



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

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

**EFFECTIVIDADE DO PROGRAMA DE PRIMEIRA AJUDA EM SAÚDE MENTAL NA
LITERACIA EM DEPRESSÃO DOS ESTUDANTES DO 1.º ANO DE ENFERMAGEM**

Carla Marina Frajuca Pimentel

Coimbra, 2021



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

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

**EFFECTIVIDADE DO PROGRAMA DE PRIMEIRA AJUDA EM SAÚDE MENTAL NA
LITERACIA EM DEPRESSÃO DOS ESTUDANTES DO 1.º ANO DE ENFERMAGEM**

Carla Marina Frajuca Pimentel

Orientador: Professor Doutor Luís Manuel de Jesus Loureiro, ESEnfC

Co-orientador: Professor Doutor Amorim Gabriel Santos Rosa, ESEnfC

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

Coimbra, 2021

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste tipo de trabalho conta-se, inevitavelmente, com o apoio e incentivo de várias pessoas. Neste sentido gostaria de expressar um sincero agradecimento a todos aqueles que tornaram este trabalho possível:

Ao Professor Doutor Luís Manuel de Jesus Loureiro pela sua orientação e disponibilidade para a partilha de conhecimentos que permitiram a realização deste trabalho.

A todos os colegas que participaram neste programa.

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

À minha família por estar sempre presente.

SIGLAS

CLE – Curso de licenciatura em Enfermagem

DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESEnfc – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

LSM – Literacia em Saúde Mental

MHFA – Mental Health First Aid

OMS – Organização Mundial de Saúde

PASM – Primeira Ajuda em Saúde Mental

SM – Saúde Mental

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

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

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime

WHO – World Health Organization

RESUMO

A entrada no ensino superior corresponde a uma fase complexa do desenvolvimento dos jovens, caracterizado por um processo de adaptação que envolve diversos desafios, com a criação de novas relações, a vivência da vida académica e novos processos de aprendizagem, levando a um aumento da autonomia e a uma necessidade de se adaptarem de forma eficaz às exigências desta nova etapa.

De acordo com a literatura, uma em cada seis pessoas com doença mental encontra-se na faixa etária dos 10 aos 19 anos, sendo a depressão uma das maiores causas de doença e incapacidade entre os adolescentes, que na maioria dos casos não é detectada atempadamente.

O Programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental (PASM), é um dos instrumentos psicoeducacionais passível de ser usado na promoção da literacia em saúde mental com a intenção de dotar os jovens de ferramentas adequadas para lidar com problemas de saúde mental e com capacidade para ajudar os seus pares.

O objectivo deste estudo é a avaliação da efectividade do programa de PASM em estudantes do 1º ano da licenciatura em enfermagem, com um desenho pré experimental (com pré e pós teste), com recurso ao instrumento QuALiSMental. A intervenção teve duração de 1 dia (9 horas), com uma amostra de 100 alunos, com média de idades 18,54 anos (DP=2,00 anos).

Os resultados obtidos permitem observar um incremento da literacia em depressão ao nível do reconhecimento da mesma, na intenção de procura de ajuda, confiança para prestar ajuda, assim como adequação de estratégias comunicacionais e redução do estigma pessoal associado à doença mental.

Palavras-chave: Literacia em Saúde Mental; Primeira Ajuda em Saúde Mental; Jovens; Estudantes de Enfermagem; Depressão.

ABSTRACT

Starting university corresponds to a complex stage of young people's development, characterised by an adaptation process involving several challenges, with the creation of new relationships, the experiences of academic life and new learning processes, leading to an increase in autonomy and the need to adapt effectively to the demands of this new stage.

According to the evidence, one in every six people with mental illness is in the 10-19 year range, with depression as one of the greatest causes of illness and disability among adolescents, which in most cases is not detected in time.

The Mental Health First Aid Programme (MHAP) is one of the psycho-educational instruments that can be used to promote mental health literacy with the purpose of providing young people with the right tools to deal with mental health problems and with the ability to help their peers.

The aim of this study is the evaluation of the effectiveness of the PASM programme in 1st year undergraduate nursing students, with a pre experimental design (with pre and post test), using the QuALiSMental instrument. The intervention lasted for 1 day (9 hours), with a sample of 100 students, with a average age of 18.54 years (SD=2.00 years).

The results allow us to notice an increase of depression literacy, especialy in recognition of mental health problems, intention to seek help, confidence to provide help, as well as adequacy of communication strategies and reduction of the personal stigma associated to mental illness.

Keywords: Mental Health Literacy; First Help in Mental Health; Young People; Nursing students; Depression.

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1: Distribuição absoluta e percentual das habilitações literárias dos pais	38
Tabela 2: Distrito de Origem	39
Tabela 3: Distribuição percentual dos rótulos assinalados, antes e depois da intervenção, na 1. ^a componente da LSM	46
Tabela 4: Distribuições percentuais das respostas à questão “se estivesse a viver um problema semelhante procurarias ajuda?” (Intenção de procura de ajuda)	46
Tabela 5: Comparação das distribuições percentuais referentes a grelha de expressões utilizadas no quotidiano	48
Tabela 6: Distribuições percentuais das respostas assinaladas pelos participantes, antes e depois da intervenção, aos itens relativos à prestação de primeira ajuda e apoio aos outros	49
Tabela 7: Estatísticas resumo da confiança para prestar ajuda, antes e depois da intervenção	50
Tabela 8: Estatísticas resumo e comparações para os itens do ICDM E ESEP	52

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Plano de acção da primeira ajuda	33
Quadro 1: Vinheta com a descrição de problema relacionado com depressão	39

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
1 – INGRESSO NO ENSINO SUPERIOR: SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR	18
2 – DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA	22
3 – LITERACIA EM SAÚDE MENTAL	26
4 – PRIMEIRA AJUDA EM SAÚDE MENTAL	30
4.1 – Programa de primeira ajuda em Saúde Mental	31
4.2 – Evidência em alunos de enfermagem	33
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	36
1 – TIPO DE ESTUDO	36
2 – HIPÓTESES DO ESTUDO	36
3 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	37
4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	38
5 – INTERVENÇÃO	40
6 – PROCEDIMENTO PARA A COLHEITA DE DADOS	41
7 – TRATAMENTO DE DADOS	42
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS DADOS	44
1 – AVALIAÇÃO DA EFECTIVIDADE DO PROGRAMA	44
1.1 – Reconhecimento da Depressão	44
1.2 – Intenção de procura de ajuda	45
1.3 – Conhecimentos e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda	45
1.4 – Confiança para prestar primeira ajuda	49
1.5 – Crenças e estigma sobre doença mental	49
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
CONCLUSÃO	58

BIBLIOGRAFIA

60

ANEXOS

INTRODUÇÃO

A doença mental é uma problemática complexa e vasta que preocupa a sociedade civil e naturalmente preocupa a comunidade científica.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma em cada seis pessoas com doença mental encontra-se na faixa etária dos 10 aos 19 anos, sendo que os gastos em saúde também nesta faixa etária representam 16% da carga global. Sendo a depressão uma das principais causas de doença e incapacidade entre os adolescentes, a maioria dos casos não é detectada e conseqüentemente não é tratada. Veja-se o suicídio, que é a terceira principal causa de morte em jovens dos 15 aos 19 anos. A não abordagem das condições de saúde mental dos adolescentes condiciona a saúde mental e física do indivíduo limitando assim as oportunidades de alcançar uma vida satisfatória na idade adulta (World Health Organization, 2019).

Sendo esta problemática já amplamente explorada, são vários os estudos que relacionam a doença mental com o rendimento académico, o isolamento e o bem-estar emocional, entre outras (Pereira, Reay, Bottel, Walker, & Dzikit, 2019; Lipson SK, 2019; Suicide Prevention Resource Center, s.d.).

Erse et al (2016), num estudo realizado em jovens, concluem que estes apresentam elevada prevalência de depressão. Segundo os mesmos autores, a avaliação precoce de perturbações psicológicas, como a depressão, em adolescentes não só minimiza a possibilidade de insucesso académico, como também reduz significativamente outras condutas de risco para a saúde, como o consumo de álcool e/ou outras substâncias, e também distúrbios alimentares associados.

A evidência científica mostra que metade das pessoas que padecem de uma perturbação mental apresentaram a primeira manifestação antes dos 18 anos, e três quartos tiveram a primeira manifestação antes dos 25 anos (Kessler, et al., 2007; Kelly, Kitchener, Jorm, Lowe, & Scanlan, 2011). Conquanto observa-se que os programas de promoção da saúde mental são ainda poucos e que o investimento nesta área é francamente diminuto. Uma das matérias que tem sido abordada e explorada noutros países é a literacia em saúde mental (LSM). Em Portugal a comunidade científica também se tem debruçado sobre esta matéria. Um dos programas muito interessantes

aplicáveis a esta população é o programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental (PASM). Este resulta do desenvolvimento e operacionalização do conceito de Literatura em Saúde Mental (LSM). Os objetivos deste programa são: “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” (Loureiro, Sousa e Gomes, 2014). O programa instrui, ainda que, de uma forma sucinta, a identificar os sinais e valorizar os sintomas de vários problemas e perturbações mentais, e de diversas situações de crise relacionadas com os problemas de saúde mental. Simultaneamente, indica o modo mais adequado de oferecer e prestar ajuda inicial e encaminhar a pessoa para profissionais de saúde adequados (p. ex., psicólogos) e outro tipo de recursos (Loureiro, Sousa e Gomes, 2014).

Esta é uma área que me cativa, assim, tendo em consideração tudo o referenciado para trás, pretendo com este estudo avaliar a eficácia do programa de PASM na literacia em depressão a partir de uma amostra de alunos do primeiro ano da licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

A aplicação deste programa tem como objetivos: reconhecimento das perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura ajuda; conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis; conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda; conhecimento e competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros e conhecimento do modo de como se podem prevenir as perturbações mentais (Loureiro, 2014).

Este trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos fundamentais: enquadramento teórico, metodologia, apresentação de dados e discussão dos resultados. Termina então, com a conclusão em que apresento os resultados encontrados e sua interpretação e cujo contributo poderá influenciar de alguma forma a formação em Enfermagem e quiçá, encorajar a aplicação deste programa noutras instituições de ensino como medida promotora da Saúde Mental.

CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 – INGRESSO NO ENSINO SUPERIOR: SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR

Ao longo do ciclo vital todos os seres humanos experienciam mudanças. De acordo com a Teoria das Transições (Meleis, 2010), essas transições podem ser de desenvolvimento (mudança do ciclo do vital), situacionais (mudanças que implicam mudança de papéis), de saúde/doença e organizacionais (envolvem mudanças sociais, económicas e políticas). Durante estas transições a pessoa experiênciam um desequilíbrio tendo a necessidade de se ajustar a uma nova realidade obrigando-a a uma adaptação. Para atingir o equilíbrio a pessoa mobiliza recursos que lhe possam permitir adaptar-se e ajustar-se, traduzindo-se numa resposta comportamental, afectiva e cognitiva (Almeida, Soares, & Ferreira, 2000).

Facilmente se entende que para muitos adolescentes e jovens adultos, a mudança para o ensino superior está entre os primeiros e mais importantes eventos transitórios da sua vida que podem ser, simultaneamente desafiadores e enriquecedores. Esta transição pode facilitar as importantes tarefas de desenvolvimento dos alunos (por exemplo, obter maior independência e autonomia, buscando e fortalecendo relações estreitas, e acentuar o senso de identidade), mas também pode ser uma fonte de angústia e dificuldades (Le & Wilkinson, 2018).

Além de mudanças nos ambientes de vida, de aprendizagem e dificuldades financeiras, existe uma série de dificuldades psicológicas que os alunos do primeiro ano têm de enfrentar desde o início da vida universitária. Esses aspectos sociais e riscos psicológicos levaram a demandas significativas de apoio a programas de transição de estudantes universitários (Le & Wilkinson, 2018). Por um lado, a saída de casa dos pais, na maior parte dos casos, levando a separação da família e amigos, perdendo grande parte da rede de suporte. Por outro lado, a adaptação a nova realidade, com o estabelecimento de novas relações interpessoais (Soares, Pinheiro, & Canavarro, 2015).

A literatura científica sugere que a transição para a universidade é um momento sensível que pode desencadear problemas psicológicos dos alunos. Segundo Megivern, Pellerito e Mowbray (2003) citados por Le & Wilkinson (2018), quase metade dos estudantes que

sofrem de doença mental relataram o aparecimento de sintomas psiquiátricos durante a frequência da faculdade.

