



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

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

**LITERACIA EM SAÚDE MENTAL SOBRE PSICOSE: UMA INTERVENÇÃO
INTEGRADA DE BASE COMUNITÁRIA PARA BOMBEIROS**

Inês Alexandra Marques Batista

Coimbra, julho de 2022



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

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

**LITERACIA EM SAÚDE MENTAL SOBRE PSICOSE: UMA INTERVENÇÃO
INTEGRADA DE BASE COMUNITÁRIA PARA BOMBEIROS**

Inês Alexandra Marques Batista

Orientador: Professor Doutor Amorim Rosa, ESEnfC

Coorientador: Professor Doutor Luís 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, julho de 2022

*“Não desejo suscitar convicções, o que desejo é estimular o pensamento e derrubar
preconceitos.”*

Sigmund Freud

Ao meu Pai... onde quer que ele esteja...

AGRADECIMENTOS

De todos os desafios que já enfrentei na vida, este foi um dos mais complexos. Foram horas a fio de trabalho, de empenho e dedicação. Pelo meio uma pandemia, que nos fez “tremar” a todos e colocou este mestrado em *stand by* por algum tempo. No entanto, quando tracei este objetivo, fi-lo com a certeza de que iria chegar ao fim e aqui está o resultado.

Não teria conseguido chegar até aqui se não tivesse à minha volta uma rede sólida de pessoas que me apoiaram e de uma maneira ou de outra, contribuíram para o sucesso deste desafio, por isso os próximos agradecimentos são para eles:

Ao Professor Doutor Amorim Rosa, pelas orientações fundamentais e disponibilidade, bem como a partilha de conhecimento e experiências que foram tão úteis para o meu percurso. Sinto-me honrada por isso.

Ao Professor Doutor Luís Loureiro, pela disponibilização de materiais, incentivo e apoio.

À direção e comando da Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários Argus pela disponibilidade. Aos meus colegas Bombeiros (as) um especial voto de gratidão por terem aceite participar neste projeto, espero que tenha suscitado algum interessa para a temática.

À minha mãe, por ter acreditado sempre que seria possível e que eu era capaz.

Ao meu marido, pelo companheirismo.

À minha filha Mel, por ser a minha fonte de força.

A cada uma das várias pessoas que se cruzaram comigo ao longo destes três anos e que com quem tanto aprendi.

A todos vós, o meu muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS

CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral de Saúde

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

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

e.g. – por exemplo

ELINET - *European Literacy Policy Network*

ENB – Escola Nacional de Bombeiros

EPH – Emergência Pré-Hospitalar

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

IBM SPSS-24 – *Statistical Product and Services Solutions*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

LSM – Literacia em Saúde Mental

MHFA – *Mental Health First Aid*

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PASM – Primeira Ajuda em Saúde Mental

PNSM – Plano Nacional para a Saúde Mental

QuALiSMental – Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

SM – Saúde Mental

TAS – Tripulante de Ambulância de Socorro

UICISA: E – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem

UMIPE – Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergências

UNESCO – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

Introdução: No decorrer da sua carreira, os Bombeiros experienciam uma vasta gama de situações no que diz respeito a emergências pré-hospitalares. As características do plano esquemático de formações da Escola Nacional de Bombeiros e do Instituto Nacional de Emergência Médica, não englobam temáticas direcionadas para a saúde mental.

O programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental (PASM®), constitui um dos instrumentos educacionais utilizados no contexto da promoção da Literacia em Saúde Mental, que permite capacitar os jovens para agir no que concerne a problemas relacionados com a sua própria saúde mental e dos seus pares. Sendo possível o ajuste do programa a outra população-alvo, adaptou-se o mesmo a outro tipo de participantes, neste caso bombeiros.

Objetivo: Este estudo tem como objetivo: avaliar a eficácia de um programa de intervenção psicoeducativa sobre psicose, nos Bombeiros de uma corporação da zona centro.

Metodologia: Utilizou-se um desenho pré-experimental, com avaliação antes e após intervenção. A intervenção teve duração de 9 horas, em que o programa foi aplicado a uma amostra de 30 bombeiros com uma média de idades de 32.57 ± 12.07 anos. Para a colheita de dados, utilizou-se o QuALiSMental.

Resultados: Os resultados que foram obtidos, permitem verificar a eficácia do programa no que concerne ao incremento da LSM associada à psicose, intenção de procura de ajuda e confiança para prestar ajuda. O programa não foi totalmente eficaz no que concerne às questões referentes ao suicídio, pessoa em crise e confiança para prestar ajuda, admitindo-se que o programa necessita de alguns ajustes, tornando-o mais consistente nestas temáticas.

Conclusões: Apesar das limitações que se evidenciam neste estudo, os resultados indicam que o programa contribui para aumentar a literacia em saúde mental dos participantes e consequentemente, capacitá-los para agir em prol da sua saúde mental e daqueles que o rodeiam.

Palavras-Chave: Literacia em Saúde Mental; Saúde Mental; Adultos; Enfermagem, Psicose

ABSTRACT

Introduction: In the course of their career, Firefighters experience a wide range of situations with regard to pre-hospital emergencies. The characteristics of the schematic training plan of the National School of Firefighters and the National Institute of Medical Emergency do not include themes regarding mental health.

The Mental Health First Aid program (MHFA®) is one of the educational instruments used in the context of promoting Mental Health Literacy, which enables young people to act on problems related to their own mental health and their peers'. As it was possible to adjust the program to a different target population, it was adapted to another type of participants, in this case firefighters.

Objective: This study aims to: evaluate the effectiveness of a psychoeducational intervention program on psychosis, in a Fire Department.

Methodology: A pre-experimental design was used, with evaluation before and after intervention. The intervention lasted 9 hours, in which the program was applied to a sample of 30 firefighters with a mean age of 32.57 ± 12.07 years. For data collection, the QuALiSMental was used.

Results: The results that were obtained allow us to verify the effectiveness of the program regarding the increase in LSM associated with psychosis, intention to seek help and confidence to provide help. The program was not fully effective with regard to issues related to suicide, person in crisis and confidence to provide help, admitting that the program needs some adjustments, making it more consistent in these matters.

Conclusions: Despite the limitations that are evident in this study, the results indicate that the program contributes to increasing the participants mental health literacy and, consequently, empowering them to act in favor of their mental health and those around them.

Key words: Mental Health Literacy; Mental Health; Adults; Nursing, Psychosis"

LISTA DE TABELAS

		Pág.
Tabela 1	Estatísticas resumo das variáveis de caracterização da amostra (N=30).....	40
Tabela 2	Distribuição percentual itens assinalados, antes e após a intervenção, relativamente à 1ª componente da LSM (N=30).....	46
Tabela 3	Distribuição percentual das respostas assinaladas, antes e após a intervenção, relativamente à 2ª componente da LSM (N=30).....	49
Tabela 4	Distribuição percentual das respostas assinaladas, antes e após a intervenção, relativamente à 3ª componente da LSM (N=30).....	50
Tabela 5	Distribuição percentual das respostas assinaladas, antes e após a intervenção, relativamente à 4ª componente da LSM (N=30).....	53
Tabela 6	Distribuição percentual das respostas assinaladas, antes e após a intervenção, relativamente à 5ª componente da LSM (N=30).....	53
Tabela 7	Distribuição percentual das respostas assinaladas, antes e após a intervenção, relativamente à intenção de procurar ajuda (N=30).....	54
Tabela 8	Estatísticas resumo relativas à confiança para prestar ajuda, antes e depois da intervenção (N=30).....	54

LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 Vinheta com a descrição do problema/perturbação mental.....	41

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	21
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	25
1. LITERACIA EM SAÚDE.....	25
1.1. SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR NA COMUNIDADE.....	27
2. LITERACIA EM SAÚDE MENTAL.....	28
2.1. COMPONENTES DA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL.....	29
2.2. PSICOSE: CONCEITOS.....	31
2.3. PSIQUIATRIA NO PRÉ-HOSPITALAR.....	33
3. PROGRAMA DE PRIMEIRA AJUDA EM SAÚDE MENTAL.....	34
3.1. ESTRUTURA E PLANO DE AÇÃO.....	35
3.2. EVIDÊNCIA CIENTÍFICA ACERCA DA EFICÁCIA DO PROGRAMA.....	36
CAPÍTULO II – METODOLOGIA.....	38
1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO.....	38
2. OBJETO, OBJETIVO E HIPÓTESES.....	38
3. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	38
4. INSTRUMENTO DO ESTUDO.....	40
5. INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA.....	43
6. PROCEDIMENTO PARA A COLHEITA DE DADOS.....	44
7. PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	44
8. TRATAMENTO DE DADOS.....	45
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	46
1. AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO PROGRAMA.....	46
1.1. RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS E PERTURBAÇÕES MENTAIS DE MODO A PROMOVER E FACILITAR A PROCURA DE AJUDA.....	46
1.2. CONHECIMENTOS SOBRE OS PROFISSIONAIS E TRATAMENTOS DISPONÍVEIS	47
1.3. CONHECIMENTOS SOBRE ESTRATÉGIAS DE AUTOAJUDA EFICAZES.....	51
1.4. CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS PARA PRESTAR APOIO E DAR A PRIMEIRA AJUDA A OUTROS.....	51
1.5. CONHECIMENTOS ACERCA DO MODO DE PREVENIR OS PROBLEMAS E PERTURBAÇÕES MENTAIS.....	51

1.6. INTENÇÃO DE PROCURAR AJUDA EM SAÚDE MENTAL.....	54
1.7. CONFIANÇA PARA PRESTAR AJUDA.....	54
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65

ANEXOS

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

APÊNDICES

APÊNDICE I – Questionário Sociodemográfico

APÊNDICE II – Programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental (Adaptado para Bombeiros)

INTRODUÇÃO

A saúde mental é claramente uma componente relevante naquele que é considerado o equilíbrio dos indivíduos, tanto a nível individual como social. É influenciada por fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

Com base em dados epidemiológicos recolhidos nos últimos anos, o Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) (2017) destaca as perturbações psiquiátricas e problemas relacionados com a saúde mental, como a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura. A situação da saúde mental portuguesa, após analisada pelo projeto *EU Join Action on Mental Health and Well Being* (2013/2016), veio comprovar que são necessárias mudanças profundas e urgentes em alguns parâmetros das políticas e serviços de saúde mental. Neste sentido, é importante realçar a necessidade de aumento dos níveis de literacia em saúde mental das pessoas e das comunidades, a fim de potenciar ganhos em saúde mental (DGS, 2017).

Sabe-se que o baixo nível de literacia em saúde mental (LSM) destaca-se como um fator chave que determina a resistência, o atraso ou a ausência de comportamentos de procura de ajuda (Rosa, 2018).

O conceito de LSM, tem na sua génese o conceito mais abrangente de literacia em saúde, que de uma forma ampla, engloba tanto a capacidade funcional de um indivíduo para ler, escrever e compreender termos médicos, como a capacidade e conhecimento para usar a informação existente para a promoção e a manutenção da sua saúde física. Ainda que seja parte integrante e crucial da literacia em saúde, a LSM só recentemente foi explorada (Rosa, 2018).

Em 1997, Jorm e colaboradores, definem LSM como os “*conhecimentos e crenças acerca das perturbações mentais que ajudam ao seu reconhecimento, gestão e prevenção*” (Jorm et al., 1997 citado Jorm, 2014, p.27). Deste modo, o conceito de literacia em saúde mental incide sobre vários componentes que devem estar presentes aquando da capacitação das pessoas e das comunidades para agir. Esse conjunto de componentes dá ênfase, principalmente, à prevenção da doença e à promoção da saúde mental (Jorm 2019; Rosa, 2019).

Ao fim de várias pesquisas, quer junto da Escola Nacional de Bombeiros (ENB), quer junto do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), percebeu-se que ao nível de

entidades que prestam cuidados pré-hospitalares, a formação na área da saúde mental é praticamente inexistente, especialmente em corpos de bombeiros, cujas funções também passam por serviços de emergência pré-hospitalar e transportes inter-hospitalares.

Segundo o Artigo nº 20 do Decreto-Lei nº. 248/2012:

“a instrução do pessoal dos corpos de bombeiros é ministrada sob a direção e orientação do comandante, de acordo com o programa previamente estabelecido e aprovado pela ANPC, ouvidos a Escola Nacional de Bombeiros, enquanto autoridade pedagógica da formação, e o Conselho Nacional de Bombeiros”.

Com base no catálogo de oferta formativa da ENB, verificou-se que, efetivamente, não existe qualquer módulo de formação relativo a conceitos da área da saúde mental (ENB, 2020), bem como no programa de formação do INEM, relativamente à formação especializada de Tripulante de Ambulância de Socorro (TAS) (INEM, 2012).

Neste contexto, depreende-se que existam lacunas no reconhecimento de perturbações mentais e no conhecimento de habilidades para prestar os primeiros socorros e apoio à pessoa doente e quem a rodeia, componentes destacadas por Jorm (2014), no que diz respeito à LSM. Os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), enquanto promotores da saúde mental, estão perfeitamente habilitados a criar e implementar programas de formação, que preencham estas lacunas, a fim de garantir que os indivíduos que prestam os primeiros socorros à pessoa doente, sejam capazes de o fazer de forma adequada (Diário da República, 2018).

Quando se fala em doença mental, o conceito que emerge de imediato é o de doença mental grave, que está diretamente relacionado com sintomatologia psicótica. Segundo a DSM-V, a característica essencial da psicose, consiste numa perturbação que envolve o aparecimento repentino de pelo menos um dos seguintes sintomas psicóticos positivos: delírios, alucinações, discurso desorganizado, ou comportamento psicomotor grosseiramente anormal, incluindo catatonia (*American Psychiatric Association, 2014*).

Sendo uma perturbação altamente estigmatizante, a psicose requer especial atenção por parte dos profissionais de saúde, no sentido de promover ações na comunidade, com o intuito de transmitir conhecimento sobre a doença e assim reduzir o estigma (DGS, 2017). Para prestar auxílio à pessoa em crise, é necessário ser dotado de conhecimentos que constituam a base das intervenções implementadas, sendo que,

mais uma vez, o EEESMP é um dos profissionais que podem ensinar as pessoas e a comunidade a lidar com este tipo de patologia.

É por tudo isto que surge a motivação que presidiu ao desenvolvimento de um programa psicoeducativo, adaptado à realidade da população alvo deste estudo, os Bombeiros (as). A base desta intervenção, advém do programa de primeira ajuda em saúde mental (PASM) (na sua versão original Mental Health First Aid – MHFA®), criado na Austrália por Kitchener e Jorm e que vem trazer à tona o conceito de LSM (Loureiro, 2014, p.3). Atualmente, é possível verificar a disseminação deste programa em vários países a nível mundial, incluindo Portugal, em que o seu objetivo basilar é ensinar o público a prestar primeiros socorros e apoio a alguém que está em crise ou a desenvolver um problema relacionado com a saúde mental (Costa et al., 2020 in Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções, p. 236).

O aumento da LSM das comunidades poderá contribuir para ganhos em saúde mental, nomeadamente, no que concerne à procura de ajuda em saúde mental, evitando que muitas das situações evoluam de forma negativa (DGS, 2017).

