de licenciatura em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (20), 9-18. doi.org/10.12707/RIV18087
- Loureiro, L., & Sousa, C. (2019). Programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental: Estudo piloto. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 5(1), 72-86. doi.org/10.31211/rpics.2019.5.1.108.
- Loureiro, L., Rodrigues, M., Santos, J. & Oliveira, R. (2014a). Literacia em saúde – breve introdução ao conceito. In L. M. Loureiro (Ed.), *Literacia em saúde mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (Vol. 8, pp. 13-25). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra/Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.
- Loureiro, L., Sousa, C., & Gomes, S. (2014b). Primeira ajuda em saúde mental: Pressupostos e linhas orientadoras de acção. In *Literacia em saúde mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (Vol. 8, pp. 63-77). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.
- Luz, A., Castro, A., Couto, D., Santos, L. & Pereira, A. (2009). Stress e percepção do rendimento académico no aluno do ensino superior. In B. Silva, L. Almeida, A. Lozano & M. Uzquiano (Orgs.), *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia* (pp. 4663-4669).
- Martincowski, T. (2013). A inserção do aluno iniciante de graduação no universo autorial: a leitura interpretativa e a formação de arquivos. *Cadernos da Pedagogia*. 6, 129–140.
- Meleis A. (2011). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (5^a Ed.). Pennsylvania: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Morgan, A. J., Ross, A., & Reavley, N. J. (2018). Systematic review and meta-analysis of mental health first aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS ONE*, 13(5), e0197102. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102>

- Mostardinha, A., & Pereira, A. (2018). Consumo de substâncias em estudantes do ensino superior de Coimbra. *Livro de Actas Do 12º Congresso Nacional de Psicologia Da Saúde*, 1(1), 137–145.
- Nogueira, M. & Sequeira, C. (2018). A satisfação com a vida académica. Relação com bem-estar e distress psicológico. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Spe. 6), 71-76. doi: 10.19131/rpesm.0216.
- Nogueira, M. C. (2017). *Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: Fatores Protetores e Fatores de Vulnerabilidade* (Tese de doutoramento). Recuperado de: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/28877/1/ulsd730773_td_Maria_Nogueira.pdf.
- Padovani, R., Neufeld, C., Maltoni, J., Barbosa, L., Souza, W., Cavalcanti, H., & Lameu, J. (2014). Vulnerability and psychological well-being of college student. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(1), 2–10. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20140002>.
- Porta-Nova, R. & Fleming, M. (2009). Vivências académicas, competências pessoais e saúde mental em estudantes de ciências da saúde. *Psicologia*, 23(1), 165-183. <https://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v23i1.322>.
- Pryjmachuk, S., & Richards, D. (2007). Mental health nursing students differ from other nursing students: Some observations from a study on stress and coping. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(6), 390–402. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00494.x>.
- Pulido-martos, M., Auusto-Landa, J., & Lopez-Zafra, E. (2011). Sources of stress in nursing students: A systematic review of quantitative studies Sources of stress in nursing students. *International Nursing Review*. 15–25. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00939.x>.
- Ribeiro, Í. J. S., Pereira, R., Freire, I. V., de Oliveira, B. G., Casotti, C. A., & Boery, E. N. (2017). Stress and Quality of Life Among University Students: A Systematic Literature Review. *Health Professions Education*, 4(2), 70–77.
- Rosa, A. G. S. R. (2018). *Literacia em saúde mental em adolescentes. desenvolvimento de um instrumento de avaliação* (Tese de doutoramento). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/113131/2/273824.pdf>.

- Rosa, A., Loureiro, L. & Sousa, C. (2014b). Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes. In *Literacia em saúde mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (Vol. 8, pp. 79-93). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.
- Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2014a). Literacia em saúde mental de adolescentes: um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 1)1(2), 125–132.
- Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2018). Literacia em saúde mental sobre abuso de álcool: Um estudo com adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Especial 6, 31–38. <http://doi.org/10.19131/rpesm.0210>.
- Santos, L. (2011). *Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários* (Tese de doutoramento). Recuperado de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/6738/1/Tese%20Luisa%20Santos.pdf>.
- Sequeira, Carlos; Carvalho, José Carlos; Borges, Elizabete; Sousa, C. (2013). Vulnerabilidade mental em estudantes de enfermagem no ensino superior: estudo exploratório. *J Nurs Health*, (3), 170–81.
- Silveira, C., Norton, A., Brandão, I., & Roma-Torres, A. (2011). Saúde mental em estudantes do ensino superior. A experiência da consulta de psiquiatria do centro hospitalar São João. *Acta Medica Portuguesa*, 24(SUPPL.2), 247–256.
- Soares, A. M., Pinheiro, M. R., Manuel, J., & Canavarro, J. M. (2015). Transição e adaptação ao ensino superior e a demanda pelo sucesso nas instituições portuguesas. *Psychologica*, 58(2), 97–116. http://doi.org/10.14195/1647-8606_58.
- Sousa, S. (2015). *Programa de primeira ajuda em saúde mental: Avaliação da intervenção*. (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=34640&code=119>
- Storrie, K., Ahern, K., & Tuckett, A. (2010). A systematic review: Students with mental health problems-A growing problem. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 1–6. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01813.x>.

- Teh, C., Ngo, C., Zulkifli, A., Vellasamy, R., & Suresh, K. (2015). Depression, Anxiety and Stress among Undergraduate Students: A Cross Sectional Study. *Open Journal of Epidemiology*, 05(04), 260–268. <http://doi.org/10.4236/ojepi.2015.54030>.
- Tosevski, D. L., Milovancevic, M. P., & Gajic, S. D. (2010). Personality and psychopathology of university students. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(1), 48–52. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328333d625>.
- WHO. (2013a). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva, Switzerland: WHO.
- WHO. (2013b). *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen, Denmark: WHO.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

(QuALiSMental- excerto)

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

Programa da integração dos estudantes do 1º ano
Curso de Licenciatura em Enfermagem (excerto)

19 set.
polo A

9h00 - 13h00 // 15h00 - 19h00
Curso Primeira ajuda em saúde mental
Professor Luís Loureiro