Os problemas psicológicos mais significativos dos estudantes incluem depressão, ansiedade (incluindo transtorno obsessivo-compulsivo), distúrbios alimentares, comportamentos auto-lesivos e distúrbios psicóticos (Storrie, Ahern, & Tuckett, 2010). Relativamente ao consumo de substâncias, não existe grande menção desta problemática nos estudos com estudantes universitários, no entanto o IV Inquérito do consumo de substâncias psicoativas na população, levado a cabo pelo SICAD (2018) e o World Drug Report 2018 da United Nations Office on Drugs and Crime, menciona que o álcool é a substância mais consumida nas idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos, tendo o seu consumo vindo a aumentar. O consumo de tabaco e cannabis são também substâncias consumidas por esta população, mas com menor incidência (Balsa, Vital, & Urbano, 2016/2017; UNODC, 2018).

Estes aspectos aumentaram a preocupação internacional com a saúde mental de estudantes universitários. No contexto português, os resultados não são muito diferentes apresentando os adolescentes e jovens adultos uma prevalência elevada de problemas emocionais, depressão e ansiedade (Custódio, Pereira & Seco, 2009; Almeida, 2014; Almeida & Xavier, 2013).

Relativamente a estudantes de enfermagem, existe evidência de que estes estão expostos a muita pressão durante a sua preparação. Além dos factores mencionados anteriormente (Esperidião, Adorno Barbosa, dos Santos Silva, & Bouttelet Munari, 2013), acrescentasse-lhe, ainda, a carga de trabalho, a falta de tempo para realizar trabalhos académicos e testes, interacção com os pacientes (o contacto com a realidade da doença e da morte), e interacções negativas com os colegas e a família. A nível académico, os factores desestabilizadores podem ser consequência de uma lacuna entre a preparação académica e a formação prática ou os ambientes produzidos em universidades e hospitais (Pulido-Criollo, Cueto-Escobedo, & Guillén-Ruiz, 2018). Ainda de acordo com os mesmos autores, o ensino de enfermagem é muito exigente do ponto de vista físico, intelectual e emocional para os estudantes, que são expostos a elevados níveis de *stress* durante a sua formação. As fontes de pressão derivam de vários factores, tanto académicos como exigências de desempenho na prática clínica e avaliações, como das pressões sociais, emocionais, físicas e problemas pessoais, que podem afectar a capacidade de aprendizagem e desempenho académico, deixando os jovens vulneráveis e com predisposição ao desenvolvimento de perturbações mentais como a depressão (Pulido-Criollo, Cueto-Escobedo, & Guillén-Ruiz, 2018).

Neste sentido a entrada no ensino de enfermagem apresenta uma oportunidade única para a realização de intervenções para reduzir o impacto que esta transição tem na saúde mental dos jovens estudantes (Crawford, et al., 2015).

2 – DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA

Segundo a Global Burden Disease (2018) a depressão é uma doença comum em todo o mundo, com mais de 264 milhões de pessoas afectadas. Na população portuguesa, segundo dados do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida & Xavier, 2013), a prevalência ronda os 17,9 %.

Deve-se distinguir depressão das diferentes flutuações usuais de humor e respostas emocionais de curta duração aos desafios da vida cotidiana.

A depressão pode-se tornar uma condição de saúde grave, especialmente quando duradoura e com intensidade moderada ou grave, pode fazer com que a pessoa afectada sofra muito, levando a uma alteração das suas interacções sociais, sejam estas a nível familiar ou laboral, podendo mesmo levar ao suicídio. Cerca de 800 000 pessoas morrem devido ao suicídio todos os anos, sendo a segunda maior causa de morte entre os 15 e os 29 anos (WHO, 2020)

A depressão é um distúrbio comum e grave do humor. Aqueles que sofrem de depressão experimentam sentimentos persistentes de tristeza e desesperança e perdem o interesse pelas actividades que antes desfrutavam. Além dos problemas emocionais causados pela depressão, os indivíduos também podem apresentar sintomas físicos, como dor crônica ou problemas digestivos.

De acordo com o DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, 2014), “o indivíduo deve apresentar cinco ou mais sintomas durante o mesmo período de duas semanas e pelo menos um dos sintomas deve ser (1) humor deprimido a maior parte do dia, quase todos os dias; (2) perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as actividades a maior parte do dia, quase todos os dias; (3) Perda de peso significativa quando não faz dieta ou ganho de peso, ou diminui ou aumenta o apetite quase todos os dias; (4) Um abrandamento do pensamento e uma redução do movimento físico (observável por outros, não apenas sentimentos subjetivos de inquietação ou desaceleração); (5) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias; (6) Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada quase todos os dias; (7) Menor capacidade de pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias, (8) Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano

específico, ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio” (American Psychiatric Association, 2014).

Para receber um diagnóstico de depressão, os sintomas devem causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo ao indivíduo em áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes do funcionamento, e esses sintomas também não devem ser resultado de abuso de substâncias ou outra condição médica (American Psychiatric Association, 2014).

A depressão resulta de uma interação complexa de vários factores sociais, psicológicos e biológicos. Quem passa por adversidades (desemprego, luto, trauma psicológico) são mais propensas a desenvolver depressão. Também existem inter-relações entre depressão e saúde física. Por exemplo, doenças cardiovasculares podem levar à depressão e vice-versa (WHO, 2020).

É na adolescência que se dá o desenvolvimento de hábitos sociais e emocionais importantes para o bem-estar mental, com a adopção de padrões de sono saudáveis; exercício regular; desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas interpessoais; e aprender a gerir emoções. O apoio da família, da escola e da comunidade em geral são determinantes. Estima-se que 10 a 20% dos adolescentes vivenciem condições de saúde mental em todo o mundo, mas elas permanecem subdiagnosticadas e subtratadas (WHO, 2019).

Uma metanálise realizada por (Callahan, Liu, Purcell, Parker, & Hetrick, 2012), mostra taxas de prevalência de depressão em adolescentes (13 a 18 anos) entre 3 a 9%, com uma prevalência cumulativa de 20% até o final da adolescência, e com uma taxa de recorrência de 60-70%. Segundo o mesmo estudo, a depressão tem sérios efeitos adversos no funcionamento social, académico e familiar. Já o Primeiro Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental aponta para uma taxa de prevalência de 17,9% de depressão major na faixa etária entre os 18 e os 34 anos (Almeida & Xavier, 2013).

Segundo a OMS (2019), a depressão é a quarta principal causa de doença e incapacidade entre os adolescentes e jovens de 15 a 19 anos. Os distúrbios emocionais podem afectar profundamente áreas como trabalho e a frequência escolar. O afastamento social pode exacerbar o isolamento e a solidão. Levando a desesperança e ao suicídio.

A idade de início para a maioria das perturbações psiquiátricas, incluindo a depressão, surge numa faixa etária estreita, abrangendo predominantemente a juventude desde o início da adolescência até meados dos anos 20 (Kessler, 2007).

A alta prevalência e a incapacidade associada à depressão fazem da prevenção efectiva baseada na evidência e das intervenções precoces uma prioridade (WHO, 2019).

Intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença mental visam fortalecer a capacidade dos indivíduos de regular emoções, aprimorar alternativas aos comportamentos de risco, construir resiliência em situações de adversidade e promover ambientes sociais e redes sociais de apoio (WHO, 2019)

Nos últimos anos, a evidência do impacto na saúde pública dos encargos associados à doença tem resultado num esforço na pesquisa de tratamentos eficazes da depressão. No entanto, pouco foi dedicado à prevenção, e um foco igualmente importante, mas muito negligenciado, o da intervenção precoce para aqueles com depressão emergente ou de primeiro episódio (Callahan, Liu, Purcell, Parker, & Hetrick, 2012).

3 – LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

A literacia em saúde tem sido uma preocupação nas últimas décadas. A Organização Mundial de Saúde (OMS), define literacia em saúde como “o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de forma que promovam e mantenham boa saúde” (WHO, 1998).

Segundo o *Policy brief 19* da OMS, uma “boa literacia em saúde envolve ter o conhecimento, confiança e habilidades para buscar, bem como processar, informações para melhorar e proteger a saúde e gerir a doença, a partir de uma variedade de fontes” (McDaid, 2016).

Para as principais doenças físicas, é amplamente aceite que se beneficia sabendo que acções se podem tomar para prevenção, intervenção precoce e tratamento. Contudo, o conhecimento público sobre literacia em saúde mental tem recebido menos atenção. Na revisão da literatura existe evidência sobre a falta de literacia na população sobre como prevenir perturbações mentais, reconhecer quando a perturbação surge ou se está a desenvolver, conhecimento sobre opções e tratamentos disponíveis, conhecimento de estratégias efectivas de auto-ajuda para problemas mais leves e moderados e habilidades de primeiros socorros para apoiar outras pessoas com problemas de saúde mental (Jorm in Loureiro, 2014).

O conceito de Literacia em saúde mental, é um conceito recente, tendo sido divulgado primeiramente por Jorm (e seus colaboradores) na década de 90 do século passado. Caraterizam-no como um conjunto de crenças e conhecimentos acerca das doenças mentais, que ajudam, não só, no seu reconhecimento, mas também na procura de ajuda/tratamento e prevenção das mesmas (Jorm, 2000).

Literacia em saúde mental tem com objectivo fornecer informação clara e fidedigna sobre diferentes aspectos relacionados com a Saúde Mental, divulgação e promoção de estilos de vida saudáveis, esclarecer sinais e sintomas da doença mental, facilitar o seu reconhecimento e a procura atempada de cuidados adequados, enriquecer a discussão do projecto terapêutico e promover a sua adesão, garantir uma melhor utilização dos serviços de saúde, promover uma melhor tomada de decisões em relação aos

tratamentos disponíveis, combater o estigma e a exclusão social, desconstruir mitos e preconceitos sobre a doença mental e promover uma melhor compreensão e aceitação destas situações, promover o envolvimento da população em geral na tomada de decisões em matérias relacionadas com a Saúde Mental (Jorm, 2000; 2012).

Segundo Jorm, citado por Loureiro (2014), as componentes do conceito de LSM são:” a) reconhecimento das perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda; b) conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis; c) conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda; d) conhecimento e as competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros; e) conhecimento do modo de como se podem prevenir as perturbações mentais” (Loureiro, 2014).

De acordo com a evidência produzida, o reconhecimento da perturbação mental é condição *sine qua non* para a procura de ajuda especializada (Jorm, 2014). Segundo o mesmo autor, o tempo de demora para procurar ajuda, nas pessoas com perturbações do humor, é de 10,6 anos, com 8,4 anos desde o surgir dos primeiros sinais, e 2,2 anos entre o momento em que se reconhece e a procura de ajuda especializada (Jorm, 2014).

A procura de ajuda é outro aspecto importante na literacia em saúde mental (LSM). Segundo Rickwood & Thomas (2012), o conceito é entendido como um processo activo e adaptável de tentar lidar com problemas ou sintomas usando recursos externos para obter assistência (Rickwood & Thomas, 2012). A procura de ajuda pode, ainda, ser classificada de acordo com a sua formalidade, isto é, se a ajuda é obtida através de relações sociais informais (amigos e familiares) – ajuda informal; ou se é obtida através de profissionais especializados – ajuda formal (Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005).

A procura de ajuda especializada tardia, ainda pode ser agravada, no caso dos adolescentes, devido ao contacto reduzido com os serviços de saúde (Loureiro, et al., 2012). É crucial o reconhecimento precoce e a procura de ajuda adequada, para a obtenção de melhores ganhos em saúde do individuo, assim como para o sucesso do tratamento implementado (Loureiro, et al., 2012).

A atribuição de rótulos as diversas doenças mentais, é uma das formas de se avaliar o reconhecimento de determinada perturbação. Esta rotulagem está intimamente ligada ao preconceito e ao estigma, sendo um dos entraves a procura de ajuda adequada (Loureiro, Sequeira, Rosa, & Gomes, 2014).

O estigma associado às doenças mentais também está associado como obstáculo à procura de ajuda. Num estudo exploratório, realizado por Rosa, Loureiro e Sequeira (2014), refere que percepções estigmatizantes são um achado transversal a todas as populações, embora mais enraizadas nos residentes em zonas rurais.

Jorm (2014), refere quatro factos relevantes relativamente a componente procura de ajuda:

- Muitas simplesmente não procuram ajuda ou retardam a sua procura;
- Esse atraso na procura de ajuda está intimamente ligado a piores resultados em saúde no futuro;
- O não reconhecimento de um problema como perturbação mental contribui para o atraso na procura de ajuda;
- O não reconhecimento tem maior probabilidade de ocorrer se o primeiro episódio ocorrer na adolescência (Jorm, 2014).

Relativamente à componente reconhecimento de ajuda profissional e tratamentos disponíveis, Jorm (2014), define-a com a obtenção de ajuda profissional adequada, conhecimento do papel dos vários profissionais de saúde mental, assim como dos diversos tratamentos e recursos disponíveis.

Diversos estudos demonstram uma maior apetência pelas ajudas informais, evidenciando uma maior intenção de procura de ajuda junto da família e amigos em detrimento das fontes formais. Isto é válido tanto para perturbações específicas tanto como problemas emocionais, pessoais e comportamentais (Sheffield, Fiorenza, & Sofronoff, 2004).