Elabora-se então, o presente estudo empírico, subordinado ao tema “Literacia Em Saúde Mental Sobre Psicose: Uma Intervenção Integrada de Base Comunitária Para Bombeiros”, com a convicção de que a criação de um programa de formação, ajudará na melhoria dos cuidados de saúde pré-hospitalares prestados por bombeiros. Assim, definiu-se o seguinte objetivo: verificar a eficácia de um programa de intervenção psicoeducativa sobre psicose, nos Bombeiros de uma corporação da zona centro.

Face ao exposto, este documento, para além desta introdução, é composto por cinco capítulos fundamentais, correspondentes ao enquadramento teórico, metodologia, apresentação dos dados, discussão resultados e conclusão. No primeiro capítulo faz-se referência aos temas centrais do estudo, como o conceito de LSM e as suas componentes, a saúde mental no pré-hospitalar e o programa de PASM® e a evidência científica existente acerca da sua eficácia.

Relativamente ao segundo capítulo, que diz respeito à metodologia, nele estão incluídos o desenho, objetivo e hipótese, a caracterização da amostra, o instrumento de colheita de dados, a descrição da intervenção desenvolvida, os procedimentos da colheita de dados e por fim, o tratamento estatístico dos dados.

Quanto ao terceiro capítulo, encontrar-se-á a apresentação dos dados obtidos, através do pré e pós-teste, para cada uma das componentes da LSM, dentro do tema relacionado com psicose.

O quarto capítulo engloba a discussão dos resultados obtidos, onde se irá verificar se o objetivo delineado foi alcançado. O término da dissertação surge com o capítulo cinco, onde serão apresentadas as conclusões e as limitações do estudo, assim como as implicações para a prática de enfermagem.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – LITERACIA EM SAÚDE

O conceito de literacia tem vindo a evoluir ao longo dos tempos, na medida em que, passou de uma definição meramente cognitiva, para uma definição que abrange as componentes pessoal e social da pessoa, a fim de a capacitar para a tomada de decisões vitais no seu dia-a-dia (Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

No decorrer do século XXI, a literacia em saúde tem vindo a tornar-se um assunto prioritário, sendo fulcral não só para capacitar as pessoas a gerir e fazer uso dos serviços de saúde, mas também, para que as mesmas estejam cada vez mais aptas na garantia do bem-estar da comunidade. Sendo um conceito influenciado por determinantes pessoais, situacionais e sociais, preconiza-se que continue a ser impactante na vida das pessoas, promovendo a sua participação e empoderamento, de forma sustentável e equitativa (Sorensen, 2019 in International Handbook of Health Literacy).

Este conceito foi utilizado pela primeira vez nos anos 70 do século XX, com o intuito de fazer referência à necessidade da educação para a saúde nas escolas. Mais tarde, nos anos 90, surge o interesse vincado pela temática precedente, tendo vindo a evoluir até então, constituindo-se atualmente, como uma ferramenta indispensável para a promoção da saúde e como contributo para a cidadania em saúde dos indivíduos, grupos e comunidades (Loureiro et al, 2014a in Literacia em Saúde Mental – Capacitar as Pessoas e as Comunidades para Agir).

A UNESCO, desde que surgiu em 1945, considera e tem vindo a promover a literacia como um direito, declarando-o em vários documentos, como a Declaração de Persépolis em 1975 ou a Declaração de Hamburgo em 1997. Na mesma linha de pensamento, a ONU, em 2001, desenvolveu uma resolução direcionada para a temática com o tema *“Literacy for all: voice for all, learning for all”*, apresentando-a na Assembleia Geral das Nações Unidas. Posteriormente, em 2016, o ELINET (*European Literacy Policy Network*), criou a Declaração dos Direitos de Literacia dos Cidadãos Europeus, corroborando esse direito. Deste modo, percebe-se que a literacia surge como um conceito substancialmente importante, no sentido de se considerar um reforço para a

liberdade individual, que zela pela igualdade entre cidadãos no acesso aos direitos fundamentais (Rosa 2018).

No que concerne à definição propriamente dita, a OMS, em 1998, definiu literacia em saúde como o conjunto de *“competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação, de forma a promover e manter uma boa saúde”*. Mas são Kickbusch e colaboradores, que em 2005, acrescentam à definição a componente social e de viver em sociedade, definindo literacia em saúde como:

“a capacidade de tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades”

Nesta abordagem mais ampla, importa refletir que os esforços para o incremento da literacia em saúde devem ser dirigidos não só para a mudança de estilo de vida pessoal e à forma como as pessoas utilizam os serviços de saúde, mas também para a modificação dos determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde, através de ações, quer individuais, quer coletivas (Rosa, 2018).

Ao longo da história, tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento, a literacia foi reconhecida como parte integrante da busca pela liberdade, como um princípio central de desenvolvimento (UNESCO, 2003). Neste contexto, sabe-se que o baixo nível de literacia, está associado a baixos níveis de saúde, que conseqüentemente, contribuem para desvantagens socioeconómicas, podendo levar os cidadãos a adquirirem ou agravarem situações de doença (Kickbusch, Wait & Maag, 2005).

A este propósito socioeconómico, a definição de literacia em saúde deve ser compreendida como um recurso tanto a nível individual, como a nível de saúde pública, uma vez que níveis mais elevados de literacia em saúde, implicam benefícios ao nível do desenvolvimento do capital social e humano (Rosa, 2018).

Ainda em termos comunitários, este conceito assume um papel preponderante no desenvolvimento de uma comunicação ativa, participativa e crítica entre pessoas e grupos, com base num modelo assente na formação de adultos e especialmente ligado ao empoderamento (Idem).

Deste modo, é importante frisar que para além da literacia em saúde ser fulcral para a pessoa, a um nível biopsicossocial, o seu impacto inclui ganhos em saúde, como a redução dos custos dos cuidados, o aumento do conhecimento e a menor utilização dos serviços. A promoção da literacia em saúde dos cidadãos tem sido identificada como um caminho para a melhoria da qualidade e continuidade dos cuidados, bem como um assunto chave para a definição de políticas de saúde (Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

1.1 - SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR NA COMUNIDADE

A saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo expressa as suas capacidades, enfrenta os acontecimentos geradores de *stress* normais da vida e trabalha ativamente e de forma produtiva contribuindo para a comunidade (WHO, 2001). Neste sentido, o Conselho Nacional de Saúde (2019) define a saúde mental como um conjunto de práticas de natureza comunitária e institucional que visa a dimensão do bem-estar, enquanto componente fundamental da saúde de cada indivíduo, e que desde o início a OMS considerou fundamental.

A saúde mental é um valor intrínseco àquilo que nos torna humanos – condiciona a forma como interagimos, nos conectamos aos outros, aprendemos, trabalhamos e/ou experimentamos sofrimento e felicidade. A importância da intervenção psicossocial advém da capacidade de integrar todas estas vertentes, trabalhando-as de modo adaptativo, considerando o prisma e as competências individuais, mas respeitando a comunidade onde as pessoas estão integradas, com as suas tradições, cultura, normas e valores sociais (Médicos do Mundo, 2020).

Atualmente, devido à descentralização dos serviços hospitalares, assiste-se à vinda das pessoas com perturbação mental para a comunidade, dando ênfase a questões que em tempos eram descuradas por completo (Neves, 2020 in Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções, p. 298).

Diariamente, os profissionais de saúde são confrontados por situações que pela sua complexidade, tornam-se desafiadoras. Uma dessas situações prende-se com a promoção da saúde mental e bem-estar na comunidade, em que o conhecimento adquirido pela população no geral é reduzido, acabando mesmo por não existir no que diz respeito a algumas temáticas de saúde mental. Este facto verifica-se pelo desconhecimento de como agir para prevenir, retardar e evitar as doenças mentais, bem como procurar ajuda no tratamento das mesmas (Idem).

É de conhecimento geral que a ausência de saúde mental é considerada um problema grave de saúde pública a nível nacional e mundial, com especial relevância para o continente europeu, nos últimos anos, devido ao aumento significativo das taxas de suicídio entre adolescentes, jovens adultos e idosos (DGS, 2017).

Lund e colaboradores propõe um modelo em que os determinantes sociais em saúde mental englobam cinco domínios-chave: demográfico, económico, habitacional, ambiental e social/cultural, que são preponderantes na promoção da saúde mental e que constituem o foco das intervenções em saúde mental (Lund et al., 2018). A corroborar esta problemática, afirma-se que a investigação em saúde tem como objetivo estabelecer pontes entre a teoria e a aplicação do conhecimento numa abordagem baseada nos direitos humanos no sistema de saúde, atuando ao nível destes domínios. Deste modo e com base numa sociedade cada vez mais globalizada, surge a necessidade do incremento da literacia em saúde mental, incluindo campanhas de sensibilização a toda a comunidade, intervenções em contextos educacionais, treino de primeiros socorros para saúde mental e *sites* de informação (Neves, 2020 in Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções, p. 298).

Desta forma, as intervenções de saúde mental em contexto comunitário devem então, ser alvo de atenção crescente e serem úteis ferramentas para a promoção da saúde mental, identificação precoce de perturbações mentais, redução do estigma e melhorar os comportamentos de procura de ajuda, não só a nível pessoal, mas também no que diz respeito à saúde da população no geral (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

2 – LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

Quando se fala em saúde ou doença mental, são muitas as ideias pré-concebidas sobre o comportamento das pessoas com perturbações mentais, sobre os tratamentos e sobre o impacto que estas situações têm nas suas vidas.

O conceito de LSM surge na década de 1990, precisamente para trazer à tona problemáticas relacionadas com a área da saúde mental. Assim, Jorm e colaboradores, definem literacia em saúde mental como os *“conhecimentos e crenças acerca das perturbações mentais que ajudam ao seu reconhecimento, gestão e prevenção”*, conhecimento este, que está ligado à ação e que pode beneficiar a própria saúde mental da pessoa e/ou a dos outros (Jorm et al., 1997 citado Jorm, 2014, p.27).

Mais tarde, o mesmo autor, refere que o conceito de literacia em saúde mental engloba vários componentes que devem estar presentes aquando da capacitação das pessoas e das comunidades para agir. Esse conjunto de componentes dá ênfase, principalmente,

à prevenção da doença e à promoção da saúde mental e são elas as seguintes: a) conhecimento de como prevenir as perturbações mentais; b) reconhecimento do despoletar da doença; c) conhecimento de opções de ajuda e tratamentos disponíveis; d) conhecimento de estratégias de autoajuda para os problemas menos graves; e e) competências para prestar a primeira ajuda a outras pessoas em situação de crise ou em desenvolvimento de uma perturbação mental (Jorm 2019; Rosa, 2018).

Este conceito surge com o propósito de colocar em evidência uma área indispensável da saúde, frequentemente desvalorizada, visto que a população no geral tem pouco conhecimento e crenças erradas no que diz respeito às perturbações mentais, comparativamente a outro tipo de problemas de saúde, nomeadamente doenças orgânicas (Rosa, 2018).

Corroborando os autores acima mencionados, no PNSM (2017), verifica-se que a literacia em saúde mental assume um papel relevante, tornando-se crucial para aumentar o conhecimento das pessoas sobre a prevenção da doença mental, promoção da saúde mental e combate ao estigma na população adulta, na infância e na adolescência, contribuindo para o reconhecimento e intervenção precoce das perturbações mentais, incentivando à procura de ajuda (DGS, 2017; Rosa et al., 2019).

2.1 – COMPONENTES DA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

Como foi mencionado anteriormente, operacionalizou-se o conceito de LSM em cinco componentes, pelo que é pertinente descrever cada uma delas, de forma a facilitar a leitura e a compreensão desta dissertação.

Relativamente à componente “conhecimento de como prevenir as perturbações mentais”, sabe-se que esta é a componente da LSM mais negligenciada. As intervenções ligadas ao universo da prevenção da doença mental podem ser implementadas nos mais diversificados contextos, sendo necessário compreender previamente as lacunas de cada um, de modo a desenvolver uma intervenção pertinente e ajustada à população alvo (Jorm, 2014).

Quanto à componente “reconhecimento do despoletar da doença”, é grande o número de pessoas com perturbação mental que não procura ajuda, e/ou quando procuram, não o fazem de forma precoce, tendo como consequência piores resultados em saúde (Jorm, 2012; 2014). 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), envolvendo aspetos relevantes como: 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 (Jorm, 2000; Jorm, Right, & Morgan, 2007 citado por Rosa et al., 2014). É de extrema importância reduzir as barreiras à procura precoce de ajuda, sendo que uma delas remete-se para o reconhecimento de sintomas, enquanto indicadores de perturbação mental. Uma das razões pela qual as pessoas demoram mais tempo a identificar as perturbações mentais, prende-se com o facto de algumas destas, emergirem durante a adolescência ou início da idade adulta. Ora, sendo uma fase da vida, por norma, caracterizada pela inexperiência e pela ausência de conhecimento, é natural que não estejam tão despertos para este tipo de problemática (Jorm, 2014; Loureiro, 2014). Assim, entende-se que a LSM constitui um pré-requisito para o reconhecimento e intervenção precoce nos problemas relacionados com a SM (Scott & Chur-Hansen, 2008 citado por Rosa et al., 2014).

Quanto à componente da LSM, *“conhecimento de opções de ajuda e tratamentos disponíveis”*, é referido na literatura, que para obter ajuda profissional adequada, a pessoa com perturbação mental deve ser detentora de conhecimento relativamente ao papel das várias profissões da área da saúde mental e da panóplia de tratamentos disponíveis para a sua especificidade (Jorm, 2014). O mesmo autor refere também que são muitas as situações em que as pessoas optam pela ajuda informal, como família ou amigos significativos, ao invés da ajuda profissional, e quando optam pela ajuda profissional não sabem qual é a fonte mais adequada (Jorm 2012, 2014, 2019). Funciona da mesma maneira para os tratamentos disponíveis, visto que as opiniões se dividem. Os antipsicóticos, por exemplo, são frequentemente considerados como mais prejudiciais, do que as vitaminas, talvez pela incidência de efeitos secundários dos primeiros (Jorm, 2014).

Relativamente à componente relacionada com o *“conhecimento de estratégias de autoajuda para os problemas menos graves”*, segundo a evidência, as pessoas demonstram ter uma atitude positiva perante o seu uso (Jorm, 2014, 2019). O exercício físico, é uma das que é vista como muito útil e colocada em prática pela maioria das pessoas com perturbação mental. Ainda assim, continua a ser necessário incentivar à aquisição de conhecimentos sobre esta componente, no sentido de ser mais fácil decidir sobre quais as estratégias de autoajuda adequadas a cada indivíduo e aplicá-las corretamente. Claro está que os estilos de vida saudáveis adquirem uma relevância significativa quando se aborda esta componente, precisamente por serem temáticas que se interligam (Jorm, 2014).