No contexto nacional existe pouca evidência produzida, no entanto, da existente dá para notar essa tendência por procura de ajuda informal (Loureiro, et al., 2013).

De acordo com Jorm (2012), podemos concluir que: a maioria das pessoas prefere fontes informais de ajuda em vez da busca de ajuda por profissionais, especialmente na adolescência; os profissionais especializados nem sempre são os preferidos, ex.: psicólogos; existem uma componente muito negativa relativamente a muitos dos tratamentos, especialmente em relação à medicação; associado a visões negativas da medicação junta-se a menor utilização, menor benefício e a descontinuidade do tratamento.

Quanto à componente do conhecimento da eficácia das estratégias de auto-ajuda para os problemas de saúde mental, a opinião geral é mais favorável. Contrariamente ao que

acontece com a ajuda profissional, a população tem uma atitude mais positiva em relação as técnicas de auto-ajuda e tende a usá-las com maior frequência (Jorm, 2014).

Da revisão da literatura existente, podemos concluir que: existe uma atitude mais positiva sobre o uso de estratégias de auto-ajuda, parecendo ser útil e facilmente implementado por pessoas com sintomatologia ansiosa ou depressiva; nem todas as estratégias comumente usadas são uteis, por exemplo dietas e suplementos alimentares; e é necessário reforçar que o uso de estratégias de auto-ajuda não é substituto da ajuda profissional (Morgan & Jorm, 2009; Morgan, Chittleborough, & Jorm, 2016).

O conhecimento e competências para prestar a primeira ajuda é outra das componentes do conceito de LSM, de acordo com Jorm (2014), existe algumas limitações a nível desta componente, essencialmente devido ao conhecimento limitado de como o fazer e ao facto de haver alguns aspectos ainda tabu, como no caso do suicídio. No entanto, o autor defende que este aspecto é muito importante, principalmente na adolescência e conclui que um bom apoio social promove a recuperação e reduz o impacto de eventos traumáticos.

A última componente no conceito de LSM é o conhecimento de como prevenir doença mental. Saber prevenir transtornos mentais é a componente mais negligenciada na LSM, em contraste com o que o público sabe sobre a prevenção dos problemas físicos. Talvez porque não se conhecem, ainda, claramente os factores de risco. No entanto, existe um potencial considerável para acções nessa área. Por exemplo, já existe alguma evidência de que o uso de cannabis aumenta o risco de psicose, e todos os jovens precisam tomar consciência desse risco (Jorm, 2014).

Na análise das diversas componentes do conceito de LSM, sabemos que: os problemas de saúde mental são mais comuns nos jovens, existe um elevado estigma associado aos problemas de saúde mental, muitos jovens têm poucos conhecimentos sobre saúde mental, a maioria não procura ajuda por desconhecimento de sintomatologia, por estigma ou por não saber dos recursos existentes.

Em conclusão, podemos afirmar que Intervenções para melhorar a educação em saúde mental são necessárias.

4 – PRIMEIRA AJUDA EM SAUDE MENTAL

O conceito de primeira ajuda em saúde mental (PASM) resulta da operacionalização do conceito de literacia em saúde mental adaptada para o contexto português (Loureiro, 2014).

O conceito original Mental Health First Aid (MHFA) foi criado pelos australianos Betty Kitchener e Anthony Jorm em 2002, como inspiração nos cursos de primeiros socorros, que apesar de poder salvar vidas, tem ênfase na saúde mental. Ainda de acordo com os mesmos autores, este é um método efetivo para melhorar a LSM (Kitchener & Jorm, 2002).

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

À semelhança com os primeiros socorros, que visam possibilitar a identificação de situações e execução de técnicas de socorro adequadas, com vista à estabilização da vítima até à chegada dos meios adequados, e que podem ser realizados por qualquer pessoa, assim esta ajuda, prestada no âmbito da saúde mental, por alguém que não é profissional de saúde mental, mas que se encontra próxima da pessoa que precisa de ajuda.

A PASM é dotada de princípios próprios, que são”: 1- preservar a vida; 2- Prevenir ferimentos ou danos futuros; 3- Promover a recuperação; 4- Oferecer conforto à pessoa que está doente ou magoada (Loureiro, 2014). Tem ainda como objectivos, a nível mais específico: 1) preservar a vida enquanto a pessoa representar perigo para si ou para outros; 2) prestar ajuda de modo a que o problema de saúde mental não venha a complicar-se; 3) promover a recuperação da saúde mental; 4) providenciar conforto à pessoa que vivencia um problema de saúde mental” (Loureiro, 2014).

São vários os motivos pelos quais as pessoas que vivem ou trabalham com adolescentes/jovens necessitam de formação ao nível da PASM (Loureiro, 2014):

- Na generalidade, os problemas de saúde mental têm início durante a adolescência ou início da vida adulta. Sendo os mais frequentes a depressão, ansiedade e *stress*, perturbações alimentares, psicoses e perturbações relacionadas com comportamentos aditivos;
- Os adolescentes e jovens poderão não ter conhecimentos suficientes sobre os sinais de alerta, incluindo a necessidade de acompanhamento ou tratamentos disponíveis;
- Os adultos podem, e devem desempenhar um papel importante na procura de ajuda. No entanto, também eles devem aumentar a sua LSM;
- O estigma e a discriminação são fortes entraves ao reconhecimento do problema e procura de ajuda. Esse estigma público deve-se a combinação de vários factores: os estereótipos associados as pessoas com doença mental, nomeadamente a depressão; o preconceito; e a discriminação. O estigma pode contribuir de forma decisiva para a recusa e conseqüente atraso na procura de ajuda;
- Os adolescentes/jovens com problemas de saúde mental podem não ter consciência que precisam ajuda. E aqui as pessoas mais próximas podem facilitar o processo de procura de ajuda;
- Nem sempre a ajuda especializada se encontra disponível em situação de crise. Nestes momentos pode-se oferecer a primeira ajuda de modo a facilitar o adolescente/jovem a obter ajuda adequada.

O objetivo dos cursos de primeira ajuda em saúde mental é a divulgação e ensino de competências básicas para prestar ajuda a uma pessoa em crise. Tendo sido criado para não profissionais, pois não tem como intuito o ensino de competências clínicas (Kitchener & Jorm, 2017).

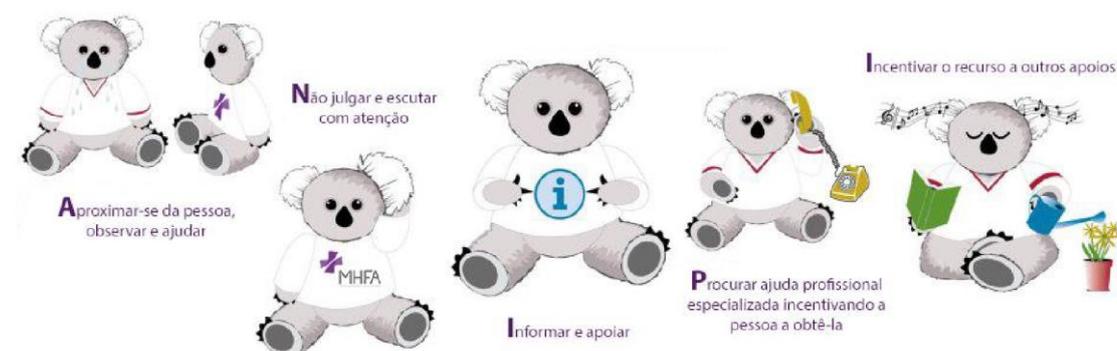
4.1 – Programa de primeira ajuda em Saúde Mental

O objetivo do PASM é o de ensinar as pessoas a reconhecer e valorizar os sintomas de perturbações mentais, ajudar na identificação de situações de crise relacionadas com os problemas de saúde mental, mostrando o modo mais adequado de prestar ajuda inicial e encaminhar o adolescente/jovem para profissionais adequados e outros apoios (Loureiro, 2014; Loureiro & Costa, 2019).

Para a primeira ajuda ser prestada, é fundamental ter-se conhecimentos básicos acerca do que é saúde mental e o que é doença mental, isto é, é necessário ter um domínio

satisfatório da LSM em todas as suas vertentes, com especial atenção para o reconhecimento dos problemas, essencialmente na identificação dos sinais e valorização dos sintomas de alerta, para posteriormente passar a acção (Kitchener & Jorm, 2002; Kitchener & Jorm, 2017).

O programa inclui uma identificação dos principais sinais e sintomas dos problemas e perturbações mentais mais recorrentes na adolescência e juventude, distinguindo sinais de mudança de comportamento que podem ser identificadas por outra pessoa (ex. choro fácil e injustificado), dos sintomas, enquanto experiências subjetivas que estão relacionados com o modo como a pessoa se sente (ex. sentir que nada vale a pena, sofrimento, etc.) (Loureiro, 2014). Para complementar a abordagem do prestador de primeira ajuda, o curso contempla um plano de acção, e ensina a coloca-lo em prática sempre que a pessoa pretende abordar alguém que está a desenvolver um problema ou numa crise relacionada com a sua saúde mental (Loureiro, 2014).



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

Acção 1 – **A**proximar-se da pessoa, observar e ajudar (numa crise;)

Acção 2 – **N**ão julgar e escutar com atenção;

Acção 3 – **I**nformar e apoiar;

Acção 4 – **P**rocurar ajuda profissional especializada incentivando a pessoa a obtê-la;

Acção 5 – **I**ncentivar o recurso a outros apoios. (Loureiro, 2014)

A ordem não tem de ser necessariamente esta, compete ao prestador da primeira ajuda avaliar a situação e decidir qual a ordem mais favorável para prestar ajuda de acordo com as necessidades da pessoa em causa.

O programa PASM é constituído por 14 horas de formação presencial (Kelly, Kitchener, Scanlan & Jorm, 2011; Loureiro, 2014), no entanto é passível de ser alterado consoante o contexto e características dos participantes. Este divide-se por módulos (Loureiro,

2014): 1) Saúde mental (conceito, definição de problemas de SM, doenças mentais mais comuns em adolescentes e jovens, impacto das doenças mentais, profissionais que podem ajudar e estratégias de autoajuda), Adolescência (conceito, desenvolvimento na adolescência e relação entre SM e adolescência) e Primeira Ajuda (importância da primeira ajuda em SM, plano de acção, factos a considerar, como comunicar eficazmente e comunicar com adolescentes e jovens de diferentes raízes e *backgrounds* culturais); 2) Primeira Ajuda, Problemas de Saúde Mental e Plano de Acção (depressão, ansiedade, perturbações alimentares, psicose e abuso de álcool); 3) Primeira ajuda em Saúde Mental em Situação de Crise (ideação suicida, comportamentos auto-lesivos, ataques de pânico, acontecimentos traumáticos, surto psicótico, abuso de álcool e comportamentos violentos) (Loureiro, 2014).

4.2 – Evidência em alunos de enfermagem

Os resultados de 2 metanálises (Hadlaczky & al, 2014; Morgan, Ross, & Reavley, 2018) sugerem que o programa PASM aumenta a literacia em saúde mental da população em geral. Segundo eles, o programa induz uma série efeitos em cascata, incluindo melhoria no autoconhecimento, maior percepção do bem-estar emocional das outras pessoas e das próprias, aperfeiçoamento do conhecimento relacionado com a saúde mental, e contrariando estigma. Todos esses efeitos tendem a levar a um aumento das habilidades de enfrentamento e melhoria da confiança para prestar suporte informado por pares. É importante ressaltar que os resultados indicam não apenas alterações nos conhecimentos e atitudes, mas também mudanças no comportamento daqueles que participam do curso.

Relativamente à efectividade em alunos de enfermagem, dois estudos australianos (Bond, Jorm, Kitchener, & Reavley, 2015; Burns, et al., 2017) mencionam que o programa de PASM é bastante útil para incorporar em cursos de enfermagem, tendo o potencial de melhorar a literacia em saúde mental e reduzir atitudes estigmatizantes e distanciamento social.

O estudo de Bond et al (2015), foi realizado para estudantes de enfermagem e medicina, com pré e pós-teste e usou duas abordagens distintas, formação presencial e *on-line*. No caso dos alunos de enfermagem as abordagens obtiveram efeitos similares a nível dos domínios do conhecimento sobre os problemas de SM, intenção em prestar primeira

ajuda e confiança em prestar a mesma. A nível do estigma, tanto pessoal como percebido, os efeitos foram menos marcantes (Bond, Jorm, Kitchener, & Reavley, 2015).

No estudo de Burns et al (2017), usou uma amostra de alunos do 1º ano de enfermagem, com grupo experimental e grupo de controlo, com pré e pós-teste e um follow up dois meses após a primeira intervenção. Observou-se um aumento da LSM ao nível do conhecimento sobre problemas de SM, na confiança para ajudar e intenção para prestar ajuda, e uma diminuição do estigma e distanciamento social.

No contexto português, destacam-se quatro estudos nacionais (Loureiro & Costa, 2019; Loureiro & Sousa, 2019; Cunha, 2019; Loureiro & Freitas, 2020) que obtêm resultados semelhantes aos encontrados em contexto internacional.

O primeiro estudo realizado em Portugal foi realizado por Loureiro e Sousa (2019), recorrendo a um desenho pré-experimental com apenas pós-teste em grupo único. A amostra foi constituída por um grupo de 16 recém-licenciados em enfermagem, e a intervenção teve a duração de dois dias, com um total de 14 horas. Foram avaliadas as várias componentes da LSM (na depressão, esquizofrenia e abuso de álcool) (Loureiro & Sousa, 2019). Pode-se observar níveis elevados e diferenciados de LSM nas suas componentes, principalmente no reconhecimento dos problemas de SM. Na procura de ajuda, a intenção de procura é mais elevada na depressão comparativamente às outras dimensões. No nível de confiança em prestar ajuda, os participantes sentiram-se mais confiantes nos casos de depressão e abuso de álcool. Os autores concluem que, apesar das várias limitações do estudo (desenho utilizado), os resultados mostram que no final, os participantes apresentam elevada confiança para procurar ajuda e ajudar os que estão próximo (Loureiro & Sousa, 2019).

No estudo de Loureiro e Costa (2019), o desenho utilizado foi semelhante ao do estudo anterior, no entanto foi usado pré e pós-teste. Foi aplicado a uma amostra de 46 alunos da licenciatura em enfermagem do 2º, 3º e 4º ano, com recurso ao instrumento de colheita de dados QuALiSMental (Loureiro, 2015). Os resultados obtidos demonstram um incremento da LSM, fazendo do programa uma intervenção adequada. Observaram-se mudanças nas várias componentes da LSM, com aumento do reconhecimento dos problemas de SM, assim como intenção de procura de ajuda e confiança em prestar PASM (Loureiro & Costa, 2019).

No estudo de Cunha (2019), conclui que o PASM contribui em grande forma para a melhoria da LSM para alunos do 1.º ano do CLE (Curso de Licenciatura em enfermagem). Mais especificamente, a intervenção contribui para um aumento da

capacidade de reconhecimento da depressão, seja pela identificação dos sinais associados, ou por valorização dos sintomas e uma diminuição da utilização de rótulos estigmatizantes associados aos problemas de saúde mental. Observa, ainda, um incremento da percepção da utilidade dos profissionais de saúde, com ênfase para o médico de família, professores e enfermeiros de saúde mental.

Mais recentemente, existe uma avaliação da efectividade do programa de PASM em estudantes de enfermagem (Loureiro & Freitas, 2020), demonstrando que este é efectivo no aumento dos níveis de literacia em saúde mental acerca da depressão e da ansiedade dos estudantes de enfermagem. Essa efectividade é notória nas várias componentes envolvidas na intervenção. Conclui, ainda, que o programa de PASM deve ser aplicado em contexto de integração dos estudantes ao ensino superior, na medida em que pode contribuir para que estes jovens consigam enfrentar os diversos desafios que lhes são colocados no quotidiano, com ênfase para os aspetos relacionados com o *stress* académico, frisando a sua utilização como medida preventiva e promotora de saúde mental.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

1 – TIPO DE ESTUDO

Este capítulo inicia-se com a apresentação da metodologia adoptada para o presente estudo. Assim sendo, as etapas sequenciais serão: questão de investigação/hipótese, caracterização da amostra, variáveis, instrumento de colheita de dados, procedimentos para a colheita de dados, assim com procedimento e técnicas estatísticas usadas para o tratamento de dados.

É um estudo de natureza quantitativa, de nível IV, que prossegue um desenho pré-experimental, com grupo experimental, avaliado com pré e pós teste (“one-group pretest-posttest design”).

2 – HIPÓTESES DO ESTUDO

H₁: A frequência do programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental pelos estudantes do primeiro ano do curso de licenciatura em Enfermagem, contribui para um aumento da sua literacia em depressão, nas componentes de reconhecimento da depressão, intenção de procura de ajuda, conhecimento e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda e confiança para prestar ajuda.

H₂: A frequência do programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental pelos estudantes do primeiro ano do curso de licenciatura em Enfermagem contribui para a diminuição das crenças estigmatizantes e do estigma pessoal acerca da depressão.

3 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Participaram neste estudo 100 alunos do primeiro ano da licenciatura em enfermagem da Escola de Enfermagem de Coimbra, no ano lectivo 2019/2020. O programa foi inserido nas actividades de integração ao caloiro.

Quanto às características sociodemográficas, 12 (12%) são do sexo masculino e 88 (88%) do sexo feminino. Relativamente à idade, a média é de 18,54 anos (desvio padrão=2,00 anos), sendo a idade mínima observada de 17 anos e a máxima de 30 anos.

O coeficiente de variação é de 10,8%, revelando um grupo homogéneo do ponto de vista da idade. Relativamente à variável sexo, a razão de variação é de 0,18, sugerindo uma baixa dispersão, justificado dada a natureza do curso de enfermagem ser frequentado maioritariamente por estudantes do sexo feminino.

Em relação às habilitações literárias dos pais (Tabela 1), podemos observar, em ambos os progenitores que as habilitações se concentram no ensino secundário – curso complementar dos liceus (12ºano) e no ensino básico (9º ano), 27% e 24% respectivamente. Relativamente a frequência do ensino superior é mais baixa para ambos os pais. No entanto, no que refere a formação especializada, as mães possuem percentagem maior, 4% contra 1% nos pais. E ainda, existe uma mãe sem habilitação literária.

Tabela 1: Distribuição absoluta e percentual das habilitações literárias dos pais (N=100)

Habilitações literárias	Pai		Mãe	
	n	%	n	%
Ensino básico – 1º Ciclo (antiga 4ª classe)	11	11,0	7,0	7,00
Ensino básico – 2º Ciclo (Ensino preparatório – antigo 6º ano)	22	22,0	12,0	12,0
Ensino básico – 3º Ciclo – Curso geral dos liceus (9ºano)	24	24,0	21,0	21,0
Ensino secundário (Curso complementar dos liceus)	27	27,0	40,0	40,0
Bacharelato/Licenciatura	15	15,0	15,0	15,0
Mestrado/Doutoramento	1	1,0	4,0	4,0
Analfabeto			1	1,0
Total	100	100,0	100	100,0

Por último, relativamente ao distrito de origem, a maior percentagem de alunos é fora de Coimbra (53%).

Tabela 2: Distrito de Origem

	N	%
Coimbra	47	47
Fora de Coimbra	53	53
Total	100	100,0

4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

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

Trata-se de um questionário construído como medida da literacia em saúde mental, adequado para diferentes perturbações. Dada a sua natureza e extensão, tem a virtude de ser fácil e de rápida administração.

É constituído por um conjunto de itens que pretendem avaliar as diferentes componentes da LSM, incluindo intenção de pedido de ajuda, percepção de competência pessoal para prestar ajuda e apoio e estima pessoal, utilizando diversos formatos de resposta.

A primeira parte do QuALiSMental inclui as instruções de preenchimento e questões de caracterização sociodemográfica (género, idade, habilitações literárias dos pais e distrito de origem).

Na segunda parte é apresentada uma vinheta relatando o problema de saúde mental em estudo (Tabela 3), de acordo com os critérios de diagnóstico da DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Quadro 1: Vinheta com a descrição de problema relacionado com depressão

Vinheta 1 – Depressão:	A Sofia é uma jovem de 18 anos que se tem sentido invulgarmente triste durante as últimas semanas. Sente-se sempre cansada e tem problemas para adormecer e manter o sono. Perdeu o apetite e ultimamente tem vindo a perder peso. Tem dificuldade em concentrar-se no estudo e as suas notas desceram. Mesmo as tarefas do dia-a-dia lhe parecem muito difíceis, pelo que tem adiado algumas decisões. Os seus pais e amigos estão muito preocupados com ela.
-------------------------------	--

Após a vinheta são colocadas questões relativas a várias componentes da LSM.

Na avaliação do **reconhecimento da depressão de modo a promover e facilitar a procura de ajuda**, é colocada a seguinte questão: “Na tua opinião, o que é que se passa com a Sofia? Têm a possibilidade de 3 respostas (Não sei, não tem nada e tem um problema. Só na eventualidade de responder que “tem um problema”, é que passa à segunda parte da questão, com possibilidade de resposta de 13 itens (pode-se assinalar várias respostas), sendo que entre eles existem rótulos de problemas de SM. Nos rótulos inclui: “depressão”; “esquizofrenia”; “psicose”; “doença mental”; “bulimia”; “Stress”; “esgotamento nervoso”; “abuso de substâncias (ex.: álcool)”; “é uma crise própria da idade”; “problemas psicológicos/ mentais/ emocionais”; “anorexia”; “ansiedade” e “alcoolismo”.

Uma segunda questão avalia a **intenção de procura de ajuda** numa situação semelhante à mencionada na respectiva vinheta com hipótese de resposta sim, não ou não sei.

A avaliação dos **conhecimentos e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda** é efectuada em duas partes: sendo a primeira com expressões utilizadas no quotidiano (questão 3) em que o estudante indica se considera útil ou prejudicial na abordagem a uma pessoa em “crise”; a segunda parte é constituída por 10 itens (questão 5), com a seguinte orientação: “São apresentadas de seguida diferentes opções que podias utilizar para ajudar a Sofia. Assinala para cada uma a tua opinião”. Os itens do questionário relativos são: “ouvir os seus problemas de forma compreensiva”; “dizer-lhe com firmeza para andar para a frente”; “sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado”; “marcar uma consulta no médico de família com o seu conhecimento”; “perguntar se tem tendências suicidas”; “sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas”; “reunir o grupo de amigos para a animar”; “não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor”; “mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas”; “incentivá-la a praticar exercício físico”. O formato de resposta aos itens é igual “útil”, “prejudicial”, “nem uma coisa nem outra” e “não sei”.

A **confiança para prestar ajuda** é avaliada por uma escala tipo Likert, sendo 1 muitíssimo confiante e 5 nada confiante.

As Crenças e estigma sobre doença mental são avaliadas pelo Inventário de Crenças sobre Doenças Mentais (ICDM) – Versão breve (Loureiro, Dias, & Ferreira, ICDM, 2006; Loureiro, Amaral Dias, & Aragão, 2008), e pela Escala de Avaliação do Estigma Pessoal (EAEP), versão portuguesa (Loureiro & Abrantes, 2014).

O ICDM apresenta 23 itens, com o intuito de medir as crenças sobre doença mental, incluindo o reconhecimento da doença, incurabilidade, reconhecimento da doença, perigosidade, doença como causa de estigma e discriminação, doença como condição médica e responsabilidade pessoal.

O EAEP é constituído por 7 itens, com formato de resposta tipo Likert de 1 - “concordo totalmente” até 5 - “discordo totalmente”. Da análise surgem factores como “fraqueza-não doença”, “perigosidade” e “imprevisibilidade”.

5 – INTERVENÇÃO

A versão do curso de PASM, teve a duração de 9 horas de formação. Estruturado em 4 sessões abordando problemas de SM como depressão, *stress* e perturbações da ansiedade (Loureiro, 2014).

1.ª Sessão:

- ♣ Preenchimento do QuALiSMental (pré-teste)
- ♣ Abordagem da dimensão: SM/problemas de SM e primeira ajuda em SM:
- ♣ O que é a SM?
- ♣ O que são problemas de SM?
- ♣ Quão comuns são as doenças mentais em adolescentes?
- ♣ Impacto das doenças mentais
- ♣ Profissionais que podem ajudar
- ♣ Estratégias de auto-ajuda eficazes e não eficazes
- ♣ Importância da Primeira Ajuda e Primeiros Socorros em SM
- ♣ Fatos a considerar na primeira ajuda
- ♣ Como comunicar eficazmente?
- ♣ Plano de Acção/ Primeira Ajuda em SM em situações de crise

2.ª Sessão: Depressão

- ♣ O que é a depressão?
- ♣ Factores de risco associados à depressão
- ♣ Intervenções para a depressão
- ♣ Diferenças de género na depressão adolescente
- ♣ Importância da intervenção precoce na depressão
- ♣ Crises associadas à depressão (Ideação suicida/comportamentos auto-lesivos)
- ♣ Plano de ação da Primeira Ajuda em Saúde Mental

3.^a Sessão: *Stress*

- ♣ O que é *stress*?
- ♣ Sinais e sintomas

4.^a Sessão: Ansiedade

- ♣ Sinais e sintomas/Factores de risco
- ♣ Estratégias de lidar com o *stress*
- ♣ Diário/Sono/alimentação/Relaxamento
- ♣ Primeira Ajuda em Crise para Ataques de Pânico
- ♣ Ansiedade aos exames - Problemas/desafios/estratégias de autoajuda
- ♣ Preenchimento do QuALiSMental (pós teste)

Optou-se por métodos activos como estratégia pedagógica, com recurso a dinâmicas de grupo e role-playing e visualização de vídeos.