No que concerne à componente, sobre “*competências para prestar a primeira ajuda a outras pessoas em situação de crise ou em desenvolvimento de uma perturbação mental*”, é de referir que a população no geral, enquanto cidadãos, podem e devem apoiar as pessoas com perturbação mental e para isso precisam de saber como fazê-lo, tanto ao nível da crise, como enquanto cuidadores informais (Jorm, 2014). Em termos de crise, é fundamental que ao fornecerem os primeiros socorros em saúde mental, as pessoas consigam transmitir segurança e sugerir ao outro onde e como procurar ajuda. Existem *guidelines* que constituem um plano de ação de primeiros socorros em saúde mental e que são o pilar central da intervenção implementada no presente estudo. O principal objetivo destes planos de ação é, efetivamente, melhorar e aumentar o conhecimento e habilidades da população, em torno das variadíssimas problemáticas de saúde mental (Jorm, 2014; Loureiro & Sousa, 2019).

2.2 – PSICOSE: CONCEITOS

O termo “psicose” foi criado pelo psiquiatra austríaco Ernst V. Feuchtersleben, em 1845, para designar as manifestações psíquicas da doença mental, especificando-as em relação às supostas alterações do sistema nervoso que, em certos casos, as provocavam (chamadas, estas, de “neuroses”) (Garraabé, 1989 citado por Tenório, 2016).

Na transição do século XIX para o século XX, as psicoses diferenciavam-se como endógenas e exógenas, sendo que as primeiras eram “*as alterações psíquicas que não constituem reação a condições desfavoráveis ao desenvolvimento ou fatores indutores de stress, nem são consequência direta de alterações corporais*”, ou seja, subentendia-se uma causa externa orgânica ou psíquica. Quanto às psicoses exógenas, Kurt Schneider, à semelhança de outros autores, resistiam em utilizar este termo para as reações psicogénicas, reservando-o para algo mais somático (Jaspers, 1997).

Até meados do século XX, o conceito foi desenvolvido por vários autores, caracterizando psicose somática com sintomatologia psíquica manifestada em síndromes orgânicos gerais ou sistémicos e psicose orgânica, relacionada com uma alteração cerebral localizada e identificada (Barahona-Fernandes, 1998).

Na segunda metade do século XX, verifica-se a evolução do conceito de uma forma célere e isso está espelhado na evolução das edições da classificação DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais) da (APA) American Psychiatric Association. Embora se mantenha ainda nas classificações, desde a sua terceira revisão (DSM-III), APA (1980), abandonou-se a noção de “psicose” como categoria que

designava uma classe de patologias demarcadas da “neurose” (noção, por sua vez, igualmente descartada das novas classificações)

Segundo a DSM-V, a característica essencial da psicose, consiste numa perturbação que envolve o aparecimento repentino de pelo menos um dos seguintes sintomas psicóticos positivos: delírios, alucinações, discurso desorganizado, ou comportamento psicomotor grosseiramente anormal, incluindo catatonia, entrando no conceito de perturbação psicótica (APA, 2014).

As psicoses caracterizam-se, então, por um conjunto de sintomas que traduzem erros de interpretação e de apreensão da realidade (sintomas positivos), sendo as características mais comuns as alterações da percepção (alucinações) e do pensamento (delírios), bem como o embotamento afetivo e a pobreza no discurso (sintomas negativos) (APA, 2013; NICE, 2014).

As perturbações psicóticas tendem a aparecer durante a adolescência ou início da idade adulta, sendo a etiologia subjacente ao seu surgimento multifatorial, pois compreende fatores biopsicossociais.

As principais perturbações psicóticas, segundo a literatura existente, são quatro: esquizofrenia, doença bipolar, depressão psicótica e psicose induzida pelo consumo de drogas, sendo que o desenvolvimento das mesmas provoca alterações evidentes nas pessoas, nomeadamente, alterações nas emoções e motivação, no pensamento e percepção e ao nível do comportamento (MHFA Guidelines, 2020).

São vários os fatores de risco que são apontados como possíveis respostas para o surgimento de um quadro de psicose, entre os quais, a genética, o consumo de cannabis e outros fatores, como alterações na estrutura cerebral, alterações dos neurotransmissores cerebrais, infeções do sistema nervoso central, ou história de abusos e traumas durante a infância. O modelo de vulnerabilidade ao stress também está associado, dando ênfase ao stress enquanto fator desencadeante dos sintomas (NICE, 2014; Orygen, 2016).

Os resultados da investigação científica têm posto em causa a visão histórica prevalente de que as doenças psicóticas cursam de forma progressiva no sentido da deterioração global das pessoas afetadas (Puntis et al, 2019), deste modo, o diagnóstico e a intervenção precoce nas perturbações psicóticas tem sido alvo de estudo e implementação nos últimos 20 anos, com resultados promissores, pondo à prova o pessimismo associado (Levy & Coentre, 2014; Addington et al, 2017).

Assim, uma boa colheita de informação, é a base da intervenção precoce, o que constitui uma oportunidade de melhoria dos cuidados aos doentes e contribui para os ganhos em saúde mental (MHFA Guidelines, 2020).

2.3 - PSIQUIATRIA NO PRÉ-HOSPITALAR

De acordo com o tema da presente dissertação, sendo os Bombeiros muitas vezes o primeiro auxílio a chegar junto da pessoa doente ou em crise, é necessário que estes estejam capacitados para qualquer eventualidade. No entanto, em termos de formação, sabe-se que é praticamente inexistente relativamente a questões de saúde mental. Tendo em conta o plano de formação da ENB, confirma-se a ausência de módulos direcionados para esta área. Mesmo para aqueles bombeiros que especializaram a sua formação em TAS, no plano esquemático de formação, o manual do INEM faz referência apenas a um módulo de intervenções psicossociais em situações de exceção, cujo profissional responsável é o psicólogo (ENB, 2020; INEM, 2012).

Torna-se essencial referir que a Emergência Pré-Hospitalar (EPH) surgiu em Portugal em 1965, com a criação do Número Nacional de Socorro – 115, tendo sido substituído em 1998 pelo Número Europeu de Emergência – 112, em que o objetivo da Emergência Médica, é a prestação de cuidados de assistência às vítimas de doença súbita ou acidentes, articulando todos os intervenientes, desde o local do incidente até ao hospital (Decreto-lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro).

Em caso de emergência, o atendimento é efetuado numa central da Polícia de Segurança Pública (PSP) e daí encaminhada para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) nos casos das emergências médicas. O CODU faz a triagem das chamadas, a seleção, o acionamento e acompanhamento dos meios envolvidos. Nos casos de emergências psiquiátricas, e sempre que se justifique, o CODU pode ativar o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC), que surgiu em 2004, desempenhando funções nas Delegações Regionais do INEM. O CAPIC é constituído por Psicólogos Clínicos com formação específica em intervenção psicológica em crise, emergências psicológicas e intervenção psicossocial em catástrofe, operando através das Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE), (Despacho n.º 10109/2014, de 6 de Agosto).

As emergências psiquiátricas podem ser definidas como *“qualquer alteração de natureza psiquiátrica em que ocorram alterações do estado mental, as quais resultam em risco atual e significativo de morte ou injúria grave, para o doente ou para terceiros, necessitando de intervenção terapêutica imediata”* (Vedana, 2016, p. 2).

Outros autores definem emergência psiquiátrica como *“distúrbios do pensamento, sentimentos ou comportamentos que envolvem risco de vida ou risco social grave, necessitando de intervenções imediatas e inadiáveis (tempo de atendimento medido em minutos/horas). Exemplos comuns incluem violência, ideação suicida ou tentativa de suicídio, automutilação, juízo crítico acentuadamente comprometido e grave autonegligência”* (Gonçalves et al., 2020 in Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções, p.271).

Neste sentido, é fundamental que o profissional de saúde se apresente, esclareça os objetivos do atendimento, transmita confiança, segurança e consistência nas suas ações e não emita julgamentos pessoais, uma vez que as emergências psiquiátricas são momentos definidos pela fragilidade e instabilidade da pessoa doente. É primordial, o investimento na prevenção, preparação da equipa e do ambiente, avaliação e intervenção precoce (Bulechek & Butcher, 2010; Quevedo et al., 2008).

A primeira ajuda em saúde mental é definida *“como ajuda que é prestada a alguém que está numa situação de sofrimento e/ou a desenvolver um problema de saúde mental”* (Loureiro, 2014 citado por Loureiro & Sousa, 2019). Esta ajuda pode ser prestada por alguém que não seja necessariamente profissional de saúde ou de saúde mental (Loureiro, Sousa & Gomes, 2014 citado por Loureiro & Sousa, 2019).

Os bombeiros no decorrer dos seus serviços, estão sujeitos ao contacto com pessoas com perturbação mental, pelo que, no universo do pré-hospitalar, faz todo o sentido estarem aptos a agirem em conformidade e é por isso que devem beneficiar de formação que contribua para o aumento dos níveis de LSM.

3 – PROGRAMA DE PRIMEIROS SOCORROS EM SAÚDE MENTAL

Conforme tem vindo a ser mencionado, a prevalência a nível mundial de perturbações mentais é elevada, o que aumenta diretamente a probabilidade de as pessoas terem contacto com alguém que tenha problemas relacionados com o foro mental. Assim, para tornar os cidadãos mais habilitados e para que possam desempenhar um papel adequado e mais ativo face à saúde mental, é fulcral o desenvolvimento de intervenções psicoeducativas e de incremento da literacia em saúde (DGS, 2017).

Os planos de intervenção em saúde mental, estão estruturados para que as pessoas sejam capacitadas para o reconhecimento de sinais e para a valorização de sintomas de perturbações e crises relacionadas com problemáticas deste foro, bem como a prestação de uma primeira ajuda adequada e encaminhamento para os profissionais e

apoios apropriados (Costa et al., 2020 in Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções, p. 236).

O treino de primeira ajuda em saúde mental advém de um conceito adaptado à língua portuguesa do programa original, denominado *Mental Health First Aid* (MHFA), que foi criado por Betty Kitchener e Anthony Jorm, em 2000, na Austrália, adaptado à saúde mental (Loureiro, 2014, p.3). Tem vindo a ser desenvolvido e disseminado por várias partes do mundo, operacionalizando-o em várias faixas etárias, grupos culturais e profissionais (Costa et al., 2020 in Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções, p. 236).

3.1. ESTRUTURA E PLANO DE AÇÃO

O programa dá ênfase ao conceito de “problemas de saúde mental”, precisamente pela sua amplitude, uma vez que inclui tanto as doenças mentais, como os sintomas dessas doenças que ainda não atingiram a gravidade suficiente para serem consideradas como diagnóstico (Loureiro, 2014, p.8). De um modo muito sucinto, o programa ensina a *“reconhecer os sinais e valorizar os sintomas de diferentes problemas e perturbações mentais e de diferentes situações de crise relacionadas com os problemas de saúde mental. Em simultâneo, indica o modo mais adequado de oferecer e prestar ajuda inicial e encaminhar a pessoa para profissionais de saúde adequados (e.g. psicólogos) e outro tipo de recursos”* (Loureiro et al., 2014, p.65 citado por Loureiro & Sousa, 2019).

Este tipo de programas, por norma, têm uma duração que pode variar entre 30 minutos a 24 horas, numa frequência de uma a seis sessões, podendo haver intervalo entre sessões de até uma semana. Com recurso a métodos de intervenção psicoeducativa, auguram estratégias de ensino demonstrativas, participativas, de aprendizagem experimental e/ou de educação por contacto (Costa et al., 2020 in Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções, p. 236). Neste contexto, a ação propriamente dita de primeira ajuda, engloba, entre outros aspetos, *“a preparação da abordagem à pessoa, a aproximação e escolha do momento e local adequados, a valorização dos sintomas e não expressão de julgamentos; a expressão de preocupação e disponibilidade para ajudar com ênfase para as atitudes comunicacionais, assim como o compromisso de ajuda”* (Loureiro et al., 2020).

Esta primeira ajuda é, então, frequentemente prestada por alguém que faça parte da rede social das pessoas, não tendo que ser necessariamente um profissional de saúde. Assim, nesta linha de pensamento, os objetivos do programa são: preservar a vida enquanto a pessoa representar perigo para si ou para outros; prestar ajuda de modo a

que o problema de SM não venha a tornar-se mais sério; promover a recuperação da SM e providenciar conforto à pessoa que experiencia um problema de SM (Loureiro, 2014, p. 20).

Sumariamente, o plano de ação proposto aos participantes engloba as seguintes ações (Loureiro, 2014):

- Ação 1: Aproximar-se da pessoa, observar e ajudar;
- Ação 2: Escutar sem fazer juízos de valor;
- Ação 3: Prestar apoio e informação;
- Ação 4: Encorajar a pessoa a obter ajuda profissional especializada;
- Ação 5: Incentivar o recurso a outros apoios.

Relativamente ao programa implementado no presente estudo, o mesmo seguiu as linhas orientadoras do programa acima mencionado e estará descrito, em síntese, no Apêndice I, no final deste mesmo documento.

3.2 – EVIDÊNCIA CIENTÍFICA ACERCA DA EFICÁCIA DO PROGRAMA

A LSM tem vindo a ganhar destaque nos últimos tempos e como tal, tem sido produzida evidência científica útil para o desenvolvimento das boas práticas em saúde mental (Costa et al., 2020 in *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções*, p. 238-239). Relativamente ao programa PASM®, são alguns os estudos que apresentam resultados de bons indicadores em termos de eficácia, como está descrito nas revisões sistemáticas com meta-análise elaboradas (Hadlaczky, Hokby, Mkrtchian, Carli, & Wasserman, 2014; Morgan, Ross & Reavley, 2018, citado por Loureiro & Sousa, 2019).

Relacionado com Enfermagem, podem ser mencionados dois estudos australianos, em que ambos indicam que o programa contribui para o aumento dos conhecimentos, intenção de prestar primeiros socorros e confiança em prestar ajuda e apoio, com valores estatisticamente significativos (Kitchener, & Reavley, 2015; Burns et al., 2017, citado por Loureiro & Sousa, 2019).

Em Portugal, é Loureiro e Sousa (2019) que desenvolvem o primeiro estudo piloto, para jovens recém-licenciados em Enfermagem, com um desenho pré-experimental, cuja avaliação foi referente às cinco componentes da LSM, no espectro da depressão, esquizofrenia e abuso de álcool.

Os referidos autores evidenciaram que o facto de a avaliação ter sido feita apenas no momento após a intervenção foi uma condicionante, mas que ainda assim observaram-se resultados satisfatórios ao nível da primeira e segunda componente da LSM, ou seja,

o reconhecimento do problema, a procura de ajuda e o conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis.

Quanto às restantes três componentes, os participantes consideraram 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, o que comprova que o programa foi fundamental para promover competências para a prestação da primeira ajuda e primeiros socorros nesta área da saúde.

No mesmo ano, Loureiro e Costa (2019), desenvolvem um estudo semelhante, com desenho pré-experimental, mas desta vez com dois momentos de avaliação, antes e após a intervenção. Também direcionado para jovens, a depressão foi o foco da intervenção desenvolvida e indo ao encontro do estudo anterior, observaram-se também contributos para o incremento daquelas que são as cinco componentes da LSM, na intenção de procurar ajuda e na confiança para prestar ajuda.