6 – PROCEDIMENTO PARA A COLHEITA DE DADOS

Como referido anteriormente, o curso teve a duração de 9 horas (um dia), sendo constituído por 4 sessões (três de duas horas e uma de três horas) decorreu no dia 18 de setembro de 2019. A colheita de dados inicial (pré-teste) decorreu no início da primeira sessão e o pós-teste no fim da frequência do curso.

O projecto de intervenção foi previamente submetido à comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo II), obtendo parecer positivo. Foi, também, solicitada autorização prévia à Presidente da Direcção da instituição para a implementação do programa, assim como à coordenadora do 1.º ano do CLE e ao Presidente do Conselho Pedagógico, órgão responsável pela coordenação de actividades na semana de integração. O parecer foi positivo, sendo o curso uma das actividades da semana de integração ao CLE.

7 – TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento estatístico foi realizado com recurso ao *software* IBM-SPSS 24.0 e GPower 3.1. Foram calculadas as estatísticas resumo adequadas (ex. média, desvio padrão) e as frequências absolutas e percentuais para os itens de cada componente, antes e após a intervenção. Como testes de hipótese estatísticos, foram aplicados o teste McNemar, o teste de Bowker e o teste t de Student para grupos emparelhados.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS DADOS

1 – AVALIAÇÃO DA EFECTIVIDADE DO PROGRAMA

O presente capítulo refere-se aos resultados conducentes da avaliação da efectividade do programa de PASM. Os resultados são apresentados por cada componente da LSM avaliada pelo instrumento escolhido (QuALiSMental), de acordo com a hipótese de investigação. As tabelas apresentam em simultâneo os dados antes e após a intervenção.

1.1 – Reconhecimento da Depressão

Ao nível do reconhecimento (identificação correcta), a intervenção produziu um efeito estatisticamente significativo, passando das 82% iniciais que reconheciam correctamente a depressão, para os 95% no fim da intervenção. Este efeito é considerado elevado em termos de tamanho efeito ($p < 0,001$) (Tabela 3).

Em termos comparativos (antes e após), a intervenção produziu efeito com significado estatístico no incremento do assinalar do rótulo “doença mental” (de 11% para 39%, $p < 0,001$), e uma diminuição na utilização dos rótulos como “stress” (de 70% para 39%, $p < 0,001$), “ansiedade” (de 66% para 42%, $p < 0,001$) e “problemas psicológicos/mentais/emocionais” (de 62% para 40%, $p < 0,001$).

Após formação, também se constatou uma diminuição nas percentagens de outros rótulos assinalados como “bulimia” (de 9% para 1%, $p = 0,004$) e “esgotamento nervoso” (de 38% para 14%. $P < 0,001$).

Tabela 3: Distribuição percentual dos rótulos assinalados, antes e depois da intervenção, na 1.^a componente da LSM, incluindo teste de McNemar e medida de tamanho de efeito (N=100)

	Antes%	Depois %	X ²	p	g
Depressão	82,0	95,0	a	<0,001	0,43
Esquizofrenia	0,0	1,0	a	0,500	---
Psicose	0,0	3,0	a	0,125	---
Doença mental	11,0	39,0	22,78	<0,001	0,44
Bulimia	9,0	1,0	a	0,004	0,50
Stresse	70,0	39,0	21,95	<0,001	0,38
Esgotamento nervoso	38,0	14,0	17,63	<0,001	0,40
Abuso substâncias	2,0	1,0	a	0,500	---
Crise da idade	6,0	1,0	a	0,063	---
Problemas psicológicos/mentais/emocionais	62,0	40,0	12,25	<0,001	0,31
Anorexia	12,0	8,0	a	0,227	---
Ansiedade	66,0	42,0	12,6	<0,001	0,29

Nota: g= medida de efeito de Hedges; X²= Qui quadrado do teste de McNemar; a= teste utilizando distribuição binomial

1.2 – Intenção de procura de ajuda

Relativamente intenção de procura ajuda para a depressão (Tabela 4), previamente à intervenção verificou-se, que 73% dos participantes referem que pediriam ajuda, no fim da intervenção esse valor subiu para os 87%. Esta mudança revestiu-se de significado estatístico (p=0,017), apontando para um tamanho de efeito grande.

Tabela 4: Distribuições percentuais das respostas à questão “se estivesse a viver um problema semelhante procurarias ajuda?” (intenção de procura de ajuda), antes e depois da intervenção. Inclui resultados do teste de Bowker (N=100)

	Sim	Não	Não sei	Total	p
Sim	69	2	16	87	,017
Não	1	2	1	4	
Não sei	3	0	6	9	
Total	73	4	23	100	

1.3 – Conhecimentos e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda

Relativamente à atribuição de relevância às expressões usadas no quotidiano (Tabela 5), considerando-as úteis ou prejudiciais, verificou-se que antes da intervenção a utilização de expressões como “és superior a isso, eu conheço-te bem!” (90,0%), “a seguir à tempestade há sempre a bonança!” (86,0%), “estou preocupado contigo!” (66,0%), “precisas colocar um sorriso nesses lábios!” (88,0%) ou então “tens que ser forte! Tu consegues... é tudo “força de vontade” (79,0%), foram consideradas como úteis na abordagem da pessoa em crise pela maioria dos participantes. Já as expressões “tens tudo, não tens motivo nenhum para andares assim!” (5%), “a forma como te tens

comportado não é correcta!” 8%) e “há tanta gente com problemas piores que os teus!” (5%) foram encaradas como prejudiciais.

Comparando o antes e depois da intervenção pode observar-se mudanças com significado estatístico em 84,0% dos itens. No entanto o incremento na percepção de utilidade apenas se observou na frase “estou preocupado contigo!” ($X^2= 21,441$; $p<0,001$; $g=0,41$), que passou de 66,0% para 94,0%. Nos restantes itens diminuiu a percepção de utilidade das frases, sendo essa mudança associada a tamanho de efeito elevados, uma vez que todos os valores de g serem $\geq 0,25$.

No que respeita a estratégias de abordagem para prestar apoio e dar a primeira ajuda a outros, os resultados mostram (Tabela 6), a acção de “perguntar se tem tendências suicidas” é considerada prejudicial por 50%, enquanto apenas 21% a consideram útil, após intervenção 84 % passam a considerar a acção útil ($p=0,000$). A acção “Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente” é considerada má apenas por 27%, passando para 82% após intervenção. A acção “Não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor”, passa de 97% útil para 1%, após intervenção.

Comparando o antes e depois da intervenção, podemos observar que os itens “Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente”, “Não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor” e “Perguntar se tem tendências suicidas”, foram aqueles em cujas mudanças foram estatisticamente significativas ($p=0,000$).

Tabela 5: Comparação das distribuições percentuais referentes a grelha de expressões utilizadas no quotidiano. Inclui teste de McNemar

Itens:	Antes (%)	Depois (%)	χ^2	p	g
1. Todos temos dias assim, amanhã vais sentir-te melhor!	60,00	8,00	44,85	<0,001	0,45
2. A vida é injusta connosco, não estás tão mal como pensas!	6,00	1,00	(a)	0,125	---
3. Tens tudo, não tens motivo nenhum para andares assim!	5,00	0,00	(a)	0,063	---
4. És superior a isso, eu conheço-te bem!	90,00	37,00	50,16	<0,001	0,46
5. Tens que aprender a lidar com os teus problemas!	29,00	4,00	19,86	<0,001	0,43
6. A forma como te tens comportado não é correta!	8,00	1,00	(a)	0,016	0,50
7. É necessário andares com a vida para a frente, a tua vida continua!	64,00	12,00	48,17	<0,001	0,48
8. Também já passei por isso... já estive no teu lugar!	75,00	20,00	49,42	<0,001	0,47
9. Tenta esquecer esses sentimentos, isso ainda é negativo e faz-te mal!	57,00	14,00	33,28	<0,001	0,41
10. O teu distanciamento vai-te fazer que as pessoas também se afastem!	15,00	4,00	(a)	0,003	0,42
11. Andas triste, mas isso passa! Triste é que não se melhora, de certeza!	21,00	3,00	(a)	<0,001	0,41
12. Preocupas-me, sabes?	61,00	30,00	17,65	<0,001	0,30
13. A seguir à tempestade há sempre a bonança!	86,00	61,00	16,46	<0,001	0,36
14. Não há mal que sempre dure!	75,00	50,00	14,05	<0,001	0,30
15. Estou preocupado contigo!	66,00	94,00	21,44	<0,001	0,41
16. Não há rosas sem espinhos	45,00	34,00	3,03	0,080	---
17. Mete a tristeza para trás das costas!	60,00	7,00	49,16	<0,001	0,48
18. Há tanta gente com problemas piores que os teus!	5,00	0,00	(a)	0,063	---
19. Não tenhas pena de ti mesma(o)!	28,00	5,00	(a)	<0,001	0,36
20. Se saíres de casa vais sentir-te logo melhor!	73,00	32,00	30,19	<0,001	0,39
21. Precisas colocar um sorriso nesses lábios!	88,00	40,00	44,18	<0,001	0,48
22. Tens que ser forte! Tu consegues... é tudo "força de vontade"!	79,00	24,00	52,16	<0,001	0,47
23. Tens que reagir... assim não melhora!	54,00	16,00	32,60	<0,001	0,45
24. Procura manter-te ocupada para que não penses!	74,00	38,00	27,84	<0,001	0,41
25. Passa à frente!	33,00	5,00	22,78	<0,001	0,44

Nota: g = medida de efeito de Hedges; χ^2 = Qui quadrado do teste de McNemar; a = teste utilizando distribuição binomial

Tabela 6: Distribuições percentuais das respostas assinaladas pelos participantes, antes e depois da intervenção, aos itens relativos à prestação de primeira ajuda e apoio aos outros. Inclui estatística do teste de Bowker (N=100).

	Antes			Depois			Sig
	A	B	C	A	B	C	
1. Ouvir os seus problemas de forma compreensiva	98		2	99		1	(a)
2. Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente	23	27	50	10	82	8	,000
3. Sugerir que procure ajuda de um profissional ...	90	1	9	97		3	(a)
4. Marcar uma consulta no Médico de Família...	82	5	13	92	3	5	,051
5. Perguntar se tem tendências suicidas	21	50	29	84	11	5	,000
6. Sugerir que beba uns copos para esquecer...	1	94	5	1	96	3	,317
7. Reunir o grupo de amigos para o animar	90	1	9	72	20	8	,000
8. Não valorizar o seu problema, ignorando-o...	97	3	3	1	99		(a)
9. Mantê-la ocupado para que não pense tanto.	74	5	21	64	22	14	,001
10. Incentivá-lo a praticar exercício físico	79	1	20	96	1	3	,001

Legenda: A= útil; B = prejudicial; C = nem útil nem prejudicial; (a) Teste não calculado (distribuição binomial usada);

1.4 – Confiança para prestar primeira ajuda

Na confiança para prestar ajuda e apoio a alguém que estivesse a vivenciar uma situação semelhante à descrita na vinheta, observa-se (Tabela 7) um aumento estatisticamente significativo no fim da intervenção ($p=0,000$), aumentando em termos médios de 3,18 pontos para os 3,52 pontos no fim da intervenção.

Tabela 7: Estatísticas resumo da confiança para prestar ajuda, antes e depois da intervenção. (N=100).
Resposta à questão “Em que medida te sentes confiante para ajudar a Joana?”

	Antes		Depois		<i>t</i>	<i>Sig bilateral</i>
	Média	DP	Média	DP		
Confiança para ajudar	3,18	,77	3,52	,69	-4,585	,000

1.5 – Crenças e estigma sobre doença mental

No que respeita às crenças e atitudes acerca das doenças e doentes mentais, a análise efetuada aos itens do ICDM, antes e depois da intervenção (Tabela 8), permitiu verificar mudanças com significado estatístico em 70,0% dos itens do inventário. Como se pode observar a partir das médias obtidas (antes e depois), a concordância diminuiu nos itens “as doenças mentais são cíclicas (voltam de tempos a tempos)” ($t=1,799$; $p=0,004$; $d=0,18$), “se as pessoas tiverem cuidado com elas próprias, podem evitar as doenças mentais” ($t=4,690$; $p<0,001$; $d=0,47$), “as doenças mentais das pessoas resultam da falta de cuidados” ($t=3,775$; $p<0,001$; $d=0,40$), “o comportamento de uma pessoa com doença mental é imprevisível” ($t=4,221$; $p<0,001$; $d=0,42$), “As doenças mentais requerem mais tempo para serem curadas do que as outras doenças” ($t=1,769$; $p<0,001$; $d=0,18$), “a pessoa com doença mental é mais propensa a tornar-se criminosa” ($t=5,273$; $p<0,001$; $d=0,53$), “se vier a sofrer de uma doença mental é porque não tive o cuidado que devia ter” ($t=3,548$; $p<0,001$; $d=0,36$), “os doentes mentais têm tendência a serem perigosos” ($t=5,39$; $p<0,001$; $d=0,54$); “tomar medicamentos ao longo da vida para as doenças mentais torna (...) dependentes...” ($t=2,269$; $p=0,007$; $d=0,23$), “os indivíduos que são diagnosticados como doentes mentais, terão os sintomas ...” ($t=2,517$; $p=0,007$; $d=0,25$). Nos itens referidos, as medidas de tamanho de efeito (d) variaram de 0,18 a 0,54, sendo que apenas em dois itens foram elevados (“a pessoa com doença mental é mais propensa a tornar-se criminosa” e “os doentes mentais têm tendência a serem perigosos”), sendo pequenos nos restantes. Os itens das crenças em que se observou um acréscimo na concordância e cuja mudança se revestiu de significado estatístico foram “as pessoas com doença mental estão aptas para viver nas suas comunidades...” ($t=-2,941$; $p=0,002$; $d=0,29$); “os atrasos nos tratamentos pioram o sucesso de cura das

doenças mentais” ($t=-1,893$; $p=0,030$; $d=0,18$); “o tratamento inicial das doenças mentais requer o uso de medicamentos” ($t=-3,228$; $p=0,001$; $d=0,32$); “posso vir a sofrer de uma doença mental independentemente do que fizer ou não para isso” ($t=-5,217$; $p=,000$; $d=0,52$); “a reabilitação é eficaz no melhoramento das doenças mentais” ($t=-2,524$; $p=,007$; $d=0,20$); “a medicação é eficaz na melhoria dos sintomas na doença mental” ($t=-2,788$; $p=,003$; $d=0,28$). Neste caso, exceção para o item “posso vir a sofrer de uma doença mental independentemente do que fizer ou não para isso”, em que se observou um tamanho de efeito elevado ($d=0,52$), todos os outros indicaram tamanhos de efeito considerados pequenos.

Na avaliação do estigma pessoal associado à depressão (Tabela 9), observa-se que apesar da redução das médias, em todos os itens, serem estatisticamente significativas, os itens cujas mudanças foram maiores foram, “Se a Sofia quisesse poderia sair desta situação por si” ($t=7,874$; $p<0,001$; $d=0,79$) e “A situação da Sofia é um sinal de fraqueza pessoal” ($t=5,444$; $p<0,001$; $d=0,54$), “Esta situação não é uma doença verdadeira”. ($t=3,696$; $p<0,001$; $d=0,37$) e “Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação da Sofia” ($t=4,600$; $p<0,001$; $d=0,46$).

Tabela 8: Estatísticas resumo e comparações para os itens do ICDM E ESEP (N=100)

Itens do ICDM ^(a)	Antes Média (DP)	Depois Média (DP)	t	p	d
1. As doenças mentais são cíclicas (voltam de tempos a tempos)	3,55 (1,13)	3,31 (1,41)	1,799	,004	0,18
2. Se as pessoas tiverem cuidado com elas próprias, podem evitar as doenças mentais	3,13 (1,33)	2,53 (1,42)	4,690	<,001	0,47
3. As pessoas com doença mental estão aptas para viver nas suas comunidades...	5,13 (1,14)	5,47 (,82)	-2,941	,002	0,29
4. As doenças mentais das pessoas resultam da falta de cuidados	2,47 (1,19)	2,06 (1,19)	3,775	<,001	0,40
5. Os atrasos nos tratamentos pioram o sucesso de cura das doenças mentais	4,86 (1,21)	5,10 (1,07)	-1,893	,030	0,18
6. O tratamento inicial das doenças mentais requer o uso de medicamentos	2,83 (1,26)	3,35 (1,63)	-3,228	,001	0,32
7. Os mal-entendidos sobre as doenças mentais fazem com que seja difícil...	5,08 (1,08)	5,16(1,18)	-,824	,200	0,08
8. Uma pessoa com doença mental deve ter um emprego que exija pouca responsabilidade	2,53 (1,10)	2,57 (1,33)	-,283	,389	0,03
9. A doença mental é uma doença da cabeça	3,13 (1,50)	2,96 (1,62)	1,045	,150	0,10
10. O comportamento de uma pessoa com doença mental é imprevisível	4,00 (,94)	3,43 (1,48)	4,221	<,001	0,42
11. As doenças mentais requerem mais tempo para serem curadas do que as outras doenças	4,17 (1,15)	3,93 (1,47)	1,769	,004	0,18
12. Posso vir a sofrer de uma doença mental independentemente do que fizer ou não para isso	4,42 (1,04)	5,00 (1,14)	-5,217	<,001	0,52
13. A reabilitação é eficaz no melhoramento das doenças mentais	4,54 (1,03)	4,76 (1,21)	-2,524	,007	0,20
14. As pessoas que já receberam tratamento para a doença mental uma ...	3,64 (1,15)	3,43 (1,35)	1,546	,075	0,16
15. Deve ser difícil para as pessoas com doença mental seguir regras sociais como a pontualidade.	2,68 (1,20)	2,91 (1,63)	-1,484	,070	0,15
16. A medicação é eficaz na melhoria dos sintomas na doença mental	4,06 (1,20)	4,45 (1,42)	-2,788	,003	0,28
17. A pessoa com doença mental é mais propensa a tornar-se criminosa	2,31 (1,04)	1,68 (,85)	5,273	<,001	0,53
18. Se vier a sofrer de uma doença mental é porque não tive o cuidado que devia ter	2,03 (1,11)	1,65 (1,03)	3,548	<,001	0,36
19. Os doentes mentais têm tendência a serem perigosos	2,62 (1,00)	1,96 (1,07)	5,390	<,001	0,54
20. Tomar medicamentos ao longo da vida para as doenças mentais torna (...) dependentes....	4,14 (1,16)	3,84 (1,56)	2,269	,007	0,23
21. As pessoas com doença mental têm pouca capacidade para viver sozinhas ...	2,89 (1,08)	2,69 (1,46)	1,526	,065	0,15
22. Os indivíduos que são diagnosticados como doentes mentais, terão os sintomas ...	2,70 (1,18)	2,37 (1,42)	2,517	,007	0,25
23. Se os doentes mentais viverem no ambiente familiar e comunitário, isso tem influência...	5,35 (,76)	5,48 (,96)	-1,165	,124	0,12
Itens da EAEP^(b)					
1. Se a Sofia quisesse poderia sair desta situação por si.	2,63 (,91)	1,85 (,99)	7,874	<,001	0,79
2. A situação da Sofia é um sinal de fraqueza pessoal.	2,05 (1,09)	1,57 (1,04)	5,444	<,001	0,54
3. Esta situação não é uma doença verdadeira.	1,78 (1,13)	1,33 (,88)	3,696	<,001	0,37
4. A Sofia é perigosa para os outros.	1,55 (,76)	1,40 (,77)	1,992	,049	0,17
5. A melhor forma de evitar desenvolver uma situação como a da Sofia é afastar-me dela.	1,34 (,79)	1,08 (,31)	3,109	,002	0,31
6. A situação da Sofia torna-a uma pessoa imprevisível.	2,93 (1,11)	2,55 (1,33)	3,201	,002	0,32
7. Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação da Sofia.	2,13 (1,05)	1,70 (,86)	4,600	<,001	0,46

Nota. ICDM – Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais; EAEP – Escala de Avaliação do Estigma Pessoal; DP – desvio Padrão; d – medida de tamanho de efeito de Cohen; a) Formato de resposta de 1 (Discordo completamente) a 6 (Concordo Completamente) pontos; (b) formato de resposta de 1 (Discordo completamente) a 5 (Concordo Completamente) pontos; DP= desvio padrão

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo será feita a discussão dos resultados obtidos relativamente à efectividade da intervenção com o programa PASM na Literacia em Depressão.

Iniciarei por apresentar as limitações decorrentes deste tipo de intervenção, nomeadamente o desenho de investigação utilizado no estudo, de tipo pré-experimental (one-group pretest-posttest design), com grupo experimental e avaliação pré e pós intervenção (Thomas, 2020).

As limitações são, sobretudo, as ameaças à validade decorrente da falta de um *grupo de controlo*, isto é, apesar de existir a possibilidade de avaliar as mudanças efectuadas com a intervenção (pré e pós), a interpretação dos resultados deverá ser prudente, dado não existir um grupo que permita comparar os resultados e excluir leituras alternativas para as mudanças observadas na variável dependente (literacia em depressão). Contudo, isto não retira crédito ao trabalho efectuado, nem aos resultados obtidos no estudo. Estudos de Loureiro & Sousa (2019), Loureiro & Costa (2019), Cunha (2019) e Bond et al. (2015), todos eles sobre a efectividade (os 3 primeiros no contexto português e o último na Austrália), também recorreram a este tipo de *design*.

O instrumento de colheita de dados utilizado também traz alguns constrangimentos. Apesar de este apresentar vantagens relativamente a outros instrumentos, pois permite avaliar o padrão considerado correcto de respostas adequadas (ex.: considerar o consumo de bebidas alcoólicas como estratégia prejudicial), e ainda permite avaliar o grau de conhecimento recorrendo a hipótese de resposta “não sei”. No entanto, o instrumento utilizado não produz *score* da literacia em depressão.

Outra limitação pode ser atribuída ao programa ministrado (para este estudo), uma vez que o programa aborda várias questões relacionadas a SM (como conceitos e técnicas de abordagem), sendo a depressão reduzida a um período de tempo restrito.

Ainda neste contexto das limitações, a evidência científica existente sobre a efectividade do programa de PASM no contexto do ensino superior, especificamente em estudantes de Enfermagem, é reduzida/modesta comparativamente a outras populações, como podemos verificar.

Por último, a limitação temporal imposta pelo plano de estudos do Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica, não permite a execução de follow-up a esta população.

Pode-se verificar que os resultados do programa administrado vão ao encontro dos obtidos noutros estudos similares no contexto internacional (Morgan, Ross & Reavley, 2018) e também se pode afirmar que os achados são consistentes com os estudos realizados com alunos de enfermagem em contexto português (Loureiro & Sousa, 2019; Loureiro & Costa, 2019; Cunha, 2019; Loureiro & Freitas, 2020).

Ao nível do reconhecimento (identificação correcta) dos problemas de saúde mental de forma a promover e facilitar a procura de ajuda, a intervenção produziu um efeito claramente positivo com a intervenção. Pode-se observar alterações nos rótulos assinalados, com um aumento da escolha da “depressão” e “doença mental” como rótulo correcto e uma diminuição na atribuição de rótulos incorrectos como “bulimia”, “ansiedade”, “*stress*”, “esgotamento nervoso” e “problemas psicológicos/mentais/emocionais”. Estes achados estão em concordância com os encontrados noutros estudos com estudantes de enfermagem (Loureiro & Costa, 2019; Loureiro & Sousa, 2019; Cunha, 2019; Burns et al., 2017; Bond et al., 2015), nos quais se observa uma melhor rotulagem do caso descrito na vinheta. Tendo em conta que a evidência da literatura aponta para uma elevada prevalência de sintomatologia depressiva nos alunos do ensino superior (Araújo & Almeida, 2016; Nogueira, 2017; Teh et al., 2015; Padovani et al., 2014), pode-se assumir que estes resultados se revestem de uma importância significativa, podendo melhorar a actuação na prevenção e reconhecimento de problemas de saúde mental neste contexto, tendo em conta que uma das componentes da primeira ajuda é o reconhecimento do problema de forma a procurar ajuda em saúde mental (Jorm, 2014).

Quanto à intenção de procura de ajuda, verifica-se mudança substancial com medidas de tamanho de efeito elevado, atestando que o incremento da LSM através do programa de PASM contribui para uma mudança da postura acerca da procura de ajuda especializada em saúde mental. Este aspecto reveste-se de importância no sentido que, uma vez que a evidência refere que a maioria das pessoas atrasa ou recusa a ajuda em saúde mental, com ênfase para os adolescentes e jovens (Jorm, 2014; Loureiro, 2013). Estes resultados estão em consonância com os encontrados noutros estudos (Loureiro & Sousa, 2019; Loureiro & Costa, 2019; Cunha, 2019; Bond et al., 2015; Burns et al., 2017; Hadlaczky et al., 2014; Morgan et al., 2018).

No ponto fulcral do programa, conhecimentos e competências para prestar apoio e dar primeira ajuda, pode-se observar mudanças positivas na forma como utilizam as expressões comumente utilizadas como forma de expressar preocupação, assim como nas estratégias correctas de abordagem. Pode-se observar mudanças com significado

estatístico na maioria das frases, no entanto é no incremento do uso da expressão “Estou preocupado contigo!” que se nota a maior mudança. Nas possíveis estratégias de abordagem, a quase totalidade dos participantes (98%) concorda no momento prévio à intervenção” que é “útil” “ouvir os problemas de forma compreensiva”, paralelamente o “sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas” é considerado “prejudicial” logo de início pela maioria dos jovens. Estes dados indicam que já existe conhecimento prévio relativamente à importância da escuta e que o recurso ao álcool não é uma estratégia adequada, de forma que não podem ser avaliados. Onde se encontra uma maior mudança são no “Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente”, “Não valorizar o seu problema até que se sinta melhor”, que passam a ser consideradas “prejudiciais” no final; e “Perguntar se tem tendências suicidas!” que passa a ser considerada uma estratégia “útil” no final da intervenção.