Mais recentemente, Loureiro e colaboradores (2020), desenvolvem um estudo, cujo objetivo é avaliar o contributo em termos de efetividade do programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental, na LSM sobre depressão, também com jovens estudantes de Enfermagem. Um estudo pré-experimental, com grupo único e com avaliação antes e após a intervenção, que apesar das limitações relacionadas com a escolha do desenho, indica que a frequência do programa constitui um contributo para aumentar a LSM e reduzir o estigma relacionado com problemas de SM (Loureiro et al., 2020).

Perante tudo o que foi redigido, importa realçar que todos os estudos analisados, corroboram a eficácia do programa de PASM® na capacitação dos participantes para a prestação de primeiros socorros e primeira ajuda em SM. Deste modo, conclui-se que este tipo de intervenção contribui substancialmente para a melhoria da LSM da população.

Finaliza-se este capítulo, referindo que é imperativo continuar a desenvolver programas deste género em Portugal, mas com a participação de outras faixas etárias e dos mais variados grupos culturais e profissionais.

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

Neste capítulo apresenta-se a metodologia utilizada no estudo empírico, bem como as hipóteses formuladas, a caracterização da amostra, o instrumento aplicado, a descrição da intervenção e ainda o procedimento de recolha e o tratamento de dados.

1. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

O estudo desenvolvido para a elaboração desta dissertação caracteriza-se como pré-experimental de nível IV, cuja distribuição não é aleatória, nem tem grupo de controlo. Contará com um grupo experimental sujeito a uma avaliação pré e pós intervenção.

2. OBJETO, OBJETIVO E HIPÓTESES

Definiu-se como objeto deste estudo, a LSM sobre psicose, nos bombeiros de uma corporação da zona centro, cujo nível de conhecimento é um fator preponderante na qualidade da assistência prestada à pessoa com perturbação mental, no pré-hospitalar. Por questões de logística, optou-se por delimitar este objeto a bombeiros pertencentes ao quadro ativo desta corporação de Bombeiros Voluntários, na medida em que são estes, aqueles que executam serviços de saúde pré-hospitalar.

Assim, o objetivo deste estudo é avaliar a eficácia de um programa de intervenção (PASM) sobre psicose, na promoção da LSM dos bombeiros da corporação em estudo.

Para concretizar o objetivo definido, enuncia-se a seguinte hipótese:

H1: “O programa de PASM® contribui para melhorar os níveis de LSM dos bombeiros de uma corporação da zona centro”.

3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra final é constituída por 30 bombeiros de ambos os sexos, provenientes de uma corporação de Bombeiros Voluntários da zona centro, com idade média de 32.57 ± 12.07 anos, sendo a idade mínima 17 e a máxima 52 anos. Integram as diversas categorias de bombeiro(a) que constituem o quadro ativo desta corporação e que realizam serviço periódico, quer de emergência, quer de transporte inter-hospitalar.

De acordo com a Tabela 1, verifica-se que existe uma predominância de bombeiros do sexo masculino, nomeadamente 76,3%, a participar neste estudo, o que perfaz automaticamente um resultado de 23,3% para o sexo feminino.

Relativamente às habilitações literárias, é possível constatar que a maioria dos participantes (63,3%) tem o Ensino Secundário (curso complementar dos liceus), seguida de 8 (26,7%) participantes com o Ensino Básico - 3º Ciclo (curso geral dos liceus – 9ºano). Referente ao ensino superior, verifica-se a participação de 2 (6,7%) indivíduos portadores de Bacharelato/ Licenciatura, seguindo-se de 1 (3,3%) indivíduo portador de Mestrado/ Doutoramento.

No que concerne à categoria de bombeiro (a), verifica-se um predomínio de 17 (56,7%) participantes detentores da categoria de bombeiro(a) de 3ª, seguindo-se 8 (26,7%) bombeiros (as) de 1ª. Quanto aos cargos de chefia, constata-se a participação de 3 (10%) subchefes e 2 (6,7%) chefes. Já em termos de tempo de serviço enquanto bombeiros(as), prevalecem 12 (40%) participantes com tempo de serviço inferior a 5 anos, seguindo-se de 7 (23,3%) indivíduos que detêm 15 a 20 anos. No mesmo patamar, encontram-se 4 (13,3%) bombeiros com tempo de serviço compreendido entre os 5 e os 10 anos e 4 (13,3%) com tempo superior a 25 anos. Com a menor percentagem (10%) de participantes, estão 3 bombeiros(as) com 20 a 25 anos de serviço.

Os participantes, num primeiro grupo de questões sociodemográficas, foram inquiridos sobre a realização ou não de algum tipo de formação na área das perturbações mentais, onde se verifica que, a grande maioria, ou seja, 96,7% da amostra respondeu que não realizou qualquer formação na área acima designada. A restante percentagem (3,3%), correspondente a um participante, respondeu que já teve formação sobre a temática. Para terminar o grupo de questões de caracterização sociodemográfica, questionou-se sobre o contacto com pessoas com perturbação mental, no decorrer da carreira de bombeiro(a), verificando-se uma predominância de participantes que já puderam estabelecer contacto com as mesmas, cerca de 90%.

Todos os dados acima mencionados podem ser observado de seguida, de forma esquematizada, na Tabela 1.

Tabela 1 – Estatísticas resumo das variáveis de caracterização da amostra (N=30)

	N	%	Média±DP
Idade			32.57±12.07
Gênero			
Masculino	23	76,7	
Feminino	7	23,3	
Habilitações Literárias			
Ensino Básico – 3º Ciclo (curso geral dos liceus – 9º ano)	8	26,7	
Ensino Secundário (curso complementar dos liceus)	19	63,3	
Bacharelato/Licenciatura	2	6,7	
Mestrado/Doutoramento	1	3,3	
Categoria de Bombeiro (a)			
Bombeiro de 3ª	17	56,7	
Bombeiro de 1ª	8	26,7	
Subchefe	3	10,0	
Chefe	2	6,7	
Tempo de Serviço			
0 – 5	12	40,0	
5 – 10	4	13,3	
10 – 15	0	0,0	11.80±9.22
15 – 20	7	23,3	
20 – 25	3	10,0	
> 25	4	13,3	
Durante a sua atividade enquanto Bombeiro (a), já fez algum tipo de formação na área das perturbações mentais?			
Não	29	96,7	
Sim	1	3,3	
Já teve algum contacto com pessoas com perturbação mental ao longo da sua carreira de Bombeiro (a)?			
Não	3	10,0	
Sim	27	90,0	

4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Com base no objetivo proposto para a realização deste estudo, optou-se pela elaboração e aplicação de um questionário dividido em duas partes. Por razões logísticas e face à situação pandémica que se vivencia no país, que por decisão da instituição, condicionam a continuidade do plano formativo presencial, houve a necessidade de ajustar o modo de aplicação dos questionários. Perante isto, em concordância com o Comandante da corporação, os questionários foram aplicados através da plataforma *Google Forms*, estando disponíveis durante três dias, tanto para

o pré-teste, como para o pós-teste. É de salientar que em ambos os testes, se elaborou uma breve descrição, a título informativo, acerca do estudo, para que os participantes pudessem compreender não só a pertinência do mesmo, mas também a importância da sua participação.

O instrumento de colheita de dados utilizado (Anexo I), foi a versão portuguesa do Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuaLIS Mental) (Loureiro, 2015). O mesmo foi adaptado à população alvo deste estudo, na medida em que a primeira parte que remete para questões sociodemográficas (sexo, idade, habilitações literárias, categoria de bombeiro, tempo de serviço, formações na área da saúde mental e contacto com pessoas com perturbação mental), foi direccionado especificamente para bombeiros. A segunda parte é composta por várias secções relacionadas com cada componente da LSM, porém, como o presente estudo é sobre a psicose, utilizou-se a vinheta direccionada para esta vertente, que é apresentada de seguida (Tabela 2), de acordo com os critérios de diagnóstico da *DSM – V (American Psychiatric Association, 2014)*.

Quadro 1 – Vinheta com a descrição do problema/perturbação mental

Vinheta A – Psicose:

O Miguel é um jovem de 16 anos que vive com os seus pais. Tem frequentado a escola de forma irregular ao longo do último ano e recentemente abandonou-a. Nos últimos seis meses desligou-se dos seus amigos e, em casa, tranca-se no seu quarto, não quer comer com a família e não tem cuidados de higiene (deixou de tomar banho). Os seus pais ouvem-no a vaguear no quarto durante a noite. Mesmo sabendo que ele está sozinho, ouvem-no aos gritos e a discutir como se mais alguém estivesse no seu quarto. Quando o tentam encorajar a fazer outras coisas, ele sussurra que não vai sair de casa porque está a ser espiado pelo vizinho. Eles percebem que ele não consome drogas, porque ele nunca vê ninguém, nem sai de casa.

A avaliação da primeira componente, que diz respeito ao **reconhecimento dos problemas e perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda**, é feita através da seleção de 16 rótulos numa escala de escolha múltipla, onde são apresentados rótulos com diferentes níveis de adequação à situação apresentada na vinheta. Após a leitura da vinheta, os participantes deverão assinalar uma ou várias respostas à questão “Na sua opinião, o que se passa com o Miguel? Para além dos 16 rótulos, existe ainda a possibilidade de assinalar a opção “outro”, sendo que neste último item, o participante deve especificar qual.

No que concerne à **componente de conhecimentos sobre os profissionais e tratamentos disponíveis** colocam-se as seguintes questões: a) “Existem diferentes

peças e profissionais de saúde que poderão ajudar o Miguel. Assinale para cada um a sua opinião” e b) “Dos seguintes medicamentos/produtos quais, na sua opinião, seriam úteis ou poderão ajudar o Miguel. Assinale para cada um a sua opinião.”

Os itens descritos para a questão a) são: “médico de família”; “professor”; “psicólogo”; “enfermeiro”; “assistente social”; “psiquiatra”; “serviço telefónico de aconselhamento”; “familiar próximo”; “amigo significativo” e “resolver sozinho os seus problemas”. O participante poderá caracterizar cada um, ao assinalar uma das quatro respostas seguintes: “útil”, “prejudicial”, “não sei” e “nem uma coisa, nem outra”.

Para a questão b), os itens apresentados são: “vitaminas”; “chás”; “tranquilizantes/calmanes”; “antidepressivos”; “antipsicóticos” e “comprimidos para dormir”. As opções de resposta são iguais às que foram descritas para a questão a).

Relativamente à **componente conhecimentos sobre estratégias de autoajuda eficazes**, a questão que surge é: “Existem diferentes atividades que poderão ajudar o Miguel. Assinale para cada uma a sua opinião.”. São apresentados 12 itens, correspondentes a estratégias (e.g. “fazer exercício físico”, “praticar treino de relaxamento”, “fazer terapia com um profissional especializado”, “juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares”, “utilizar bebidas alcoólicas para relaxar”, etc.), às quais os participantes tiveram de responder de acordo com o formato da componente anterior.

A quarta componente, que diz respeito aos **conhecimentos e competências para prestar apoio e disponibilizar a primeira ajuda** é precedida pela seguinte orientação: “São apresentadas de seguida diferentes opções que podia utilizar para ajudar o Miguel. Assinale para cada uma a sua opinião.”. Sendo constituída por 10 itens (e.g. “ouvir os seus problemas de forma compreensiva”, “sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado”, “perguntar se tem tendências suicidas”, “não valorizar o problema, ignorando-o até que se sinta melhor”, etc.), os inquiridos responderam consoante o formato de resposta das componentes anteriores.

Por fim, a última componente é referente aos **conhecimentos acerca do modo de prevenção das perturbações mentais**, cuja orientação na QuaLIS Mental está descrita da seguinte forma: “Achas que o risco de desenvolver uma situação como a do Miguel reduziria se os jovens...”. Nesta questão, os participantes têm como opções de resposta o “sim”, “não” e “não sei”, para diversos itens (e.g. “praticassem exercício físico”, “evitassem situações geradoras de stress”, “não utilizassem drogas”).

Importa frisar que a escala utilizada como instrumento de colheita de dados para este estudo faz referência a outras questões do relacionadas com o grau de confiança para prestar ajuda, à tomada de decisão para pedir ajuda em situação semelhante à descrita na vinheta e modo de ação consoante as especificidades descritas ao longo do questionário.

5. INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA

Com base no Programa de 1ª Ajuda em Saúde Mental (PASM), foi implementada uma versão do curso adaptada a Bombeiros, cuja duração foi de cerca de 9 horas de formação. Relativamente aos conteúdos lecionados, abordou-se principalmente o tema da psicose e os respetivos conceitos que lhe são correspondentes.

Perante o que foi acima mencionado, segue-se a descrição da estrutura das três sessões que constituíram a intervenção deste estudo:

1ª Sessão:

- Introdução ao tema: LSM
- Dados epidemiológicos
- Conceitos de SM (doença mental grave, psicose, sinais e sintomas, estigma, promoção da saúde e prevenção da doença mental)
- O que são perturbações psicóticas?
- Principais perturbações psicóticas (definição, sintomas e fatores de risco)
- Alterações ao nível das emoções, motivação, pensamento, perceção e comportamento
- Tratamentos eficazes

2ª Sessão:

- Plano de Ação MHFA para a Psicose: Ação 1 (Aproximar-se da pessoa, observar e ajudar)
 - Intervenção em crise
 - Comunicação eficaz
 - Estados psicóticos graves
 - Factos sobre comportamentos agressivos
 - Técnicas de diminuição de comportamentos agressivos

3ª Sessão:

- Plano de Ação MHFA para a Psicose
 - Ação 2: Escutar sem fazer juízos de valor
 - Ação 3: Prestar apoio e informação
 - Ação 4: Encorajar a pessoa a obter ajuda profissional adequada
 - Ação 5: Incentivar o recurso a outros apoios – quem pode ajudar e estratégias de autoajuda (Apêndice I)
- Visualização de excertos do filme “Pára-me de repente o pensamento” de Jorge Pelicano
- Síntese do programa psicoeducativo

Como já foi relatado, a situação pandémica que assoberba Portugal e o mundo, foi um fator impeditivo para a realização desta intervenção na forma presencial. Todavia, não deixando que isso fosse impedimento, avançou-se com a mesma, com recurso às novas tecnologias, através de videoconferência com os participantes. Privilegiou-se o método ativo, ao utilizar apresentação de diapositivos e vídeos. De modo a promover a interação entre a investigadora e os participantes, recorreu-se ao debate de ideias e espaços abertos para questões, tornando assim, a intervenção mais dinâmica.

6. PROCEDIMENTO PARA A COLHEITA DE DADOS

A intervenção psicoeducativa foi dividida em três momentos de formação e dois de avaliação. No que concerne à formação propriamente dita, a primeira sessão foi desenvolvida no dia 12 de novembro de 2021, a segunda sessão no dia 19 de Novembro de 2021 e a terceira no dia 26 de Novembro de 2021. Quanto à avaliação, durante três dias, realizou-se a colheita de dados pré-teste e o pós-teste no fim da frequência das formações, ambos os momentos através da plataforma *Google Forms*.

7. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

De modo a respeitar todas as questões éticas, para a colheita de dados foi solicitada previamente, autorização ao Sr. Presidente da Direção e ao Sr. Comandante da instituição para a implementação da intervenção, que foi consentida, e também à Sra. Presidente da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com oparecer positivo número P809_10_2021.

8. TRATAMENTO DE DADOS

No que diz respeito aos dados, estes foram analisados com o software IBM SPSS-24. Relativamente à caracterização da amostra, foram calculadas as estatísticas resumo adequadas e as frequências absolutas e percentuais das diferentes variáveis. Para a verificação da eficácia da intervenção, relativamente à primeira componente 'Capacidade de reconhecimento do problema', tratando-se de dados nominais (categóricos), com opções de resposta múltipla, foram utilizadas as frequências absolutas e percentuais das respostas obtidas antes e após a intervenção.

Como testes de hipótese estatísticos, foram aplicados o teste de McNemar, o teste de Bowker e o teste t de Student para grupos emparelhados. Na componente **reconhecimento dos problemas e perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda**, foram calculadas as medidas de tamanho do efeito para o teste de McNemar, especificamente o "g" de Cohen, utilizando-se como valores referência: pequeno se $0,05 < g < 0,15$; médio se $0,15 \leq g < 0,25$ e grande se $g \geq 0,25$.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1.AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO PROGRAMA

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

No que diz respeito a esta componente, para a situação descrita na vinheta utilizada, verifica-se que, antes da intervenção, os participantes selecionaram várias opções de resposta que traduzem uma identificação correta da situação descrita, mas também opções com menor adequação à situação apresentada (tabela 2). As percentagens de resposta às diferentes opções não permitem discriminar a capacidade de reconhecimento do problema.

Ao comparar os resultados do pré-teste e do pós-teste, verifica-se que a intervenção produziu efeitos com significado estatístico, traduzidos no aumento da proporção de participantes que selecionaram os itens “Esquizofrenia” (13,3% - 53,3%; $p=0,000$; $g=0,50$), “Psicose” (20,0% - 53,3%; $p=0,006$; $g=0,42$), e “Doença Mental” (36,7% - 66,7%; $p=0,022$; $g=0,35$), e na diminuição da seleção dos itens “Problemas psicológicos, mentais, emocionais” (73,3% - 43,3%; $p=0,012$; $g=0,41$) e “Tem um problema” (30,0% - 3,3%; $p=0,008$; $g=0,50$). Em todos os itens as mudanças observadas e os valores de “g” de Cohen remetem para magnitudes de efeito consideradas grandes, realçando-se os itens “Esquizofrenia” e “Psicose” com magnitudes de efeito de 0,50 e 0,42, respetivamente. Assim, os resultados permitem validar a eficácia da intervenção no aumento da capacidade para reconhecer o problema (Psicose/Esquizofrenia) como problemas de saúde mental.

Tabela 2 – Distribuição percentual itens assinalados, antes e após a intervenção, relativamente à 1ª componente da LSM (N=30)

Vinheta Psicose/Esquizofrenia	Antes (%)	Depois (%)	p	g
Depressão	40,0%	16,7%	0,065	0,32
Esquizofrenia	13,3%	53,3%	0,000^a	0,50
Psicose	20,0%	53,3%	0,006^a	0,42
Doença Mental	36,7%	66,7%	0,022^a	0,35
Stress	30,0%	13,3%	0,125	0,36
Esgotamento nervoso	16,7%	16,7%	1,000	0,00
Problemas psicológicos, mentais, emocionais	73,3%	43,3%	0,012^a	0,41
Tem um problema	30,0%	3,3%	0,008^a	0,50

p - Teste de McNemar; g – medida de tamanho de efeito

1.2. CONHECIMENTOS SOBRE OS PROFISSIONAIS E TRATAMENTOS DISPONÍVEIS

Pela análise dos dados apresentados na tabela 3, relativos à componente 'conhecimentos sobre os profissionais e tratamentos disponíveis, observa-se que antes da intervenção, o "médico de família" (83,3%), o "psicólogo" (93,3%), o "enfermeiro" (76,7%), o "psiquiatra" (90,0%), os "familiares próximos" (80,0%) e os "amigos significativos" (73,3%), foram considerados os recursos de ajuda mais úteis para a situação apresentada na vinheta. No pós-teste mantém-se a opção pelos mesmos recursos de ajuda, verificando um aumento percentual nas respostas para a generalidade das opções, no entanto, sem significado estatístico.

Considerando o modelo de análise e o teste utilizados (Teste de Bowker), não foi possível calcular um resultado estatístico para os itens "psiquiatra", "familiar próximo" e "amigo significativo", devido ao facto de uma ou mais células apresentarem frequências percentuais de 0,0%, conforme pode ser observado na Tabela 3.

Relativamente aos tratamentos disponíveis (produtos e fármacos), inicialmente, apenas 36,7% dos participantes consideraram os "antipsicóticos" como úteis para a Psicose/Esquizofrenia. Após a intervenção, esta percentagem aumenta para 76,7%, sendo a diferença observada estatisticamente significativa ($p = 0,016$).

1.3. CONHECIMENTOS SOBRE ESTRATÉGIAS DE AUTOAJUDA EFICAZES

No que diz respeito a esta componente, é possível observar na Tabela 4, que no pré-teste, a grande maioria dos participantes consideraram úteis as estratégias "procurar ajuda especializada de saúde mental" (100,0%); "fazer terapia com um profissional especializado" (96,7%); "fazer exercício físico" (86,7%); e "praticar treino de relaxamento" (83,3%). Nas restantes estratégias, a proporção de participantes que as considera úteis é inferior: "praticar meditação" (60,0%); "fazer acupuntura" (30,0%); "levantar-se todas as manhãs e ir apanhar sol" (50,0%); "consultar um site que contenha informação" (36,7%); "ler um livro de autoajuda sobre o problema" (33,3%); e "juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com o mesmo problema" (50,0%). Nas estratégias "utilizar bebidas alcoólicas para relaxar" e "fumar para relaxar", observam-se percentagens diminutas, respetivamente 3,3% e 6,7%, sendo estas estratégias consideradas prejudiciais pela maioria dos participantes.

Após a intervenção verifica-se um aumento da proporção de participantes que consideram úteis as estratégias de autoajuda consideradas adequadas e uma diminuição da proporção dos que consideram úteis as estratégias prejudiciais. Apesar

destes resultados remeterem para alguma eficácia do programa, nenhuma das mudanças observadas apresenta significado estatístico ($p > 0,05$).

Tabela 3 - Distribuição percentual das respostas assinaladas, antes e após a intervenção, relativamente à 2ª componente da LSM (N=30)

Vinheta Psicose/Esquizofrenia	Antes (%)			Depois (%)			p
	Útil	Prejudicial	Não Sei	Útil	Prejudicial	Não Sei	
Médico de Família	83,3%	6,7%	10,0%	93,3%	3,3%	3,3%	0,311
Professor	30,0%	6,7%	63,3%	36,7%	3,3%	60,0%	0,766
Psicólogo	93,3%	3,3%	3,3%	90,0%	3,3%	6,7%	0,607
Enfermeiro	76,7%	3,3%	20,0%	90,0%	3,3%	6,7%	0,135
Assistente Social	26,7%	0,0%	76,3%	43,7%	0,0%	56,3%	0,070
Psiquiatra	90,0%	6,7%	3,3%	100,0%	0,0%	0,0%	a)
Serviço telefónico de aconselhamento	26,7%	16,7%	56,6%	23,3%	20,0%	56,7%	0,788
Familiar próximo	80,0%	3,3%	16,7%	80,0%	0,0%	20,0%	a)
Amigo significativo	73,3%	6,7%	20,0%	86,7%	0,0%	13,3%	a)
Resolver os seus problemas sozinhos	6,7%	70,0%	3,3%	3,3%	86,7%	10,0%	0,187
Vitaminas	36,7%	16,7%	46,7%	53,3%	0,0%	46,7%	a)
Chás (ex.: camomila ou hipericão)	30,0%	10,0%	60,0%	20,0%	10,0%	70,0%	0,615
Tranquilizantes/Calmantes	63,3%	6,7%	30,0%	53,3%	13,3%	33,3%	0,446
Antidepressivos	33,3%	16,7%	50,0%	40,0%	16,7%	43,3%	0,172
Antipsicóticos	36,7%	10,0%	53,3%	76,7%	6,7%	16,7%	0,016*
Comprimidos para dormir	50,0%	13,3%	36,7%	40,0%	10,0%	50,0%	0,344

p - Teste de McNemar; p* - Teste de Bowker

Tabela 4 - Distribuição percentual das respostas assinaladas, antes e após a intervenção, relativamente à 3ª componente da LSM (N=30)

Vinheta Psicose/Esquizofrenia	Antes (%)			Depois (%)			p
	Útil	Prejudicial	Não Sei	Útil	Prejudicial	Não Sei	
Fazer exercício físico	86,7%	0,0%	13,3%	93,3%	0,0%	6,7%	0,625
Praticar treino de relaxamento	83,3%	0,0%	16,7%	93,3%	3,3%	3,3%	a)
Praticar meditação	60,0%	0,0%	40,0%	76,7%	3,3%	20,0%	a)
Fazer acupuntura	30,0%	3,3%	66,7%	33,3%	6,7%	60,0%	0,768
Levantar-se cedo todas as manhãs...	50,0%	6,7%	43,3%	50,0%	10,0%	40,0%	0,574
Fazer terapia com um profissional...	96,7%	0,0%	3,3%	100,0%	0,0%	0,0%	a)
Consultar um <i>site</i> que contenha...	36,7%	26,7%	36,7%	26,7%	33,3%	40,0%	0,532
Ler um livro de autoajuda sobre...	33,3%	16,7%	50,0%	30,0%	26,7%	43,3%	0,506
Juntar-se a um grupo de apoio...	50,0%	13,3%	36,7%	80,0%	3,3%	16,7%	0,051
Procurar ajuda especializada...	100,0%	0,0%	0,0%	96,7%	0,0%	3,3%	a)
Utilizar bebidas alcoólicas...	3,3%	90,0%	3,3%	0,0%	96,7%	3,3%	a)
Fumar para relaxar	6,7%	83,3%	10,0%	0,0%	96,7%	3,3%	a)

p⁺ - Teste de McNemar; p⁺ - Teste de Bow

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

Na tabela 5 são apresentados os resultados relativos à componente ‘Conhecimentos e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda a outros’. Na avaliação pré intervenção, a totalidade dos participantes (100,0%) consideraram útil a estratégia “ouvir os seus problemas de forma compreensiva”, seguida de “sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde” (96,7%), “marcar uma consulta com o médico de família” (73,3%) e “incentivá-lo a praticar exercício físico” (70,0%). Em contrapartida, 43,3% dos participantes considera prejudicial avaliar a presença de ideação suicida (perguntar se tem tendências suicidas) e 83,3% considera prejudicial “não valorizar o problema, ignorando-o até que se sinta melhor”.

Sabe-se que algumas das estratégias disponibilizadas são ineficazes, estado desaconselhadas (e.g. mantê-lo ocupado para que não pense tanto nos seus problemas; sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas), verificando-se, no entanto, que a primeira é considerada útil por mais de metade dos participantes (60,0%) e a segunda por 10,0%, acrescendo que outros 20,0% não sabem se esta estratégia pode ser útil. Após a intervenção observam-se mudanças com significado estatístico nesta opção, permitindo considerar que o programa é eficaz, originando uma mudança efetiva na forma como os participantes se posicionam sobre a utilidade do consumo de álcool como estratégia de enfrentamento do problema apresentado na vinheta ($p = 0,046$).

A análise dos dados apresentados permite ainda verificar que os participantes desconhecem a utilidade de algumas das estratégias apresentadas, na medida em que após a intervenção psicoeducativa, os valores percentuais para a resposta “não sei” são mais elevados nas opções “dizer-lhe com firmeza para andar para a frente”; “reunir o grupo de amigos para o animar” e “mantê-lo ocupado para que não pense tanto nos seus problemas”. Pressupõe-se que tais valores surjam pela complexidade das perturbações psiquiátricas em si, conforme irá ser abordado no capítulo referente à discussão dos resultados.

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

Para esta última componente da LSM (Tabela 6), não são observáveis alterações significativas entre ambos os momentos de avaliação, no entanto importa realçar que,

já na avaliação inicial, a grande maioria dos participantes assinalaram a resposta “sim” em todos os itens, com exceção do item referente à importância das crenças religiosas e espirituais o qual só foi considerado por 10,0% dos participantes, mantendo-se esta tendência após a intervenção.

Importa salientar, que os itens “não utilizassem drogas” e “não bebessem bebidas alcoólicas”, são considerados pelos participantes como muito relevantes para a prevenção da evolução da doença/problema de saúde mental, uma vez que são ambos fatores de risco para uma pessoa com perturbação mental, nomeadamente com psicose.

Os resultados do Teste de Bowker remetem para diferenças sem significado estatístico ($p>0,05$) para todos os itens, resultantes do facto dos participantes reconhecerem a importância das medidas apresentadas para a prevenção dos problemas de saúde mental, mesmo antes da intervenção.

Tabela 5 - Distribuição percentual das respostas assinaladas, antes e após a intervenção, relativamente à 4ª componente da LSM (N=30)

Vinheta Psicose/Esquizofrenia	Antes (%)			Depois (%)			P
	Útil	Prejudicial	Não Sei	Útil	Prejudicial	Não Sei	
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	a)
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente	53,3%	23,3%	23,3%	46,7%	16,7%	36,7%	0,682
Sugerir que procure ajuda de um profissional...	96,7%	0,0%	3,3%	93,3%	3,3%	3,3%	a)
Marcar uma consulta no médico de família	73,3%	6,7%	20,0%	83,3%	3,3%	13,3%	0,435
Perguntar se tem tendências suicidas	20,0%	43,3%	36,7%	33,3%	30,0%	36,7%	0,261
Sugerir que beba uns copos para esquecer...	10,0%	70,0%	20,0%	3,3%	93,3%	3,3%	0,046*
Reunir o grupo de amigos para o animar	53,3%	13,3%	33,3%	53,3%	6,7%	40,0%	0,446
Não valorizar o seu problema, ignorando-o...	3,3%	83,3%	13,3%	0,0%	96,7%	3,3%	a)
Mantê-lo ocupado para que não pense tanto...	60,0%	16,7%	23,3%	43,3%	16,7%	40,0%	0,261
Incentivá-lo a praticar exercício físico	70,0%	3,3%	26,7%	90,0%	3,3%	6,7%	0,105

P^a - Teste de Bowker

Tabela 6 – Distribuição percentual das respostas assinaladas, antes e após a intervenção, relativamente à 5ª componente da LSM (N=30)

Vinheta Psicose/Esquizofrenia	Antes (%)			Depois (%)			p
	Sim	Não	Não Sei	Sim	Não	Não Sei	
Praticassem exercício físico	83,3%	3,3%	13,3%	83,3%	6,7%	10,0%	0,549
Evitassem situações geradoras de stress	76,7%	3,3%	20,0%	80,0%	6,7%	13,3%	0,368
Mantivessem o contacto regular com os amigos	86,7%	6,6%	6,6%	93,3%	3,3%	3,3%	0,513
Mantivessem o contacto regular com a família	90,0%	3,3%	6,7%	93,3%	3,3%	3,3%	0,564
Não utilizassem drogas	80,0%	10,0%	10,0%	96,7%	3,3%	0,0%	a)
Não bebessem bebidas alcoólicas	66,7%	16,7%	16,7%	83,3%	6,7%	10,0%	0,149
Praticassem atividades relaxantes regularmente	73,3%	0,0%	26,7%	83,3%	13,3%	13,3%	a)
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual	10,0%	33,3%	56,7%	10,0%	23,3%	66,7%	0,526

p - Teste de Bowker

1.6. INTENÇÃO DE PROCURAR AJUDA EM SAÚDE MENTAL

Na tabela 7 são apresentados os resultados do teste de McNemar relativamente à avaliação da eficácia do programa para melhorar a intenção de procura de ajuda. Verifica-se que antes da intervenção, 56,7% dos participantes procurariam ajuda numa situação semelhante à retratada na vinheta, enquanto na avaliação pós intervenção este valor sobe para 86,7%. A diferença observada traduz uma evolução com significado estatístico ($p = 0,022$).

Tabela 7 – Distribuição percentual das respostas assinaladas, antes e após a intervenção, relativamente à intenção de procurar ajuda (N=30)

Vinheta Psicose/Eschizofrenia	Antes (%)			Depois (%)			p
	Sim	Não	Não Sei	Sim	Não	Não Sei	
Se estivesses a viver uma situação...pedias ajuda?	56,7%	-	43,3%	86,7%	-	13,3%	0,022

p - Teste de McNemar

1.7. CONFIANÇA PARA PRESTAR AJUDA

Quanto ao nível de confiança para prestar ajuda e apoio a alguém a experienciar uma situação semelhante à descrita na vinheta (tabela 8), observa-se uma ligeira descida nos valores da média do nível e confiança. No pré-teste a média é de $3,43 \pm 0,774$ pontos, valores que diminuem no pós intervenção para $3,37 \pm 0,669$ pontos, diferenças sem significado estatístico ($t_{(29)} = 0,494$; $p = 0,625$).

Tabela 8 – Estatísticas resumo relativas à confiança para prestar ajuda, antes e depois da intervenção (N=30)

	Antes (%)		Depois (%)		t	Gl	p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão			
Esquizofrenia/Psicose	3,43	0,774	3,37	0,669	.494	29	.625

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO

A intervenção implementada no contexto deste estudo sustenta-se nas competências do EEESMP, no sentido em que o mesmo “coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos” (Diário da República, 2018).

Neste capítulo será apresentada a discussão dos resultados obtidos no estudo. O principal foco incidirá sobre a efetividade da intervenção com o programa PASM, no que concerne às diferentes componentes da LSM, acerca da psicose.

Relativamente à organização e ordenamento da informação, optou-se por manter a que foi utilizada no capítulo da apresentação dos resultados, facilitando a compreensão dos elementos apresentados.

A LSM é um conceito que tem vindo a evoluir no que diz respeito à consciencialização da sua importância, sobretudo em populações de maior vulnerabilidade (Rosa, 2018). Este estudo emerge neste universo em desenvolvimento, sendo ajustado a um grupo específico de pessoas, bombeiros neste caso.

Numa perspetiva global, os resultados obtidos neste estudo, referentes às componentes da LSM, estão em consonância com resultados encontrados noutros estudos que abordam o programa pioneiro MFHA (Morgan, Ross & Reavley, 2018).

No que diz respeito à primeira componente da LSM, que remete para a capacidade de reconhecimento da psicose, observa-se um incremento substancial após a intervenção, na capacidade de identificar corretamente a situação descrita como psicose. Estes resultados são considerados positivos, uma vez que este reconhecimento, se for precoce, pode reduzir significativamente o intervalo de tempo que medeia entre o surgimento dos sintomas e a acessibilidade aos cuidados de saúde, consequentemente evitando a agudização dos problemas e melhorando a qualidade de vida e os resultados em saúde (Rosa, 2018). Os resultados obtidos nesta componente estão em linha com as conclusões de vários outros estudos realizados tanto a nível nacional como internacional (e.g. Loureiro et al., 2020; Loureiro & Sousa, 2019; Burns et al., 2017; Bond et al., 2015), apesar da população estudada ser específica e abranger uma faixa etária diferente.

Para além disso, a partir dos resultados de um estudo realizado em Portugal por Gonçalves-Pinho e Freitas (2021), que indicam que o número de hospitalizações por esquizofrenia, ou outras perturbações psicóticas diminuiu ao longo dos anos, os resultados podem ser considerados prometedores, no sentido em que o aumento do conhecimento pode traduzir-se em maior sensibilidade para o reconhecimento e a deteção precoce da psicose, condições fundamentais para a procura de ajuda em saúde mental (Jorm, 2014).

Salienta-se que, a capacidade de reconhecimento, é avaliada através da atribuição de rótulos psiquiátricos, rótulos estes que não pressupõem diagnósticos em saúde mental, visto que para isso existem profissionais de saúde devidamente especializados, tendo como intenção facilitar a procura de ajuda e o acesso aos cuidados de saúde (Jorm, 2014).

O facto de o programa implementado e avaliado promover a capacidade de reconhecimento, neste caso da psicose, concede aos bombeiros participantes a aprendizagem de novos conhecimentos que serão certamente uma mais valia para a prestação dos primeiros socorros pré-hospitalares no âmbito da saúde mental.

Os participantes, embora familiarizados com a área da saúde, apresentam lacunas no que tem a ver com o reconhecimento dos sinais e sintomas associados aos problemas de saúde mental, bem como as perturbações mentais propriamente ditas. Assim, o investimento por parte das corporações de bombeiros a nível nacional, na promoção da LSM dos seus efetivos, seria um excelente contributo para melhorar a assistência pré-hospitalar nesta área específica.

No que respeita à componente 'conhecimentos acerca da ajuda profissional e tratamentos disponíveis', a literatura considera que existe uma variedade de profissionais de saúde que estão perfeitamente habilitados a ajudar pessoas com patologia do foro mental (Jorm, 2012).

Os resultados deste estudo para esta componente também são tendencialmente positivos. Em termos dos profissionais de saúde, o psicólogo, o psiquiatra, o médico de família e o enfermeiro destacam-se enquanto recurso de ajuda, no entanto, em boa verdade, para a realidade do meio onde se desenvolveu o estudo, o médico de família será o recurso mais próximo e acessível, na medida em que lhe cabe a responsabilidade e referência das situações para níveis mais diferenciados de cuidados (Rosa, 2018).

Vários estudos têm analisado a importância atribuída pelos participantes às diferentes fontes de ajuda para os problemas de saúde mental, verificando-se em algumas

situações, resultados diferentes. Num estudo australiano (Jorm, 2012), os participantes consideram as ajudas informais (família, amigos, etc.) as mais importantes, sendo as mais solicitadas, apesar de que às ajudas formais (profissionais) é também atribuída uma relevância significativa. Noutro estudo mais recente, realizado no nosso país por Loureiro e Sousa (2019), ainda que se tenha verificado uma valorização da importância das ajudas informais, é a necessidade da intervenção da ajuda formal que mais se evidencia. Assim, entende-se que este estudo vem corroborar os resultados do estudo de Loureiro e Sousa (2019), uma vez que mesmo valorizando a ajuda informal, a ver pelas taxas de resposta bastante elevadas e que direcionam para a consciencialização da importância que tem para a saúde mental uma rede social consistente, é o reconhecimento da importância das ajudas formais que assume maior relevância.

Relativamente aos tratamentos disponíveis (produtos e fármacos), observa-se uma grande mudança como resultado da intervenção, nomeadamente no que concerne aos antipsicóticos, sendo notável o aumento da taxa de resposta no pós- teste. Estes resultados resultam diretamente da intervenção realizada e do facto de ter sido dada particular importância e relevo a estas questões, desmistificando o preconceito que existe em torno deste tipo de fármacos. A literatura mostra-nos que a visão por parte da grande maioria da população no que diz respeito a psicofármacos e à sua utilização, é negativa, havendo preferência pelas vitaminas e chás, produtos que não estão sujeitos a prescrição médica e são de venda livre (Jorm, 2014).

Deste modo, à semelhança de outros estudos, verifica-se que as crenças negativas e o desconhecimento acerca do uso da medicação requerem um trabalho mais específico, deixando em aberto a necessidade de revisão do programa, que necessita de uma abordagem mais detalhada em termos da psicofarmacologia (Loureiro & Sousa, 2019; Rosa, 2018; Jorm, 2014). No entanto, importa frisar que o facto de os participantes terem adquirido conhecimentos sobre as ajudas profissionais para os problemas de saúde mental e a sua relevância, bem como os tratamentos disponíveis, torna-se útil no sentido em que os empodera para o papel de promotores da saúde mental junto das pessoas que, por razões diversas, possam necessitar dos seus cuidados.

Quanto à componente 'conhecimentos sobre estratégias de autoajuda eficazes', os participantes destacam algumas estratégias para o problema apresentado na vinheta utilizada no estudo, salientando-se nesta dimensão, as estratégias que implicam ajuda profissional (procurar ajuda especializada e fazer terapia com um profissional especializado). Por outro lado, algumas estratégias ou terapias alternativas como meditação, acupuntura ou envolvimento em atividades relaxantes não são tão

valorizadas quanto as outras. Já a prática de exercício físico e o treino de relaxamento são também referidas com estratégias eficazes, mas é de frisar que estas, à partida, não irão requerer acompanhamento profissional. Estes resultados são idênticos aos obtidos noutros estudos (e.g. Loureiro & Sousa, 2019; Loureiro & Costa, 2019), ainda que com situações-problema diferentes, sendo que o programa mostra alguma eficácia, pois verifica-se o aumento da proporção de participantes que consideram úteis as estratégias de autoajuda adequadas, embora seja uma mudança sem significado estatístico.

Destaca-se ainda, a baixa percentagem de participantes que selecionaram as opções relacionadas com o uso de álcool e tabaco como estratégias de autoajuda eficazes. A grande maioria considera estas estratégias como “prejudiciais”, corroborando também os resultados obtidos nos estudos de Loureiro e Sousa (2019) e Loureiro e Costa (2019).

Na ótica da investigadora, o facto de os participantes considerarem “útil” a procura de ajuda especializada é um aspeto positivo a ter em conta, na medida em que pode ser facilitador do processo de transmissão de informação para os profissionais de saúde intervenientes nas ocorrências. Todavia, considera-se importante a realização de uma revisão dos conteúdos do programa, de modo a definir melhor e a elucidar os participantes acerca das estratégias propostas e avaliadas no instrumento de colheita de dados.

Quanto à componente central do programa, que remete para os conhecimentos e competências para prestar apoio e providenciar a primeira ajuda a outros, observam-se mudanças estatísticas em apenas alguns itens.

Na avaliação prévia à intervenção, a totalidade dos participantes considerou “útil” “ouvir os seus problemas de forma compreensiva”, o que indica a existência de conhecimento acerca da importância da escuta. É possível verificar que estes resultados foram também encontrados em alguns dos estudos que temos vindo a referir (e.g. Hadlaczky et al, 2014; Morgan et al, 2018).

Outro aspeto que merece atenção, é a questão da ideação suicida. Antes de ser realizada a intervenção, 43% dos participantes consideravam “prejudicial” questionar a pessoa acerca da presença de tendências suicidas. Após a intervenção verificou-se uma diminuição da percentagem de respostas, mas a diferença não tem significado estatístico. Estes resultados indicam a necessidade de rever o programa relativamente ao suicídio, exigindo-se uma maior consistência, já que o programa integra um conjunto de estratégias de atuação e abordagem à pessoa em crise (Loureiro, 2014). Outros

estudos semelhantes, mas com amostras diferentes verificam mudanças mais evidentes (Loureiro & Sousa, 2019; Bond et al., 2015; Burn et al., 2017, Morgan et al., 2018).

No que respeita às estratégias consideradas desadequadas, observam-se mudanças com significado estatístico relativamente à utilidade do consumo de álcool, que pressupõe que no fim da intervenção, os participantes adquiriram um nível de conhecimento adequado relativamente a esta estratégia. Também a estratégia “não valorizar o seu problema, ignorando-o” é perspectivada como “prejudicial”, o que constitui bom indicador que atesta a qualidade do programa, tal como pode ser comprovado noutros estudos (Loureiro & Sousa, 2019; Jorm, 2012).

Sabe-se que as ocorrências no âmbito da emergência pré-hospitalar são situações que por si só podem causar alguma insegurança nos bombeiros que as vão efetuar, não só pelo medo do desconhecido, pois na maioria das vezes desconhecem o cenário que os espera, mas também pela baixa frequência de ocorrências que envolvam problemas de saúde mental. Sugere-se que a falta de oportunidade para colocar em prática os conteúdos aprendidos com este programa, seja colmatada através do desenvolvimento e implementação de situações simuladas, tais como role-plays e simulacros, permitindo manter ou melhorar as habilidades dos participantes para intervir corretamente nestas situações.

No que concerne à componente sobre ‘conhecimentos acerca do modo de prevenir os problemas e perturbações mentais’, os resultados são tendencialmente positivos, embora as mudanças observadas não tenham significado estatístico, pois os participantes demonstraram um conjunto de conhecimentos e crenças adequados acerca da prevenção as doenças mentais, mesmo antes da implementação da intervenção, nomeadamente através de relações sociais próximas (família e amigos), a não utilização de drogas e álcool e ainda a prática de exercício físico. Estes resultados advêm provavelmente do facto da amostra ser composta por adultos, com mais maturidade e sensibilidade para o risco de desenvolver uma perturbação mental.

Para terminar, existem duas questões que são fundamentais para o programa de PASM®, uma delas é a intenção de procura de ajuda e a outra é a confiança em prestar ajuda.

A primeira decorre do próprio conceito de LSM e do próprio programa, e implica o uso do conhecimento para agir em saúde, tanto do próprio, como dos que o rodeiam (Loureiro & Sousa, 2019).

Neste estudo verifica-se uma mudança positiva na intenção de ajuda, que consequentemente atesta que o incremento da LSM através do programa de PASM®, pode promover e/ou facilitar mudanças na atitude de procura de ajuda especializada em saúde mental. Estes resultados são concordantes com outros encontrados em diversos estudos (Morgan et al., 2018; Burns et al., 2017; Loureiro & Costa, 2019). Se o participante estiver consciencializado da importância de pedir ajuda para um problema de saúde mental, mais facilmente poderá agir nas situações de crise com que se depara, ajudando e aconselhando a pessoa no sentido da procura de ajuda especializada.

Ao nível da confiança para prestar ajuda, observa-se uma ligeira descida nos valores médios obtidos, o que poderá dever-se à consciencialização por parte dos participantes, da complexidade da gestão das situações relacionadas com a psicose, resultante da participação no estudo e dos conteúdos abordados no programa. Estudos realizados com participantes com características diferentes, por exemplo adolescentes, apontam para resultados mais positivos, com mudanças efetivas ao nível da confiança (Hadlaczky et al., 2014; Morgan et al., 2018).

Certo é que em qualquer estudo existem limitações, e neste são várias aquelas que condicionaram em certa parte, o seu desenvolvimento.

Portanto, a primeira limitação e a que foi mais evidente, prende-se com as ameaças à validade do estudo resultantes da utilização de um desenho que usou apenas um grupo experimental. A não utilização de grupo de controlo obriga a uma avaliação e interpretação dos resultados mais cautelosa, uma vez que impede a comparação dos resultados e exclusão de leituras alternativas para mudanças observadas na variável dependente (LSM). Também a não realização de uma avaliação *follow-up* compromete a verificação da estabilidade temporal dos ganhos obtidos com a intervenção. Porém, estas limitações não invalidam o trabalho desenvolvido e os respetivos resultados, na medida em que vários estudos portugueses e internacionais semelhantes têm recorrido ao mesmo tipo de desenho (pré-experimental) (Loureiro & Costa; Loureiro & Sousa, 2019; Bond et al., 2015).

O instrumento de colheita de dados também constitui uma limitação. Antes de mais salienta-se que o QualisMental tem a vantagem de permitir analisar o padrão de LSM, no sentido que avalia tanto o padrão considerado correto de respostas e que revelam um conhecimento adequado, como considera útil uma resposta desadequada. Ainda permite que o participante assuma o seu nível de desconhecimento relativamente aos itens descritos. Este formato de resposta é vantajoso comparativamente aos instrumentos de medida com formato de resposta Likert e tipo Likert. No entanto, quando

as amostras têm uma dimensão mais reduzida e avaliações pré e pós intervenção, a utilização de testes estatísticos é mais complexa (Loureiro, 2015). Assim, ainda que este estudo tenha uma amostra considerada razoável (Loureiro & Gameiro, 2011), as limitações advêm das limitações dos testes estatísticos que, por exigirem determinados requisitos ou pressupostos, em algumas situações não puderam ser realizados.

Uma outra limitação surge com o próprio programa de PASM® desenvolvido. O programa original tem duração de 14 horas e aborda um conjunto mais vasto de problemas de saúde mental (Loureiro et al, 2014, p.65). Neste estudo, devido a um conjunto de limitações impostas tanto pela pandemia como pelo próprio contexto onde a intervenção se desenvolveu, houve necessidade de ajustar a intervenção para uma duração menor, apenas 9 horas, incidindo unicamente sobre a Psicose.

A instituição embora tenha mostrado disponibilidade imediata para participar no estudo, impôs algumas condicionantes que interferiram com o seu desenvolvimento, nomeadamente, o tempo dispensado ter sido reduzido e como já foi referido, a obrigatoriedade da via on-line, visto que para a amostra selecionada, o curso não poderia ser ministrado presencialmente, dado as contingências institucionais em contexto de pandemia.

Assim, considera-se que uma maior carga horária do curso teria permitido abordar outros problemas de saúde mental, mas sobretudo o desenvolvimento de outro tipo de atividades (e.g. *role-plays*) que poderiam ter contribuído para a obtenção de resultados mais positivos.

Para finalizar, destaca-se que a evidência produzida em Portugal, acerca da efetividade do programa de PASM® em Bombeiros é inexistente. Contudo, este estudo revela-se um ponto de partida para novas intervenções que contribuam para o incremento da LSM na comunidade, abrangendo cada vez mais o público, que dia após dia é confrontado com a realidade que caracteriza os problemas de saúde mental.

Em suma, o objetivo central do programa é o incremento da LSM e ensinar o público a prestar apoio a alguém que esteja a desenvolver um problema relacionado com a sua saúde mental ou ainda em crise (Loureiro et al., 2020), pelo que o balanço geral dos resultados é positivo.

CONCLUSÃO

Esta dissertação teve como objetivo, verificar a eficácia de um programa de intervenção psicoeducativa sobre psicose. Usou-se uma abordagem experimental sem grupo de controlo. O processo implementado pautou-se pelo rigor e credibilidade dos procedimentos, das estratégias metodológicas e da intervenção propriamente dita, enquanto garantias de validade do estudo.

Do estudo realizado sobressaem as seguintes conclusões:

- O programa de PASM® revelou ser uma ferramenta efetiva que contribui para o incremento da LSM em bombeiros, nomeadamente ao nível da psicose.
- O programa contribuiu para a valorização dos sinais e sintomas da psicose e para o seu reconhecimento, traduzindo-se na diminuição da utilização de rótulos desadequados e opiniões estigmatizantes acerca dos problemas de saúde mental.
- O “médico de família”, o “psicólogo” e o “enfermeiro” são os profissionais indicados pelos participantes como mais úteis para ajudar as pessoas com problemas de saúde mental. Este resultado é relevante face à partilha de ocorrências com estes profissionais, o que leva a concluir que os participantes podem também atuar como promotores da primeira ajuda, principalmente se potenciarem a procura de ajuda em saúde mental a quem está em sofrimento.
- O programa incrementou de forma clara a perceção de utilidade dos antipsicóticos, o que se torna importante para a tarefa de reconhecimento do cenário de uma ocorrência, no sentido em que é um indicador para que o bombeiro presuma que se trata de uma pessoa com perturbação psicótica.
- O conhecimento sobre estratégias de autoajuda para problemas de saúde mental era já uma característica dos participantes, prévia à realização do programa. Contudo, a participação no programa permitiu melhorar e aprofundar esse conhecimento e a perceção da utilidade da ajuda formal especializada.
- Na componente central da intervenção, que faz referência aos conhecimentos e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda a outros, o programa contribuiu para o incremento de respostas adequadas para o problema de saúde mental estudado, ainda que se verifique pouco conhecimento relativamente a algumas estratégias.

- A participação no programa consciencializou os participantes para a complexidade da psicose e da gestão da interação com pessoas com este tipo de problemas, conduzindo a uma diminuição, ainda que ligeira, na sua confiança para prestar ajuda.

- Por fim, é de destacar o facto de os participantes conhecerem um conjunto de estratégias adequadas capazes de prevenir a ocorrência de uma crise psicótica, mas também de algumas estratégias/comportamentos que deverão ser evitados.

Este tipo de intervenções constituem instrumentos úteis, no universo da psicoeducação, que permitem educar e sensibilizar o público para a necessidade de estar cada vez mais capacitado para intervir em situações de crise que envolvam o adoecer mental. No caso dos bombeiros, dada a especificidade das funções, o programa pode contribuir para o aumento do conhecimento e para o desenvolvimento de habilidades pessoais e profissionais que permitam intervir de forma mais adequada ao nível das situações de assistência pré-hospitalar.

Assim, conclui-se que este estudo apresenta resultados que estão em linha com a evidência científica produzida acerca da efetividade do programa de PASM®, o que atesta a sua adequação e adaptação ao contexto comunitário, com implicações para a melhoria da qualidade da ação dos bombeiros e para a sociedade no seu todo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addington, J., Addington, D., Abidi, S., Raedler, T., & Remington, G. (2017). Canadian Treatment Guidelines for Individuals at Clinical High Risk of Psychosis. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 62(9), 656–661. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5593244/>
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnosis and statistical manual of mental disorders*, third edition, DSM-III. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V* (5ª ed.). Porto Seguro, Brasil; Artmed Editora Ltda.
- Bond, K. S., Jorm, A.F., Kitchener, B.A., & Reavley, N.J. (2015). Mental health first aid training for Australian medical and nursing students: an evaluation study. *BMC Psychology*, 3(1), 1-9. doi:10.1186/s40359-015-0069-0.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2010). *NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem* (Vol. 6). Brasil: Elsevier Editora.
- Burns, S., Crawford, G., Hallet, J., Hunt, K., Chih, H. J., & Tilley, P. J. (2017). What's wrong with John? A randomised controlled trial of Mental Health First Aid (MFHA) training with nursing students. *BMC Psychiatric*, 17(1), 1-12. doi: 10.1186/s12888-017-1278-2.
- Catálogo de Oferta Formativa. (2020). Escola Nacional de Bombeiros, Versão 2. Sintra, Portugal.
- Chen, H., Parker, G., Kua, J., Jorm, A., & Loh, J. (2000). Mental health literacy in Singapore. A comparative survey of psychiatrists and primary health professionals. *Annals, Academy of Medicine Singapore*, 29(4), pp. 467-473.
- Conselho Nacional de Saúde. (2019) *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa, Portugal.
- Costa, T., Sampaio, F., Sequeira, C., & Ribeiro, I. (2020). Primeira Ajuda em Saúde Mental. Em *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (pp. 236-239). Portugal: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Decreto-Lei nº 124/2011 de 29 de Dezembro. Diário da República nº 249/2011 - I Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei nº 248/2012 de 21 de Novembro. Diário da República nº 225/2012 - I Série. Ministério da Administração Interna. Lisboa, Portugal.

- Despacho nº 10109/2014 de 6 de Agosto. Diário da República nº 150/2014 - II Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Direção Geral de Saúde. (2017) - Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa, Portugal.
- Gonçalves, A., Sequeira, C., Chaves, C., & Samapio, F. (2020). Urgências e Emergências Psiquiátricas. Em *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (pp. 271-276). Portugal: Lidel - Edições técnicas, Lda.
- Gonçalves-Pinho, M., Ribeiro, J.P., & Freitas, A. (2021). Schizophrenia related hospitalizations—a big data analysis of a national hospitalization database. *Psychiatric Quarterly*, 92(1). pp. 239-248.
- Hadlaczky, G., Hokby, 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>.
- INEM. (2012). Situação de Exceção. Manual TAS. Departamento de Emergência Médica, Versão 3.0. Lisboa, Portugal.
- 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. (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., Wright, A., & Morgan, A. J. (2007). Where to seek help for a mental disorder? National survey of the beliefs of Australian youth and their parents. *The Medical Journal of Australia*, 187, pp. 556-560.
- Jorm, A. F. (2012). Mental Health Literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67 (3), 231-243. [doi: 10.1037/a0025957](http://doi.org/10.1037/a0025957).
- Jorm, A. M. (2014). 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.
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy: Alliance for Health and the Future*. International Longevity Center. London, United Kingdom.
- Levy, P., Coentre, R. (2014) – Primeiro episódio psicótico. Em *Manual de psiquiatria clínica*; coord. Figueira, M.L., Sampaio, D., Afonso, P. - Lisboa: Lidel (p. 149-160). ISBN 978-972-757-960-0
- Loureiro, L., & Gameiro, M. (2011). Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3). pp. 151-162.

- Loureiro, L., & Costa, L. (2019). Avaliação do programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental em estudantes de licenciatura em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (20), pp. 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. (2014). Primeira ajuda em saúde mental. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Loureiro, L. (2015). Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental - QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas. *Revista Portuguesa de Enfermagem Referência*, IV (4), 79-88. doi.org/10.12707/RIV14031.
- Loureiro, L., Cunha, S., Morgado, M., Albino, M. J., Rosa, A., Costa, L ... Santos, D. (2020). Primeira Ajuda em Saúde Mental: Contributo do programa para o incremento da literacia em saúde mental dos estudantes do ensino superior. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 6 (2), 24-38. https://doi.org/10.31211/rpics.2020.6.2.184.
- Loureiro, L., Rodrigues, M., Santos, J., & Oliveira, R. (2014a). Em 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 ação. 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.
- Lund., C., Brooke-Summer, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., ... & Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry* (Vol. 5) (4). pp. 357-369.
- 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. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102.
- Médicos do Mundo. (2020). *Nações Unidas e OMS: não há saúde, sem saúde mental* (pp. 1). Obtido de Médicos do Mundo: https://www.medicosdomundo.pt/noticia/nacoes-unidas-e-oms-nao-ha-saude-sem-saude-mental
- Neves, P. (2020). Enfermagem de Saúde Mental na Comunidade. Em *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (pp. 298-300). Portugal: Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- NICE (2014) - National Institute for Health and Care Excellence – PSYCHOSIS and Schizophrenia in adults. THE NICE GUIDELINE ON TREATMENT AND MANAGEMENT-UPDATED EDITION 2014. Royal College of Psychiatrists. United Kingdom, London. Disponível em

https://www.researchgate.net/publication/283748790_Psychosis_and_Schizophrenia_in_Adults_The_NICE_guideline_on_the_treatment_and_management_of_psychosis_and_schizophrenia_in_adults

- Orygen (2016) - Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis. Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC. National Support Program, 2nd edition update, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health. Melbourne. ISBN: 978-1-920718-38-1. Disponível em <https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Psychosis/Guidelines/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis>
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275. Recuperado de: <https://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v34n3/v34n3a08.pdf>.
- Puntis, S. Minichino, A. De Crescenzo, F. Cipriani, A. Lennox, B. (2019) - Specialised early intervention teams for first episode psychosis. Cochrane Database of Systematic Reviews
- Quevedo, J. S. (2008). Emergências Psiquiátricas. Brasil: Artmed Editora.
- Regulamento nº 515/2018. Diário da República, Série II, nº 151, 07/08/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Portugal.
- Rosa, A. (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., & Sequeira, C. (2014). 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. (2019). Literacia em saúde mental sobre depressão: Um estudo com adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (21). doi.org/10.19131/rpesm.0236. pp. 40-46.
- Scott, L., & Chur-Hansen, A. (2008). The mental health literacy of rural adolescents: Emo subculture and SMS texting. *Australasian Psychiatry*, 16(5), pp. 359-362. doi: 10.1080/10398560802027328. pp. 359-362.
- Sørensen, K. (2019). Defining health literacy: Exploring differences and commonalities. Em O. B.-Z. Okan, *International Handbook of Health Literacy - Research, practice and policy across the lifespan* (pp. 5-20). United Kingdom.
- Tenório, F. (2016). Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 23(4), 941-963.

UNESCO. (2003). US National Information Literacy Meeting of Experts. Praga, República Checa.

Vedana, K. (2016). Urgências Psiquiátricas. Escola Superior de Ribeirão Preto. Brasil.

World Health Organization. (2001). The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, World Health Organization.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

(QuALiSMental – excerto)

LITERACIA EM SAÚDE MENTAL - QuALiSMental*

Este questionário¹ é parte integrante de um programa designado de «Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: um programa de intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens²» a decorrer na Região Centro de Portugal Continental, inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O objectivo deste estudo centra-se na caracterização e compreensão daquele que é o entendimento e conhecimento dos jovens Portugueses relativamente a algumas questões de saúde.

Ao aceitares responder a este questionário deves ler todas as questões e preencher cada questão conforme as directrizes, 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.

*Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

¹ Versão adaptada e autorizada para Portugal do *National Survey of Mental Health Literacy in Young People - Interview version*.

Equipa de investigadores do programa: Luís Loureiro, Ph.D (Principal Investigator - luisloureiro@esenfc.pt); Aida Mendes, Ph.D; Manuel Rodrigues, Ph.D; José Carlos Santos, Ph.D; Teresa Barroso, Ph.D; Rui Oliveira, Ph.D; Ricardo Ferreira, MSc.

Ana Pedreiro (Research Grant Holder).



escola superior de
enfermagem
de coimbra



HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT
IN NURSING
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM



Feltz Mente®
A Feltz Mente é uma marca registada.

² Financiado por fundos nacionais através da FCT/MCTES (PIDDAC) e cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do COMPETE – Programa Operacional Fatores de Competitividade (POFC) do QREN.

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MEMBROS DO GOVERNO DA REPÚBLICA PORTUGUESA


COMPETE

 **QREN**
QUADRO
DE REFERÊNCIA
ESTRATÉGICO
NACIONAL


UNIÃO EUROPEIA
Fundo Europeu
de Desenvolvimento Regional

À semelhança do que fizeste anteriormente, lê a história do Miguel e responde às questões que te são colocadas.

O Miguel é um jovem de 16 anos que vive com os seus pais. Tem frequentado a escola de forma irregular ao longo do último ano e recentemente abandonou-a. Nos últimos seis meses desligou-se dos seus amigos e, em casa, tranca-se no seu quarto, não quer comer com a família e não tem cuidados de higiene (deixou de tomar banho). Os seus pais ouvem-no a vaguear no quarto durante a noite. Mesmo sabendo que ele está sozinho, ouvem-no aos gritos e a discutir como se mais alguém estivesse no seu quarto. Quando o tentam encorajar a fazer outras coisas, ele sussurra que não vai sair de casa porque está a ser espiado pelo vizinho. Eles percebem que ele não consome drogas, porque ele nunca vê ninguém, nem sai de casa.

1. Na tua opinião, o que é que se passa com o Miguel? (Podes assinalar várias respostas).

- Não sei _____ ☐
- Não tem nada _____ ☐
- Depressão _____ ☐
- Esquizofrenia _____ ☐
- Psicose _____ ☐
- Doença mental _____ ☐
- Bulimia _____ ☐
- Stresse _____ ☐
- Esgotamento nervoso _____ ☐
- Abuso de substâncias (ex.: álcool) _____ ☐
- É uma crise própria da idade _____ ☐
- Problemas psicológicos/mentais/emocionais _____ ☐
- Anorexia _____ ☐
- Tem um problema _____ ☐
- Alcoolismo _____ ☐
- Cancro _____ ☐
- Outro (Especifica qual) _____ ☐

2. Se estivesses a viver actualmente uma situação como a do Miguel, procurarías ajuda?

- Sim _____ ☐
- Não _____ ☐
- Não sei _____ ☐

3. Se pedisses ajuda, com quem falarias ou a quem a pedirias?

	De modo nenhum 1	2	3	4	Seguramente 5
À minha mãe _____	☐	☐	☐	☐	☐
Ao meu pai _____	☐	☐	☐	☐	☐
A um/a amigo/a _____	☐	☐	☐	☐	☐
À/Ao minha/meu namorada/namorado _____	☐	☐	☐	☐	☐
A um/a professor/a _____	☐	☐	☐	☐	☐
A um profissional de saúde. Especifica qual: _____					
A outra pessoa. Especifica qual: _____					

4. Em que medida te sentes confiante para pedir ajuda a essa(s) pessoa(s)?

Muitíssimo confiante	Muito confiante	Confiante	Pouco confiante	Nada confiante
☐	☐	☐	☐	☐

5. O que te poderia impedir de pedir ajuda a essa(s) pessoa(s)? (Podes assinalar várias respostas)

Pensar que a pessoa fica com uma opinião negativa sobre mim _____ ☐

Pensar que a pessoa não valoriza o que eu digo _____ ☐

Pensar que a pessoa possa vir a contar a outras pessoas _____ ☐

Pensar o que a pessoa possa vir a pensar sobre mim _____ ☐

Pensar que nada me poderá ajudar _____ ☐

Pensar que se poderá saber que estou a ter ajuda de um profissional de saúde _____ ☐

Pensar que poderei ter dificuldades em aceder a essa pessoa/profissional de saúde _____ ☐

Pensar que o tratamento tem efeitos secundários _____ ☐

Ser muito tímido, sentir vergonha _____ ☐

Outra. Especifique qual: _____

6. Se estivesses a viver actualmente uma situação como a do Miguel, sentir-te-ias à vontade para falar com os teus pais sobre isso? (Podes assinalar várias hipóteses)

Sim, com a minha mãe _____ ☐

Sim, com o meu pai _____ ☐

Não, os meus pais não estão presentes (por ex.: vivem noutro país) _____ ☐

Não, os meus pais não estão disponíveis (por ex.: trabalham muito) _____ ☐

Não, os meus pais não estão sensibilizados para estas questões _____ ☐

Não sei _____ ☐

Não. Porque _____ ☐

7. Imagina que o Miguel é teu amigo há muito tempo e é uma pessoa de quem gostas muito. Como pensas que o podias ajudar?

8. Em que medida te sentes confiante para ajudar o Miguel?Muitíssimo
confiante☐Muito
confiante☐

Confiante

☐Pouco
confiante☐Nada
confiante☐**9. São apresentadas de seguida diferentes opções que podias utilizar para ajudar o Miguel. Assinala para cada uma a tua opinião.**

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
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 o animar_____	☐	☐	☐	☐
Não valorizar o seu problema, ignorando-o até que se sinta melhor_____	☐	☐	☐	☐
Mantê-lo ocupado para que não pense tanto nos seus problemas_____	☐	☐	☐	☐
Incentivá-lo a praticar exercício físico_____	☐	☐	☐	☐

10. Existem diferentes pessoas e profissionais de saúde que poderão ajudar o Miguel. Assinala para cada um a tua opinião.

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Um médico de família_____	☐	☐	☐	☐
Um professor_____	☐	☐	☐	☐
Um psicólogo_____	☐	☐	☐	☐
Um enfermeiro_____	☐	☐	☐	☐
Um assistente social_____	☐	☐	☐	☐
Um psiquiatra_____	☐	☐	☐	☐
Um serviço telefónico de aconselhamento_____	☐	☐	☐	☐
Um familiar próximo_____	☐	☐	☐	☐
Um amigo significativo_____	☐	☐	☐	☐
Resolver sozinho os seus problemas_____	☐	☐	☐	☐

11. Dos seguintes medicamentos/produtos quais, na tua opinião, seriam úteis ou poderão ajudar o Miguel. Assinala para cada um a tua opinião.

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Vitaminas_____	☐	☐	☐	☐
Chás (Exs.: Camomila ou Hipericão)_____	☐	☐	☐	☐
Tranquilizantes/Calmantes_____	☐	☐	☐	☐
Antidepressivos_____	☐	☐	☐	☐
Anti-psicóticos_____	☐	☐	☐	☐
Comprimidos para dormir_____	☐	☐	☐	☐

12. Existem diferentes actividades que poderão ajudar o Miguel. Assinala para cada uma a tua opinião.

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Fazer exercício físico_____	☐	☐	☐	☐
Praticar treino de relaxamento_____	☐	☐	☐	☐
Praticar meditação_____	☐	☐	☐	☐
Fazer acupunctura_____	☐	☐	☐	☐
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 auto-ajuda sobre o problema_____	☐	☐	☐	☐
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares_____	☐	☐	☐	☐
Procurar ajuda especializada de saúde mental_____	☐	☐	☐	☐
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar_____	☐	☐	☐	☐
Fumar para relaxar_____	☐	☐	☐	☐

13. Achas que o risco de desenvolver uma situação como a do Miguel reduziria se os jovens:

	Sim	Não	Não sei
Praticassem exercício físico_____	☐	☐	☐
Evitassem situações geradoras de stresse_____	☐	☐	☐
Mantivessem o contacto regular com amigos_____	☐	☐	☐
Mantivessem o contacto regular com a família_____	☐	☐	☐
Não utilizassem drogas_____	☐	☐	☐
Não bebessem bebidas alcoólicas_____	☐	☐	☐
Praticassem actividades relaxantes regularmente_____	☐	☐	☐
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual_____	☐	☐	☐

14. As próximas questões contêm afirmações acerca da situação do Miguel. Indica a tua opinião PESSOAL para cada afirmação.

	Concordo totalmente ①	Concordo ②	Não concordo nem discordo ③	Discordo ④	Discordo totalmente ⑤	Não sei ⑥
Se o Miguel quisesse poderia sair desta situação por si. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
A situação do Miguel é um sinal de fraqueza pessoal. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
Esta situação não é uma doença verdadeira. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
O Miguel é perigoso para os outros. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
A melhor forma de evitar desenvolver uma situação como a do Miguel é afastar-me dele. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
A situação do Miguel torna-o uma pessoa imprevisível. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação do Miguel. _____	①	②	③	④	⑤	⑥

15. As próximas questões contêm afirmações acerca da situação do Miguel. Indica a tua opinião sobre o que pensa a MAIORIA DAS PESSOAS para cada afirmação.

Concordo
totalmente
①

Concordo
②

Não concordo
nem discordo
③

Discordo
④

Discordo
totalmente
⑤

Não sei
⑥

- Acredita que se o Miguel quisesse poderia sair desta situação por si. _____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- Acredita que a situação do Miguel é um sinal de fraqueza pessoal. _____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- Acredita que a situação do Miguel não é uma doença verdadeira. _____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- Acredita que o Miguel é perigoso para os outros. _____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- Acredita que a forma de evitar desenvolver uma situação assim é afastar-se dele. _____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- Acredita que a situação do Miguel torna-o uma pessoa imprevisível. _____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação do Miguel. _____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

16. Em que medida estarias na disposição de (utiliza a grelha de resposta):

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

De modo nenhum

Sem qualquer prolema

- Passar o fim-de-semana com o Miguel? _____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
- Trabalhar num projecto ou grupo com o Miguel? _____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
- Convidar o Miguel para a tua casa? _____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
- Ir a casa do Miguel? _____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
- Ser amigo pessoal do Miguel? _____ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

17. Alguém na tua família ou círculo próximo de amigos esteve numa situação similar à do Miguel?

Sim _____ ☐

Não _____ ☐

18. Se sim, receberam alguma ajuda ou tratamento de profissionais especializados nessas situações?

Sim _____ ☐

Não _____ ☐

Não sei _____ ☐

APÊNDICES

APÊNDICE I

Questionário Sociodemográfico

**Literacia em Saúde Mental sobre Psicose: uma intervenção de base comunitária
para Bombeiros - Questionário Sociodemográfico**

1. Género

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

2. Idade

3. Habilitações Literárias do Participante

- ☐ Ensino Básico – 1º Ciclo (antiga 4ª classe)
- ☐ Ensino Básico – 2º Ciclo (ensino preparatório – antigo 6º ano)
- ☐ Ensino Básico – 3º Ciclo (curso geral dos liceus – 9º ano)
- ☐ Ensino Secundário (curso complementar dos liceus)
- ☐ Bacharelato/Licenciatura
- ☐ Mestrado/Doutoramento

4. Categoria de Bombeiro(a)

- ☐ Bombeiro de 3ª
- ☐ Bombeiro de 2ª
- ☐ Bombeiro de 1ª
- ☐ Sub-Chefe
- ☐ Chefe

5. Tempo de serviço enquanto Bombeiro(a)

- ☐ Inferior a 5 anos
- ☐ Entre 5 a 10 anos
- ☐ Entre 15 a 20 anos
- ☐ Entre 20 a 25 anos
- ☐ Superior a 25 anos

6. Durante a sua atividade enquanto bombeiro (a), já fez algum tipo de formação na área das perturbações mentais?

- ☐ Sim
- ☐ Não

7. Se respondeu eu “Sim” na pergunta anterior, especifique o tipo de formação.

8. Já teve algum contacto com pessoas com perturbação mental ao longo da sua carreira de Bombeiro (a)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

APÊNDICE II

Programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental (Adaptado para Bombeiros)



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

IX MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

**PROGRAMA DE PRIMEIROS SOCORROS EM SAÚDE MENTAL: PSICOSE
(ADAPTADO PARA BOMBEIROS)**

AUTORES: Enf^a Inês Batista (estudante do CMEESMP)

OBJETIVOS (Loureiro, 2014, p.20): “1. Preservar a vida enquanto a pessoa possa representar perigo para si ou para outros; 2. Prestar ajuda de modo a que o problema de saúde mental não venha a tornar-se mais sério; 3. Promover a recuperação da saúde mental; 4. Providenciar conforto à pessoa que experiencia um problema de saúde mental.”

Datas: 12, 19 e 26 de Novembro de 2021

Hora: 21h00m

Duração: 3 horas. **Local:** Videoconferência (Plataforma Zoom)

PARTICIPANTES: Bombeiros pertencentes aos Bombeiros Voluntários de uma corporação da zona centro

RECURSOS: Humanos – Estudante do CMEESMP e participantes.

Estruturais – Sala de Formação da instituição

Materiais – Computador

METODOLOGIAS E ESTRATÉGIAS:

- Enviar e-mail aos participantes com três dias de antecedência e no dia da sessão, que a mesma tem início às 21h00, por videoconferência;
- Aguardar a entrada dos participantes na videoconferência;
- Explicar a dinâmica e objetivos das sessões aos participantes (método expositivo);
- Pedir aos participantes que partilhem com o grupo, oralmente, alguma experiência que tenham tido com pessoas com perturbação mental (método interativo);
- Questionar os participantes sobre o conhecimento que têm sobre psicose e temas adjacentes (método interativo).

- Ministrar o programa de primeiros socorros em saúde mental adaptado a bombeiros (método expositivo):

1ª Sessão (12 de Novembro):

- Introdução ao tema: LSM
- Dados epidemiológicos
- Conceitos de SM (doença mental grave, psicose, sinais e sintomas, estigma, promoção da saúde e prevenção da doença mental)
- O que são perturbações psicóticas?
- Principais perturbações psicóticas (definição, sintomas e fatores de risco)
- Alterações ao nível das emoções, motivação, pensamento, percepção e comportamento
- Tratamentos eficazes

2ª Sessão (19 de Novembro):

- Plano de Ação MHFA para a Psicose: Ação 1 (Aproximar-se da pessoa, observar e ajudar)
 - Intervenção em crise
 - Comunicação eficaz
 - Estados psicóticos graves
 - Factos sobre comportamentos agressivos
 - Técnicas de diminuição de comportamentos agressivos

3ª Sessão (26 de Novembro):

- Plano de Ação MHFA para a Psicose
 - Ação 2: Escutar sem fazer juízos de valor
 - Ação 3: Prestar apoio e informação
 - Ação 4: Encorajar a pessoa a obter ajuda profissional adequada
 - Ação 5: Incentivar o recurso a outros apoios – quem pode ajudar e estratégias de autoajuda
- Visualização de excertos do filme “Pára-me de repente o pensamento” de Jorge Pelicano
- Síntese do programa de psicoeducativo

- Permitir/Gerir a partilha de ideias no decorrer das sessões e questões sobre os assuntos abordados entre os participantes, de modo a tornar as sessões mais dinâmicas (método interativo);

- Permitir/Gerir a colocação de questões abertas, dúvidas ou comentários relacionados com a temática, durante 15 minutos, no final da sessão (método interativo);
- Finalizar cada sessão: agradecer a participação, anunciar a data e conteúdos da próxima sessão e na última solicitar o preenchimento do instrumento de colheita de dados (pós-teste).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Loureiro, L. (2014). Literacia em saúde mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E)