Estas mudanças são muito positivas, num contexto de intervenção, e demonstra como o programa se apresenta como uma medida efectiva na mudança dos conhecimentos e competências ao nível da PASM. Estes resultados são consistentes com estudos realizados acerca da efectividade do programa de PASM cujas amostras utilizadas são estudantes de Enfermagem (Loureiro & Sousa; Loureiro & Costa, 2019; Cunha, 2019; Bond et al., 2015; Burns et al., 2017), ou noutro tipo de população (Hadlaczky et al., 2014; Morgan et al., 2018).

Na confiança para prestar ajuda e apoio a alguém que está a sofrer de um problema relacionado com a sua saúde mental, pode-se observar um aumento da confiança para prestar ajuda e apoio após formação. Este resultado está de acordo com a evidência acerca da efectividade do programa (Bond et al., 2015; Burns et al., 2017; Loureiro & Sousa, 2019; Loureiro & Costa, 2019, Cunha, 2019; Morgan et al., 2018). Note-se, que o objectivo central do programa de PASM é o de incrementar a LSM de forma a prestar a primeira ajuda a alguém em crise (Kelly et al., 2011). O reconhecimento do problema de saúde mental, assim como o uso correcto de frases comumente usadas no dia-a-dia e estratégias de abordagem, são técnicas essenciais, já que permitem planear a acção e dão as ferramentas fundamentais para realizar a abordagem, com ênfase para a comunicação (Loureiro & Sousa, 2019; Loureiro & Costa, 2019; Cunha, 2019).

Por último, os resultados das crenças e atitudes estigmatizantes sobre doença mental resultam da análise dos itens de duas escalas (ICDM e EAEP). Pode-se observar que ambas tem dados positivos e demonstram que o programa de PASM pode ser uma ferramenta bastante útil no combate às falsas crenças e atitudes estigmatizantes para com a doença mental. Contribui para uma redução substancial nas médias dos pontos

que contribuem para uma concepção estigmatizante e estereotipada das doenças mentais, principalmente no atributo da perigosidade (“a pessoa com doença mental é mais propensa a tornar-se criminoso”, “os doentes mentais têm tendência a serem perigosos”), da imprevisibilidade (“o comportamento de uma pessoa com doença mental é imprevisível”) e da doença mental como sinal de fraqueza ou falha de carácter (“a situação da Sofia é um sinal de fraqueza pessoal”). Estes *clichés* são os mais mencionados na literatura (Loureiro, 2008; Loureiro et al., 2008), e são considerados como dos maiores obstáculos à procura de ajuda em saúde mental. Estes achados estão de acordo com análise prévias acerca do estigma na doença mental (Morgan et al., 2018). Constata-se também, um incremento nas médias dos itens correspondentes à visão realista das doenças, tendo por base a reabilitação psicossocial, o uso de medicamentos e a responsabilidade individual para uma melhoria/manutenção da saúde mental. Estes resultados estando de acordo com os obtidos em outros estudos em que a mesma intervenção é utilizada (Loureiro & Costa, 2019; Loureiro & Freitas, 2020) e evidenciam mudanças mais positivas do estigma pessoal do que os obtidos, por exemplo, no contacto com pessoas com doença mental diagnosticada, no âmbito dos ensinamentos clínicos dos estudantes de Enfermagem (Gil et al., 2016).

Alguns itens exibem resultados opostos ao esperado com a frequência do programa, por exemplo nos pontos “se as pessoas tiverem cuidado com elas próprias, podem evitar as doenças mentais” e “posso vir a sofrer de uma doença mental independentemente do que fizer ou não para isso”. Estes resultados poderão resultar da leitura que os jovens fazem de algumas das mensagens transmitidas durante o programa, particularmente da “universalidade” e “democratização dos problemas de saúde mental como um acontecimento que pode atingir qualquer um e em qualquer momento das suas vidas (Loureiro, 2008).

Também se pode verificar que a intervenção produz um outro resultado, decorrente do conceito de LSM que envolve o agrupamento de crenças e conhecimentos acerca dos problemas de saúde mental que auxiliam no seu reconhecimento, gestão e prevenção (Jorm, 2019). Ao analisar os resultados das medidas de tamanho de efeito das componentes em estudo, verifica-se que os valores são mais elevados nas componentes relativas aos conhecimentos, comparando com as crenças e atitudes, ainda que em ambas com significado estatístico. Este achado está em linha com a evidência científica existente, demonstrando a dificuldade em mudar crenças social e culturalmente enraizadas, assim como comportamentos relacionados com a saúde mental (Loureiro, 2008).

Em corolário, da análise das várias componentes, pode-se verificar que o programa de PASM tem um impacto na literacia em depressão destes estudantes. Esta afirmação é corroborada pela literatura que é unanime em declarar que as mudanças que os estudantes de enfermagem passam no início do percurso académico, aumenta a susceptibilidade de desenvolver perturbações mentais, pelo que programas que promovam o desenvolvimento de capacidades para lidar com esta mudança e que os dote de conhecimentos de modo a promover e facilitar a procura de ajuda, assim como competências de auto ajuda e ajuda interpares, optimiza o seu desempenho académico e evita possíveis efeitos perniciosos (Pulido-Criollo, Cueto-Escobedo, & Guillén-Ruiz, 2018; Crawford, et al., 2015; Loureiro & Freitas, 2020).

CONCLUSÃO

O programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental provou ser uma ferramenta psicoeducacional efectiva, permitindo obter resultados positivos no incremento da Literacia em Saúde Mental, o que está de acordo com os dados publicados em diversos estudos.

O desenho do estudo usado (pré e pós-teste, com grupo único experimental) permite observar uma melhoria em diversas componentes da LSM, promovendo o reconhecimento e valorização dos problemas de saúde mental, e habilita os estudantes para a prestação de primeira ajuda mental interpares, concomitantemente permitindo desmistificar crenças e atitudes estigmatizantes com o intuito de potenciar a procura de ajuda em saúde mental. O uso de estratégias como “ouvir os seus problemas de forma compreensiva” ou “perguntar se tem tendências suicidas” podem ser fundamentais na prestação da primeira ajuda. Também o recurso a expressões adequadas, baseadas em atitudes comunicacionais correctas favorece a procura de ajuda.

Efectivamente, o programa de PASM contribui para um aumento da Literacia em Depressão nos estudantes do primeiro ano de licenciatura em enfermagem. Mune os jovens de um conjunto de habilidades para que possam ajudar-se e ajudar os seus pares, podendo prestar primeira ajuda em saúde mental, fazendo deste programa uma intervenção adequada para a promoção da saúde mental e prevenção da doença mental. Contribui para diminuição do estigma em relação ao doente/doença mental, aumenta a confiança para prestar primeira ajuda a alguém que esteja a passar por uma crise, até que a crise esteja resolvida e/ou a pessoa obtenha ajuda de um profissional especializado.

Em função dos resultados obtidos, faz sentido haver mais estudos e intervenções nesta área. Tanto para o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência, como para promoção da saúde mental e prevenção da doença, sendo uma área frequentemente negligenciada. Também, de acordo com as competências específicas do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica, intervenções deste género enquadram-se perfeitamente neste perfil,”... b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; c) Ajuda a pessoa ao longo do

ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Este estudo foi realizado no contexto da frequência do mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, com resultados que estão em consonância com a evidência científica já existente acerca da efectividade do programa de PASM, atestando a sua adaptação ao contexto de integração e adaptação dos estudantes ao ensino superior, com efeitos no seu percurso académico.

BIBLIOGRAFIA

- Allen, M. (2017). *The sage encyclopedia of communication research methods* (Vols. 1-4). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi:10.4135/9781483381411
- Almeida, J. M., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Almeida, J. S. (2014). *A saúde mental global, a depressão, a ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior: Estudo de prevalência e correlação (Tese de doutoramento)*. Universidade Nova de Lisboa.
- Almeida, L. S., Soares, A. P., & Ferreira, J. A. (2000). Transição e Adaptação à Universidade: apresentação de um Questionário de Vivências Académicas (QVA). *Psicologia: Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, 14:2, 189-208.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Climepsi Editores.
- Araújo, A. M., & Almeida, L. S. (2016). Adaptação ao ensino superior: o papel moderador das expectativas académicas. *Lumen: Educare*, 1 (1), 13 – 31. [Http://doi.org/10.19141/2447-5432/lumen.v1.n1.p.13-32](http://doi.org/10.19141/2447-5432/lumen.v1.n1.p.13-32).
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2016/2017). *IV Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral*. SICAD.
- Bond, K. S., Jorm, A. F., Kitchener, B. A., & Reavley, N. J. (12 de April de 2015). Mental Health First Aid Training for Australian Medical and Nursing Students: An Evaluation Study. *BMC Psychol*, 3 (1) (11), 1-9. doi: BMC Psychol
- Burns, S., Crawford, G., Hallett, J., Hunt, K., Chih, H. J., & Tilley, P. M. (23 de March de 2017). What's wrong with John? A randomised controlled trial of Mental Health First Aid (MHFA) training with nursing students. *BMC Psychiatry*, 17:111. doi: doi.org/10.1186/s12888-017-1278-2
- Callahan, P., Liu, P., Purcell, R., Parker, A., & Hetrick, S. (2012). Evidence Map of Prevention and Treatment Interventions for Depression in Young People. *Depression Research and Treatment*, 2012 (820735), 1-11. doi:10.1155/2012/820735

- Cunha, S. R. (2019). *Efetividade do programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental em estudantes do 1.º ano de Enfermagem (tese de mestrado)*. Tese Mestrado, Coimbra.
- Custódio, S., Pereira, A., & Seco, G. (2009). Stress e estratégias de coping dos estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga.
- Crawford, G., K Burns, S., Chih, H. J., Hunt, K., Tilley, P., Hallet, J., . . . smith, S. (19 de February de 2015). Mental health first aid training for nursing students: a protocol for a pragmatic randomised controlled trial in a large university. *BMC Psychiatry*, 15(26), pp. 1-8. doi: DOI 10.1186/s12888-015-0403-3
- Erse, M. Q., Simões, R. P., Façanha, J. N., Marques, L. F., Loureiro, C. E., Matos, M. T., & Santos, J. P. (Abril/Maio de 2016). Depressão em adolescentes em meio escolar: Projeto + Contigo. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 9*, pp. 37-45. doi:10.12707/RIV15026
- Esperidião, E., Adorno Barbosa, J., dos Santos Silva, N., & Bouttelet Munari, D. (septiembre-diciembre de 2013). A saúde mental do aluno de Enfermagem: revisão integrativa da literatura. (E. d. Preto, Ed.) *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 9(3), pp. 144-153. doi: DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v9i3p144-153
- Gil, I. M., Santos, J. C., & Loureiro, L. M. J. (2016). Estigma em estudantes de enfermagem: antes e depois do contacto com pessoas com transtornos mentais. *Revista Enfermagem UERJ*, 24 (1), Artigo e12309. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.12309>
- Global Burden Disease. (10 de November de 2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392, pp. 1789-1858. Obtido de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32279-7/fulltext#seccestitle470](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32279-7/fulltext#seccestitle470)
- Hadlaczky, G., Hökby, S., Mkrтчian, A., Carli, V., & Wasserman, D. (August de 2014). Mental Health First Aid is an effective public health intervention for. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 467–475. doi:10.3109/09540261.2014.924910

- Jorm, A. F. (2000). Mental Health Literacy: Public Knowledge and beliefs about mental disorders. *British journal of Psychiatry*, 177(5), pp. 396-401. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
- Jorm, A. F. (April de 2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. 67(3), 231-243. doi: 10.1037/a0025957
- Jorm, A. F. (2014). Mental Health Literacy: Promoting Public Action to Reduce Mental Health Problems. Em L. Loureiro, *Literacia em Saúde Mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 27-39). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Jorm, A. (2019). The concept of mental health literacy. Em O. Bauer, U. Levin-Zamir, D. P. Pinheiro, & K. Sorensen (Eds.), *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the life-span* (pp. 53– 66). Policy Press.
- Kelly, C., Kitchener, B., Jorm, A., Lowe, A., & Scanlan, C. (27 de January de 2011). Youth mental health first aid: a description of the program and an initial evaluation. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(4). doi: <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-4>
- Kessler, R., GP, A., S, A.-G., J, A., S, L., & TB, U. (July de 2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359-364. doi: 10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c
- Kitchener, B., & Jorm, A. (October de 2002). Mental Health First Aid Training for the Public: Evaluation of Effects on Knowledge, Attitudes and Helping Behavior. *BMC Psychiatry* 2(10). doi: doi.org/10.1186/1471-244X-2-10
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. (1 de June de 2017). The role of Mental Health First Aid training in nursing education: A response to Happell, Wilson & McNamara (2015). *Collegian*, 24(3), pp. 313-315. doi: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2016.06.002>
- Le, D. T., & Wilkinson, R. B. (2018). Students' mental health during university transition across the cultures: An attachment perspective. *The Role of School Psychology in Promoting Well-Being of Students and Families. The Role of School Psychology in Promoting Well-Being of Students and Families* (pp. 65- 75). Hanoi, Vietnam: University of Education Publishing House.

- Lipson SK, L. E. (January de 2019). Increased Rates of Mental Health Service Utilization by U.S. College Students: 10-Year Population-Level Trends (2007-2017). *Psychiatric Services*, 70(1), 60-63. doi: 10.1176/appi.ps.201800332
- Loureiro, L., Amaral Dias, C., & Ferreira, P. S. (Agosto de 2006). ICDM - Um inventário de crenças à cerca da saúde mental. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 14, 36-44.
- Loureiro, L. M. J. (2008). Representações sociais da loucura: Importância para a promoção da saúde mental. [Tese de doutoramento não publicada], Universidade do Porto.
- Loureiro, L. M. J., Dias, C. A., & Oliveira, R. A. (2008). Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais. Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Referencia*, (8). 33–44. Recuperado de <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/8-3344.pdf>
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T. M., Santos, J. C., Oliveira, R. A., & Ferreira, R. O. (Março de 2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, III, 6, 157-166. doi:10.12707/RIII11112
- Loureiro, L., Barroso, T., Mendes, A., Rodrigues, M., Oliveira, A., & Oliveira, N. (2013). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens portugueses sobre o abuso de álcool. *Escola Anna Nery*, 17(3), 474-481. doi: doi.org/10.1590/S1414-81452013000300010
- Loureiro, L. (2013). Barreiras e determinantes da intenção de procura de ajuda informal na depressão. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 733-746.
- Loureiro, L., Sequeira, C., Rosa, A., & Gomes, S. (Abril de 2014). Rótulos psiquiátricos: “bem-me-quer, mal-me-quer, muito, pouco e nada.....”. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial 1*, 40-46.
- Loureiro, L.M. J., Sousa, C.S. F., & Gomes, S.P. S. (2014). Primeira ajuda em saúde mental -Pressupostos e linhas orientadoras de ação [First aid in mental health - Assumptions and guidelines for action]. In L. M. J. Loureiro (Coord.), *Literacia em saúde mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir [Mental health literacy: Empowering people and communities to act]* (Vol. 8, pp. 63–77). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E). Retrieved from

https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=577&codigo=

Loureiro, L. (2014). *Primeira Ajuda em Saúde Mental*. Coimbra: UICISA: E/ESenfC.

Loureiro, L. M. (Jan/Fev/Mar de 2015). Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 4*, 79-88. doi: doi.org/10.12707/RIV14031

Loureiro, L. M., & Sousa, C. S. (2019). Programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental: Estudo piloto. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 5 (1), pp. 72-86. doi: doi.org/10.31211/rpics.2019.5.1.108

Loureiro, L. M., & Costa, L. M. (JAN/FEV/MAR de 2019). Avaliação do programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental em estudantes de licenciatura em enfermagem. *Revista de enfermagem Referência, Série IV, nº20*, pp. 9-18. doi: dx.doi.org/10.12707/RIV18087

Loureiro, L. M. & Freitas, P. M. (2020). Effectiveness of the mental health first aid program in undergraduate nursing students. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), Artigo e19078. <https://doi.org/10.12707/RIV19078>

Matos, A. P., André, R. S., Cherpe, S., Rodrigues, D., Figueira, C., & Marques Pinto, A. (2010). Estudo Psicométrico preliminar da Mental Health Continuum – Short Form – for youth numa amostra de adolescentes portuguesas. (I. d. Coimbra, Ed.) *PSYCHOLOGICA*, 53, 131-156. doi: https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_7

McDaid, D. (2016). *Investing in health literacy: What do we know about the co-benefits to the education sector of actions targeted at children and young people?* WHO.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Morgan, A. J., Ross, A., & Reavley, N. J. (31 de May de 2018). Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS ONE*, 13(5). doi: 10.1371/journal.pone.0197102

Morgan, A., & Jorm, A. (May de 2009). Self-help Strategies That Are Helpful for Sub-Threshold Depression: A Delphi Consensus Study. *Journal of Affective Disorders*, 115(1-2), 196-200. doi: doi.org/10.1016/j.jad.2008.08.004

- Morgan, A., Chittleborough, P., & Jorm, A. (December de 2016). Self-help Strategies for Sub-Threshold Anxiety: A Delphi Consensus Study to Find Messages Suitable for Population-Wide Promotion. *Journal of Affective Disorders*, 206, 68-76. doi: doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.024
- 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), Artigo e0197102. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102>
- Nogueira, M. C. (2017). Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: Fatores Protetores e Fatores de Vulnerabilidade (Tese de doutoramento). Recuperado de: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/28877/1/ulsd730773_td_Maria_Nogueira.pd
- Ordem dos Enfermeiros. (7 de Agosto de 2018). Regulamento de Regulamento n.º 515/2018 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República, Série II (151)*, 21427 - 21430. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>
- Padovani, R., Neufeld, C., Maltoni, J., Barbosa, L., Souza, W., Cavalcanti, H., & Lameu, J. (2014). Vulnerability and psychological well-being of college student. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(1), 2–10. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20140002>.
- Pereira, S., Reay, K., Bottel, J., Walker, L., & Dzikit, C. (2019). *University Student Mental Health Survey 2018*. The Insight Network and Dig In. London: The Insight Network and Dig In. Obtido em 10 de Março de 2020, de https://uploads-ssl.webflow.com/561110743bc7e45e78292140/5c7d4b5d314d163fecdc3706_Menta%20Health%20Report%202018.pdf
- Pulido-Criollo, F., Cueto-Escobedo, J., & Guillén-Ruiz, C. (2018). Stress in Nursing University Students and Mental Health. Em E. b. Bernal-Morales, & B. Bernal-Morales (Ed.), *Health and Academic Achievement* (pp. 31-45). México: intechopen. doi: DOI: 10.5772/intechopen.72993
- Psychiatric, A. A. (2013). *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 ed.). Arlington, VA: Association American Psychiatric. Obtido de <https://cdn.website-editor.net/30f11123991548a0af708722d458e476/files/uploaded/DSM%2520V.pdf>

- Rickwood, D., & Thomas, K. (6 de December de 2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychol Res Behav Manag*, 5, 173–183. doi:10.2147/PRBM.S38707
- Rickwood, D., Deane, F., Wilson, C., & Ciarrochi, J. &. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *AeJAMH (Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health)*, 4(3), 218-251. doi: doi.org/10.5172/jamh.4.3.218
- Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (Abril de 2014). Literacia em Saúde Mental de adolescentes: Um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL*, 125-132.
- Sheffield, J. K., Fiorenza, E., & Sofronoff, K. (2004). Adolescents' Willingness to Seek Psychological Help: Promoting and Preventing Factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, pages495–507. doi: doi.org/10.1023/B: JOYO.0000048064.31128.c6
- Soares, A. M., Pinheiro, M. d., & Canavarro, J. M. (2015). Transição e adaptação ao ensino superior e a demanda pelo sucesso nas instituições portuguesas. (I. d. Coimbra, Ed.) *Psychologica*, 58:2, 97-116.
- Storrie, K., Ahern, K. & Tuckett, A. (27 de January de 2010). A systematic review: Students with mental health problems—A growing problem. *International Journal of Nursing Practice*, 1-6. doi: doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01813.x
- Suicide Prevention Resource Center. (s.d.). *Consequences of Student Mental Health Issues*. Obtido em 10 de Março de 2020, de Suicide Prevention Resource Center: <https://www.sprc.org/colleges-universities/%20consequences>
- Teh, C., Ngo, C., Zulkifli, A., Vellasamy, R. & Suresh, K. (2015). Depression, Anxiety and Stress among Undergraduate Students: A Cross Sectional Study. *Open Journal of Epidemiology*, 05(04), 260–268. http://doi.org/10.4236/ojepi.2015.54030
- United Nations Office of Drugs and Crime. (2018). *World Drug Report 2018*. United Nations. Vienna: UNODC.
- WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*. Genebra: WHO.
- WHO. (24 de Maio de 2020). *World Health Organization*. Obtido de World Health Organization - Newsroom: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization. (23 de October de 2019). *Adolescent mental health*. Obtido de WHO: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

ANEXO I

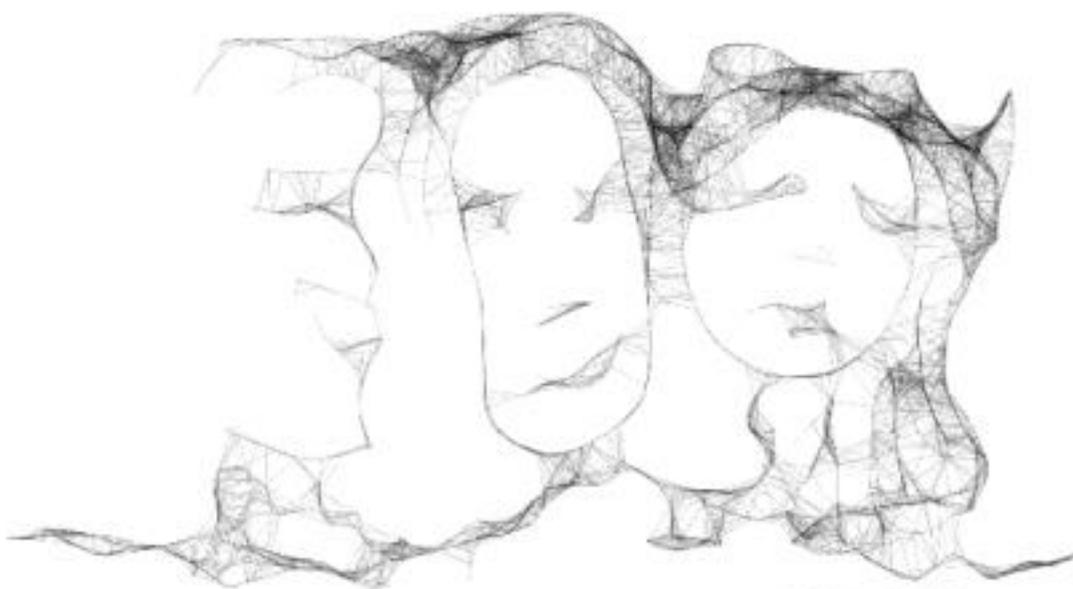
Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

(QuALiSMental- excerto)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL - QuALISMental*

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

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



Neslihan Karabök - 2014

Código: _____

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



ANEXO II

Parecer da Comissão de Ética da UICISA: E

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer N° P603/06-2019

Título do Projecto: Avaliação de efetividade do programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental em estudantes do 1º ano de enfermagem.

Identificação das Proponentes

Nome(s): Luís Manuel de Jesus Loureiro

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Luís Manuel de Jesus Loureiro

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

Considerando que o "... o ingresso no ensino superior corresponde a um período complexo na vida dos jovens estudantes, pelas mudanças que implica nas suas vidas, sendo referenciado com regularidade como estando associado a maior vulnerabilidade e podendo, por isso, ter repercussões na sua saúde mental e bem-estar, ao ponto de comprometer o seu desenvolvimento pessoal e profissional." e que a literatura aponta para "... que a literacia em saúde mental (LSM) dos jovens pode ser considerada uma variável relevante e com impacto direto na sua saúde mental..." considera-se justificada a intervenção e o estudo apresentado.

O estudo tem por objectivo "Avaliar a efetividade do programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental (PASM) na literacia em saúde mental dos estudantes do 1º ano, na primeira semana de integração ao curso".

O estudo é definido metodologicamente como "... pré-experimental com avaliação pré e pós teste."

Os participantes são "... todos os estudantes inscritos pela 1ª vez no 1º ano do curso de enfermagem." da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

É apresentada estrutura do programa de intervenção e os nomes dos diversos intervenientes na sua implementação. O curriculum do proponente aponta para a idoneidade do programa.

A recolha, codificação e tratamento dos dados serão efetuados pelo proponente.

No documento submetido:

- Estão definidos os critérios de inclusão;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes sendo apresentado termo de consentimento informado;
- São garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos não existindo recolha de qualquer dado que permita identificar os participantes na apresentação dos resultados;
- Não são identificados danos para os participantes existindo eventuais ganhos pela participação na formação oferecida.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é favorável ao estudo tal como apresentado. No entanto, o presente parecer não dispensa a autorização da instituição onde será implementado o programa e recolhidos os dados.

O relator:



Data: 16/07/2019 O Presidente da Comissão de Ética:

