

ARTIGO ORIGINAL

Programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental: Estudo piloto

Mental Health First Aid program: Pilot study

Luís Manuel de Jesus Loureiro ⁽¹⁾

Catarina Sofia Ferreira de Sousa ⁽²⁾

(1) Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E ESEnFC, Coimbra, Portugal

(2) Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, Casa de Saúde Rainha Santa Isabel, Coimbra, Portugal

Recebido: 21/01/2019; Revisto: 08/02/2019; Aceite: 20/02/2019.

<https://doi.org/10.31211/rpics.2019.5.1.108>

Resumo

Objetivo: O presente estudo piloto teve como objetivo apreciar comparativamente a qualidade do Programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental na Literacia em saúde mental de recém-licenciados em Enfermagem. **Método:** Utilizou-se um desenho pré-experimental, designado estudo de caso com pós-teste de grupo único. O Programa teve a duração de dois dias (14 horas). A amostra do estudo foi constituída por 16 recém-licenciados em Enfermagem, com uma média de idades de 21,86 anos ($DP = 0,54$). Como instrumento de colheita de dados foi utilizado o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental, aplicado à depressão, esquizofrenia e abuso de álcool. Em termos de análise de dados, recorreu-se às estatísticas resumo, ao teste Q de Cochran e teste de Friedman e como medidas de tamanho de efeito o \mathfrak{R} e W , associadas ao teste adequado. **Resultados:** Observou-se, no final da intervenção, níveis elevados e diferenciados de literacia em saúde mental em todas as suas componentes, ao nível da depressão, esquizofrenia e uso/abuso de álcool, especificamente em termos de reconhecimento dos problemas. Comparativamente, a intenção de pedido de ajuda diferenciou-se consoante o problema descrito nas vinhetas ($p < 0,05$), sendo mais elevada na depressão (81,30%) comparativamente ao abuso de álcool (56,30%) e à esquizofrenia (37,50%). Resultado idêntico foi obtido para a confiança em prestar primeiros socorros ($p < 0,05$) e em que os participantes se sentiram mais confiantes nos casos da depressão e do abuso de álcool. **Conclusões:** Apesar das limitações decorrentes do tipo de desenho utilizado, nomeadamente a ausência de grupo de controlo e não existência de observação prévia à intervenção, os resultados mostram que no fim do programa os participantes apresentam elevada confiança para agir em prol da sua saúde mental e daqueles que lhe estão próximos.

Palavras-Chave: Primeiros socorros; Literacia saúde mental; Depressão; Esquizofrenia; Abuso álcool; Quase-experiência.

Abstract

Objective: The present pilot study aimed to comparatively evaluate the quality of the First Aid Program in Mental Health Literacy in the mental health of recent nursing graduates. **Method:** A pre-experimental design was used, termed case study with single-group post-test. The program lasted two days (14 hours). The study sample consisted of 16 recent nursing graduates, with a mean age of 21.86 years ($SD=0.54$). The Questionnaire for Assessment of Mental Health Literacy was used as an instrument of data collection, applied to depression, schizophrenia, and alcohol abuse. In terms of data analysis, we used summary statistics, Cochran's Q test, and Friedman test, and as measures of effect size \mathfrak{R} and W , associated with the appropriate test. **Results:** At the end of the intervention, high and differentiated levels of mental health literacy were observed in all its components, regarding depression, schizophrenia, and alcohol use, specifically in terms of recognition of problems. Comparatively, the intention to request help differed according to the problem described in the vignettes ($p < 0.05$), being higher in depression (81.30%) compared to alcohol abuse (56.30%) and schizophrenia (37.50%). The same result was obtained for confidence in first aid ($p < 0.05$), and the participants felt more confident in cases of depression and alcohol abuse. **Conclusions:** Despite the limitations resulting from the type of design used, namely the absence of a control group and the absence of previous observation, the results show that at the end of the program the participants have high confidence to act for their mental health and of those who are close to them.

Keywords: First aid; Mental health literacy; Depression; Schizophrenia; Alcohol abuse; *Quasi*-experience.

Introdução

A literacia em saúde (LS) tem assumido lugar de destaque ao longo das últimas duas décadas, quer enquanto área privilegiada de investigação, quer ainda, como pressuposto e linha orientadora das intervenções conducentes, entre outros, à promoção da saúde e prevenção dos problemas de saúde no quotidiano dos cidadãos (Loureiro et al., 2012; Pedro, Amaral, & Escoval, 2016; Sørensen et al., 2012). A literacia no domínio da saúde mental, ou Literacia em Saúde Mental (LSM), não é exceção, existindo vasta evidência publicada, em contexto nacional e internacional, que revela, por exemplo, que o nível de LSM nas suas componentes, é muito modesto (Jorm, 2014), e que este facto pode ter implicações nos comportamentos de procura de ajuda profissional em saúde mental. É também referido na literatura (Jorm, 2014) que não reconhecer um problema como sendo um problema de saúde mental, contribui para que uma parte substancial das pessoas, ou não procure, ou demore na procura ajuda e que esses atrasos estão associados a piores resultados de saúde no futuro. Neste sentido, as pessoas devem apoiar a procura de ajuda em saúde mental, ainda que existam muitas limitações no conhecimento sobre o modo como prestar a primeira ajuda. São então consideradas como necessárias, intervenções que não transmitam apenas conhecimentos em saúde mental, mas capacitem as pessoas para agir em prol da sua saúde mental (Jorm, 2012, 2014).

Definimos *primeira ajuda em saúde mental* como ajuda que é prestada a alguém que está numa situação de sofrimento e/ou a desenvolver um problema de saúde mental (Loureiro, 2014). Esta ajuda é prestada por alguém que não é necessariamente profissional de saúde ou de saúde mental (Loureiro, Sousa, & Gomes, 2014). O momento em que a primeira ajuda se mostra adequada está representada na Figura 1.

A nossa proposta de definição de primeira ajuda é mais abrangente que o conceito de *Primeiros Socorros em Saúde Mental* (PSSM), tal como definido por Betty Kitchener e Anthony Jorm (Kitchener & Jorm, 2002), dado que a proposta destes autores tende a valorizar as situações de crise, comparativamente às situações em que os primeiros sinais começam a surgir e as pessoas que os observam tendem a não os reconhecer, e

a desvalorizar os sintomas. Distingue-se também do conceito de *primeiros cuidados psicológicos* (Organização Mundial de Saúde, 2011), ou *primeiros socorros psicológicos* (Beja et al., 2018), pois estes estão associados às situações em que as pessoas ficam abaladas por exposição a situações resultantes de crises graves/traumáticas, tais como guerras, catástrofe naturais, entre outras.

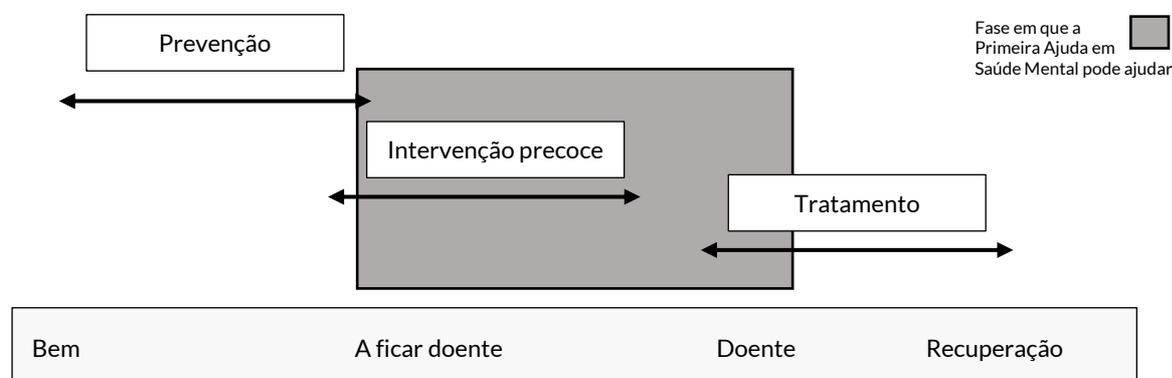


Figura 1. Momento em que a primeira ajuda pode contribuir para a procura de ajuda. Fonte: Loureiro (2014, p. 20).

Assim, a definição de primeira ajuda que se apresenta é coerente com a definição de problemas de saúde mental, pois este termo é “mais amplo e que inclui tantos as doenças mentais como os sintomas dessas doenças, que ainda não são suficientemente graves para que seja feito o diagnóstico” (Loureiro, 2014, p. 8). O programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental (PSSM) alvo deste estudo piloto, foi adaptado para o contexto Português a partir do programa *Mental Health First Aid* (MHFA®), criado na Austrália por Kitchener e Jorm (2002).

Os objetivos do programa de PSSM são (Loureiro, 2014, p. 20): “1. Preservar a vida enquanto a pessoa possa representar perigo para si ou para outros; 2. Prestar ajuda de modo a que o problema de saúde mental não venha a tornar-se mais sério; 3. Promover a recuperação da saúde mental; 4. Providenciar conforto à pessoa que experienciar um problema de saúde mental”. Trata-se de um programa com a duração de 14 horas cujos conteúdos englobam as cinco componentes da LSM ao nível de diferentes tipos de problemas e perturbações mentais (p. ex., perturbações de humor como a depressão), incluindo também a intervenção em diferentes situações de crise. O programa ensina, de modo sucinto, a “reconhecer os sinais e valorizar os sintomas de diferentes problemas e perturbações mentais e de diferentes situações de crise relacionadas com os problemas de saúde mental. Em simultâneo, indica o modo mais adequado de oferecer e prestar ajuda inicial e encaminhar a pessoa para profissionais de saúde adequados (p. ex., psicólogos) e outro tipo de recursos” (Loureiro et al., 2014, p. 65). Podemos dizer que o programa promove a educação do público ao nível da LSM, com o objetivo de reduzir o estigma e de capacitar os indivíduos e as comunidades para agir em prol da saúde mental. O programa segue um plano de ação semelhante a outros cursos de primeiros socorros, traduzida pela menomónica ANIPI (Loureiro, 2014, p. 23) e em que: “A - Aproximar-se da pessoa, observar e ajudar (incluindo situações de

crise); **N** - Não julgar e escutar com atenção; **I** - Informar e apoiar; **P** - Procurar ajuda profissional especializada incentivando a pessoa a obtê-la; **I** - Incentivar o recurso a outros apoios”.

A evidência produzida acerca da eficácia deste programa é extensa, dado ser um dos programas mais utilizados com o intuito de aumentar a literacia em saúde mental da população. Os resultados de diferentes estudos apresentam bons indicadores em termos de eficácia como indicam as revisões sistemáticas com meta-análise efetuadas (Hadlaczky, Hökby, Mkrtchian, Carli, & Wasserman, 2014; Morgan, Ross, & Reavley, 2018).

Ainda que possam ser referenciados dois estudos relacionados com enfermagem (Bond, Jorm, Kitchener, & Reavley, 2015; Burns et al., 2017), ambos utilizam amostras de estudantes e desenhos de investigação diferentes, nomeadamente utilização de grupo de controlo e avaliação pré e pós intervenção, tornando-se de difícil comparação. Ainda assim, ambos os estudos indicam que o programa contribui para o incremento dos conhecimentos, intenção de prestar primeiros socorros e confiança em prestar ajuda e apoio, com valores moderados a elevados nas medidas de tamanho de efeito.

Este estudo tem como objetivo apreciar comparativamente (a partir de uma amostra de recém-licenciados em Enfermagem), a literacia em saúde mental acerca da depressão, esquizofrenia e abuso de álcool, após a frequência do programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental.

Método

O presente estudo é de natureza quantitativa, de nível IV, prosseguindo um desenho pré-experimental (estudo de caso com pós teste de grupo único).

Participantes

A amostra é constituída por 16 recém-licenciados em Enfermagem (uma semana após a conclusão do curso), selecionados aleatoriamente da listagem da população de estudantes que concluíram o curso de licenciatura em Enfermagem (CLE) em julho de 2014 numa escola de Enfermagem da região Centro de Portugal continental. Da lista de recém-licenciados, foram selecionados aleatoriamente 20, com recurso ao *software random.org* (<https://www.random.org/>), tendo sido contactados de forma pessoal para participar (voluntariamente) no programa. Aquando do contacto, foram explicados os objetivos e natureza do programa, assim como todos os aspetos e questões relativas à participação. Dos 20 contactados, quatro (20,00%) não puderam participar por questões pessoais/profissionais, tendo recusado o convite.

A amostra foi, assim, maioritariamente do sexo feminino (87,50%), com uma média de idades de 21,86 anos ($DP=0,54$), sendo a idade mínima observada de 21 anos e máxima de 23 anos.

Instrumento

O instrumento utilizado neste estudo foi o *Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental* [QuALiSMental; Loureiro (2015)]. As cinco componentes da LSM avaliadas foram: a) reconhecimento dos problemas e perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda; b) conhecimentos sobre os profissionais e tratamentos disponíveis; c) conhecimentos sobre estratégias de autoajuda eficazes; d) conhecimentos e competências para prestar primeiros socorros e ajuda aos outros; e) conhecimento acerca do modo de prevenção de perturbações mentais. A avaliação é feita após apresentação de três vinhetas que relatam casos de depressão, esquizofrenia e abuso de álcool, de acordo com os critérios de diagnóstico da DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2006).

Procedimentos

A administração do programa, com a duração de 14 horas (sete horas/dia), decorreu nos dias 4 e 5 de agosto de 2014, tendo a colheita de dados decorrido no fim do programa no dia 5 de agosto de 2014. O QuALiSMental 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 (N.º P58-12/2011), tendo obtido parecer positivo.

Análise estatística

A análise foi efetuada com recurso ao programa IBM SPSS, versão 24. Foram calculadas as medidas estatísticas resumo adequadas. Como teste de hipótese estatístico, foi aplicado o teste Q de Cochran comparando as respostas observadas nos itens das três vinhetas (com emparelhamento). Em termos de medida de tamanho de efeito recorreremos ao \mathfrak{R} de acordo com a proposta de Johnston, Berry e Mielke (2007). Para comparar os resultados obtidos relativamente à intenção em procurar ajuda e confiança em prestar ajuda, utilizou-se, para a primeira questão o procedimento anterior (\mathfrak{R}), para a segunda, e porque o formato de resposta é em Likert de 1 a 5 pontos, recorreu-se ao teste de Friedman e como medida de tamanho de efeito o W (Tomczak & Tomczak, 2014).

Resultados

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

Em termos da primeira componente da LSM avaliada pelo QuALiSMental (Loureiro, 2015) no fim da frequência do programa de PSSM, podemos observar (Tabela 1) que a totalidade dos participantes

rotulou a situação como *depressão*. Ainda assim são de referir outros rótulos assinalados, tais como *stress* (25,00%), *problemas psicológicos/mentais/emocionais* (18,80%) e *doença mental* (18,80%). Contudo, alguns rótulos assinalados, ainda que em menor percentagem, remeteram para o não reconhecimento adequado da situação, tais como *uma crise da idade* (6,60%), *esgotamento nervoso*, e *anorexia* (18,80%).

No caso da esquizofrenia podemos observar, que 68,80% dos participantes assinalaram o rótulo *esquizofrenia*. Foram ainda assinalados os rótulos *doença mental* (37,50%) e *problemas psicológicos/mentais/emocionais* (25,00%).

Na situação descrita na terceira vinheta (abuso de álcool), podemos verificar que a totalidade do grupo assinalou o rótulo do *abuso de substâncias*. Foram ainda assinalados os rótulos do *alcoolismo* (31,30%) *problemas psicológicos/mentais/emocionais* (18,80%), *doença mental* (6,30%) e *depressão* (6,30%).

Em termos comparativos, as diferenças com significado estatístico situaram-se nos rótulos da *depressão* [Q(2) = 31,125; $p < 0,001$; $\mathfrak{R} = 0,91$], *esquizofrenia* [Q(2) = 22,000; $p < 0,001$; $\mathfrak{R} = 0,57$], *doença mental* [Q(2) = 7,600; $p < 0,05$; $\mathfrak{R} = 0,08$], *stress* [Q(2) = 8,000; $p < 0,05$; $\mathfrak{R} = 0,14$], *abuso de substâncias* [Q(2) = 30,125; $p < 0,001$; $\mathfrak{R} = 0,91$], *anorexia* [Q(2)=6,000; $p < 0,05$; $\mathfrak{R} = 0,09$] e *alcoolismo* [Q(2) = 10,000; $p < 0,001$; $\mathfrak{R} = 0,20$].

Conhecimentos sobre os profissionais e tratamentos disponíveis

Na segunda componente, observaram-se resultados satisfatórios em termos das respostas obtidas nas três vinhetas ao nível dos diferentes profissionais/pessoas que podem ajudar com ênfase para o *médico de família*, *psicólogo*, *enfermeiro*, *psiquiatra* e os *familiares próximos* e *amigos*. Comparativamente, as diferenças com significado estatístico situaram-se no *professor* [Q(2) = 12,000; $p < 0,01$; $\mathfrak{R} = 0,11$] e *serviço telefónico de aconselhamento* [Q(2) = 6,500; $p < 0,05$; $\mathfrak{R} = 0,24$]. Relativamente aos medicamentos/produtos, as diferenças observaram-se, comparativamente, nas *vitaminas* [Q(2)=9,000; $p < 0,01$; $\mathfrak{R} = 0,17$], chás [Q(2) = 6,500; $p < 0,05$; $\mathfrak{R} = 0,06$], *comprimidos para dormir* [Q(2) = 9,000; $p < 0,01$; $\mathfrak{R} = 0,12$], sendo mais marcadas nos *antidepressivos* [Q(2) = 13,500; $p < 0,001$; $\mathfrak{R} = 0,25$] e *antipsicóticos* [Q(2) = 30,125; $p < 0,001$; $\mathfrak{R} = 0,91$].

Conhecimentos sobre estratégias de autoajuda eficazes

Ao nível da terceira componente, a tendência observada nas respostas ([Tabela 1](#)) foi para os participantes privilegiarem e considerarem útil nos três problemas descritos, a ajuda profissional em termos de *fazer terapia com um profissional especializado*, *juntar-se a um grupo de apoio com problemas semelhantes*. Do mesmo modo, as percentagens foram elevadas na utilidade da *prática de exercício físico*, no *relaxamento* e na *leitura de livros de autoajuda*. Comparativamente, apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas na *prática de treino de relaxamento* [Q(2) =

6,000; $p < 0,05$; $\mathfrak{R} = 0,05$], na *consulta de um site com informação sobre o problema* [$Q(2) = 9,000$; $p < 0,01$; $\mathfrak{R} = 0,08$] e *ler um livro de autoajuda* [$Q(2) = 6,500$; $p < 0,05$; $\mathfrak{R} = 0,03$].

Conhecimentos e competências para prestar primeiros socorros e ajuda aos outros

No que concerne à quarta componente, para a vinheta da depressão, observa-se (Tabela 1) que a totalidade dos participantes elegeu como *útil* a sugestão da *procura de ajuda de um profissional especializado*, seguido de *ouvir os seus problemas de forma compreensiva* (93,80%), *marcar uma consulta no médico de família* (93,80%), *perguntar se tem tendências suicidas* (93,80%) e *incentivá-lo a praticar exercício físico* (87,50%).

No caso da esquizofrenia, as opções assinaladas como úteis pela totalidade foram: *ouvir os seus problemas de forma compreensiva* e *sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado*. As estratégias, *marcar uma consulta no médico de família* foi considerado *útil* por 93,80% dos participantes. A afirmação de que deve *dizer-lhe com firmeza para andar com a vida para a frente e não valorizar o problema*, foram percecionadas como prejudiciais pela totalidade dos participantes.

No caso da vinheta que representa o abuso de álcool observa-se que a opção selecionada como *útil* por todos os participantes foi *ouvir os seus problemas de forma compreensiva* (100%). De seguida foram considerados úteis, *incentivá-lo a praticar exercício físico* (93,80%), *sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado* (87,50%) e *marcar uma consulta no médico de família com o seu consentimento* (87,50%). Comparativamente, apenas se observaram diferenças com significado estatístico nas estratégias, *perguntar se tem tendências suicidas* [$Q(2) = 10,517$; $p < 0,01$; $\mathfrak{R} = 0,13$] e *incentivar a prática de exercício físico* [$Q(2) = 9,556$; $p < 0,01$; $\mathfrak{R} = 0,18$].

Conhecimentos acerca do modo de prevenção de perturbações mentais

Na última componente da LSM, observa-se (Tabela 1) que, relativamente à depressão, as ações preventivas são valorizadas do seguinte modo: *praticassem exercício físico* (93,80%); *mantivessem o contacto regular com os amigos* (93,80%), *não utilizassem drogas* (93,80%) e *mantivessem o contacto regular com a família* (87,50%). No que respeita à esquizofrenia foram percecionadas como ações preventivas *não utilizassem drogas* (93,80%), *mantivessem o contacto regular com os amigos* (87,50%), *mantivessem o contacto regular com a família* (87,50%), *não bebessem bebidas alcoólicas* (81,30%) e *praticassem exercício físico* (81,30%). Em termos do abuso de álcool, foram consideradas como ações preventivas *não utilizassem drogas* (93,80%), *não bebessem bebidas alcoólicas* (81,30%) e *praticassem exercício físico* (93,80%). Não se observaram diferenças com significado estatístico ($p > 0,05$) em nenhum dos itens desta componente.

Por último, foram avaliadas a intenção de pedir ajuda, caso os participantes estivessem a vivenciar uma situação semelhante à descrita nas vinhetas e a confiança para prestar primeiros socorros e ajuda (no fim da frequência do programa de PSSM).

Tabela 1

Distribuição Percentual das Classificações (sim e/ou útil) Atribuídas pelos Participantes aos Itens das Componentes da LSM avaliadas pelo QuALiSMental no Final da Frequência do Programa de PSSM

(N=16)	Depressão	Esquizofrenia	Abuso álcool	Q	ℜ
Depressão	100,00	0,00	6,30	31,125 ***	0,91
Esquizofrenia	0,00	68,80	0,00	22,000 ***	0,57
Doença mental	18,80	37,50	6,30	7,600 *	0,08
Stress	25,00	0,00	0,00	8,000 *	0,14
Abuso de substâncias	0,00	6,30	100,00	30,125 ***	0,91
Problemas psicológicos/mentais/...	18,80	25,00	18,80	1,000 ^{ns}	0,01
Anorexia	18,80	0,00	0,00	6,000 *	0,09
Alcoolismo	0,00	0,00	31,30	10,000 **	0,20
Médico de família	100,00	100,00	100,00	‡	‡
Professor	68,80	31,30	31,30	12,000 **	0,11
Psicólogo	100,00	93,80	100,00	2,000 ^{ns}	0,01
Enfermeiro	100,00	100,00	100,00	‡	‡
Assistente Social	50,00	37,50	31,30	4,667 ^{ns}	0,01
Psiquiatra	100,00	100,00	87,50	4,000 ^{ns}	0,01
Serviço telefónico ...	37,50	18,80	43,80	6,500 *	0,24
Familiar próximo	87,50	81,30	75,00	2,000 ^{ns}	0,01
Amigo significativo	93,80	87,50	81,30	2,000 ^{ns}	0,01
Vitaminas	43,80	6,30	6,30	9,000 **	0,17
Chás	31,30	12,50	6,30	6,500 *	0,06
Tranquilizantes/calmantes	18,80	43,80	12,50	5,250 ^{ns}	0,06
Antidepressivos	87,50	31,30	31,30	13,500 ***	0,25
Antipsicóticos	0,00	100,00	6,30	30,125 ***	0,91
Comprimidos para dormir	37,50	37,50	0,00	9,000 **	0,12
Fazer exercício físico	87,50	68,80	93,80	5,200 ^{ns}	0,05
Praticar treino de relaxamento	81,30	50,00	56,30	6,000 *	0,05
Praticar meditação	43,80	37,50	43,80	0,268 ^{ns}	0,02
Fazer acupuntura	31,30	12,50	18,80	3,500 ^{ns}	0,02
Levantar-se cedo todas as manhãs ...	31,30	12,50	31,30	4,500 ^{ns}	0,02
Fazer terapia com um profissional.	100,00	93,80	87,50	3,000 ^{ns}	0,02
Consultar um site que ...	43,80	25,00	62,50	9,000 **	0,08
Ler um livro de autoajuda ...	75,00	50,00	68,80	6,500 *	0,03
Juntar-se a um grupo de apoio ...	87,50	81,30	93,80	2,000 ^{ns}	0,00
Ouvir os seus problemas ...	93,80	100,00	100,00	2,000 ^{ns}	0,00
Dizer-lhe com firmeza para andar	0,00	0,00	0,00	‡	‡
Sugerir que procure ajuda ...	100,00	100,00	87,50	4,000 ^{ns}	0,05
Marcar uma consulta ...	93,80	93,80	87,50	2,000 ^{ns}	0,00
Perguntar se tem tendências suicidas	93,80	68,80	56,25	10,571 **	0,13
Sugerir que beba uns copos ...	0,00	6,30	0,00	2,000 ^{ns}	0,00
Reunir o grupo de amigos ...	50,00	25,00	50,00	4,000 ^{ns}	0,03
Não valorizar o problema	0,00	0,00	0,00	‡	‡
Mantê-lo ocupado para que ...	31,30	12,50	31,30	2,571 ^{ns}	0,01
Incentivá-lo a praticar exercício ...	87,50	50,00	93,80	9,556 **	0,18
Praticassem exercício físico	93,80	81,30	93,80	2,000 ^{ns}	0,00
Evitassem situações	25,00	31,30	31,30	2,000 ^{ns}	0,00
Mantivessem o contacto os amigos	93,80	87,50	87,50	0,667 ^{ns}	0,02
Mantivessem o contacto a família	87,50	87,50	87,50	0,000 ^{ns}	0,03
Não utilizassem drogas	100,00	100,00	100,00	‡	‡
Não bebessem bebidas alcoólicas	75,00	81,30	93,80	4,667 ^{ns}	0,03
Praticassem atividades relaxantes	75,00	75,00	81,30	1,000 ^{ns}	0,00
Tivessem uma crença religiosa ...	18,80	18,80	25,00	2,000 ^{ns}	0,00

Nota. ‡ Não é calculado o/a teste/medida estatística do tamanho do efeito.

ns = não significativo; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Como podemos observar (Tabela 2), relativamente à primeira questão, observaram-se diferenças com significado estatístico [$Q_{(2)} = 10,571$; $p < 0,01$; $\mathfrak{R} = 0,12$] nas três situações descritas, sendo que os valores mais elevados foram encontrados na depressão (81,30%) e no abuso de álcool (56,30%), comparativamente à esquizofrenia (37,50%).

Em termos de confiança para prestar ajuda e apoio, depois da frequência do programa de PSSM, os resultados obtidos (Tabela 2) revelaram diferenças significativas para os três cenários apresentados [$\chi^2_{(2)} = 8,435$; $p < 0,05$; $W = 0,26$], ainda que os valores medianos fossem iguais para os três cenários, a confiança foi mais elevada para o caso da depressão e abuso de álcool.

Tabela 2

Distribuição Percentual das Classificações (Sim) Atribuídas à Intenção de Procura de Ajuda e Estatísticas Resumo Para a Confiança Para Prestar Primeiros Socorros e Primeira Ajuda

	Depressão	Esquizofrenia	Abuso álcool	Q	\mathfrak{R}
Se estivesses ... pedirias ajuda?	81,30	37,50	56,30	10,571**	0,12
	Média postos (Mediana/Média)	Média postos (Mediana/Média)	Média postos (Mediana/Média)	χ^2	W^a
Confiança para prestar ajuda	2,25 (3,00; 3,50)	1,66 (3,00; 3,06)	2,09 (3,00; 3,50)	8,435*	0,26

Nota. ^aMedida de tamanho de efeito para o teste de Friedman.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Discussão

O presente estudo apresenta, desde logo, algumas limitações relacionadas com o desenho de investigação utilizado. Tratando-se de um estudo pré-experimental (*case study design*), que comporta um grupo único (experimental) e avaliação apenas na pós-intervenção (pós-teste), isso implica ou comporta ameaças à validade. Primeiro, não existindo avaliação prévia (pré-teste), não podemos avaliar o contributo do programa de PSSM para o incremento da LSM que decorre da comparação dos resultados dos dois momentos. Também não conseguimos saber como estão os participantes em termos de LSM no momento prévio à frequência do programa, contudo admitimos, dado tratar-se de uma amostra de recém-licenciados em Enfermagem), que estes detenham conhecimentos das questões/temas abordados no programa e que decorrem, de terem frequentado unidade curriculares na área da saúde mental, quer ainda da frequência de ensinamentos clínicos de saúde mental e psiquiatria.

A não existência de grupo de controlo pode também ser considerada uma ameaça à validade, pois não existe termo de comparação em termos deste programa (PSSM), comparativamente, por exemplo, a outra abordagem conducente ao incremento da LSM.

Neste sentido, e de modo a dar resposta ao objetivo do estudo, optou-se por efetuar a análise *à posteriori* (após o curso), comparando os resultados obtidos pelos participantes. Este processo de análise por emparelhamento é possível, pois as questões são as mesmas, assim como os participantes, variando apenas o estímulo (caso descrito na vinheta). Assim, poderá analisar-se se as respostas dos participantes são

ajustadas e adequadas aos problemas descritos nas vinhetas, e deste modo aferir, em parte, a qualidade do programa de PSSM.

É ainda de salientar que o programa compreende um conjunto vasto de perturbações e que a versão do questionário utilizado neste estudo (QuALiSMental), um instrumento com bons índices de validade e fidedignidade (Loureiro, 2015), cinge-se apenas a três problemas de saúde mental. De fora da avaliação ficam, por exemplo, os problemas de ansiedade (p. ex., fobia social), ou ainda os problemas da esfera do comportamento alimentar (p. ex., anorexia nervosa), entre outros.

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

Relativamente à primeira componente (reconhecimento das perturbações mentais de modo a facilitar a procura de ajuda), observa-se, na globalidade das perturbações, que os participantes apresentam resultados satisfatórios, sendo praticamente assente que sabem identificar as situações e atribuir-lhe um rótulo adequado. Este dado é importante quando se sabe que o programa não tem como pressuposto a ideia de diagnóstico em saúde mental, mas tão-somente o reconhecimento dos sinais e a valorização dos sintomas, sendo a atribuição de rótulos fator relevante para o questionar e problematizar das situações apresentadas.

Estes resultados estão em consonância com os obtidos noutros estudos (Bond et al., 2015; Burns et al., 2017), ainda que os desenhos de investigação sejam diferentes, no fim da frequência do programa, os participantes apresentam melhorias no reconhecimento.

Ainda que a *teoria da rotulagem* perspetive, numa forma inicial, os rótulos como forma de estigmatização, certo é que os rótulos podem ter aspetos positivos, isto se pensarmos que o que está a ser rotulado é o problema e não propriamente a pessoa (Link & Phelan, 2001). Neste sentido a utilização adequada de rótulos como de valorização do problema pode constituir-se como uma pré-condição para a procura de ajuda profissional.

Comparativamente, observa-se, a partir dos valores das medidas de tamanho de efeito (\mathfrak{R}) aplicadas aos resultados obtidos nesta componente, diferenças vincadas e com significado relevante em termos do efeito do programa na adequada utilização dos rótulos *depressão*, *esquizofrenia*, *abuso de substâncias* e *alcoolismo*, consoante o problema descrito, o que indicia um efeito positivo do programa. Ainda assim, é de repensar os conteúdos relacionados com o alcoolismo, uma vez que o termo é desadequado e o problema descrito não configura uma situação de alcoolismo.

A utilização dos termos doença mental apresentam valores comparativamente mais baixos, e este resultado é positivo, pois prende-se com a definição de problema de saúde mental protagonizada pelo programa e a distinção destes problemas das doenças, que implicam um diagnóstico. São ainda de salientar dois resultados relacionados com o rótulo *doença mental*. Por um lado, o maior valor percentual surge associado à esquizofrenia, o que é um indicador positivo pois os participantes sabem que este problema implica perda de contacto com a realidade, afetando a capacidade da pessoa na decisão de pedir ajuda. Por outro, o valor mais baixo associado à situação de uso abusivo de álcool. Este resultado pode indiciar e traduzir-se naquilo que muitas vezes se centra no domínio do recurso a um termo difuso designado de *vício*, em que o álcool não é perspetivado como uma substância psicoativa, tão pouco o abuso é considerado uma

doença. Esta análise é reforçada pela percentagem (cerca de 2/5) dos que referem que se estivessem na mesma situação, não sabiam se procurariam ajuda.

Conhecimentos sobre os profissionais e tratamentos disponíveis

Na segunda componente da LSM (Conhecimentos sobre ajuda profissional e tratamentos disponíveis), os participantes reconhecem a necessidade das intervenções da ajuda formal nas três situações-problema apresentadas, nomeadamente de um profissional de saúde, o que reflete aquelas que são as orientações do programa e sobretudo o modo como se procede ao acesso aos cuidados de saúde, incluindo os profissionais de saúde adequados.

Este dado pode indiciar também a compreensão e valorização dos problemas descritos nas vinhetas e do sofrimento que implicam para as pessoas que deles sofrem. E, ainda que valorizem a ajuda informal (e.g., familiares, amigos), a ver pelas taxas de resposta bastante elevadas e que remetem para a importância que tem para a saúde mental a existência de uma rede social consistente, estas são inferiores à necessidade da intervenção da ajuda formal (médico de família, psicólogo, enfermeiro e psiquiatra).

Não deixa ainda assim de ser questionável, mesmo após a intervenção, que o professor seja considerado *útil* por uma margem reduzida de participantes, exceção para o caso da depressão (68,80%). Uma das explicações poderá resultar das experiências de aprendizagem e do contato que os participantes tiveram com os professores no contexto do ensino superior, em que o distanciamento exigido, assim como as questões de anonimato e confidencialidade podem não promover a relação de ajuda.

Em termos de medicamentos/produtos, a literatura diz-nos que existe uma visão negativa dos psicofármacos e da sua utilização, por parte da generalidade da população (incluindo os profissionais de saúde), sendo privilegiados produtos como as vitaminas e os chás, produtos estes que não estão sujeitos a prescrição médica e são de venda livre (Jorm, 2014). Neste estudo verifica-se que a intervenção contribuiu para uma visão *mais correta*, até porque os participantes têm noções muito básicas de psicofarmacologia, e isso está patente no facto dos *antidepressivos* e os *antipsicóticos* serem considerados úteis para a depressão e esquizofrenia, respetivamente. Ainda assim verifica-se que os medicamentos mais referidos pela amostra como úteis numa situação de abuso de álcool são os tranquilizantes/calmanes e os antidepressivos o que pode revelar uma visão associativa da depressão e do consumo de álcool. Pensamos que o programa necessita de uma abordagem mais estruturada da psicofarmacologia em termos de outras perturbações como o abuso de álcool.

Em termos das medidas de tamanho de efeito, as diferenças são consistentes, variando de moderadas (*vitaminas, antidepressivos*) a elevadas (*antipsicóticos*) no que respeita a alguns medicamentos/produtos.

Conhecimentos sobre estratégias de autoajuda eficazes

Em termos da terceira componente salienta-se a generalização que os participantes fazem de algumas estratégias para todos os problemas apresentados, salientando-se neste sentido as estratégias que implicam a ajuda profissional (*fazer terapia com um profissional especializado; juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares; procurar ajuda especializada de saúde mental*), comparativamente às estratégias que poderão não requerer à partida acompanhamento, ainda que devam ser supervisionadas um profissional tais como *fazer exercício físico*.

O *treino de relaxamento*, a *prática de meditação*, a *acupuntura* ou ainda o envolvimento em atividades relaxantes como *levantar-se cedo todas as manhãs* e *ir apanhar sol* não são tão valorizadas quanto as outras. Dois fatores poderão explicar estes resultados: o desconhecimento da efetividade destas estratégias, mesmo após o programa, ou uma certa desvalorização relativamente às estratégias que implicam a ajuda de um profissional de saúde.

Pensamos que uma revisão dos conteúdos do programa deve ser efetuada nesta componente, sobretudo que providencie um esclarecimento acerca do efeito destas e de outras estratégias (Loureiro, 2014).

Conhecimentos e competências para prestar primeiros socorros e ajuda aos outros

Na componente central do programa, verifica-se que a intervenção realizada promove competências para a prestação da primeira ajuda ao nível dos três problemas, estando em concordância com as *guidelines* internacionais da PASM (Kitchener & Jorm, 2002).

É de referir a valorização da abordagem inicial e a escuta, traduzido no item *ouvir os seus problemas de forma compreensiva* que está em consonância com a primeira ação do ANIPI, nomeadamente *aproximar-se da pessoa, observar e ajudar*.

Salienta-se também a valorização que é feita à procura e incentivo da ajuda profissional (*marcar uma consulta no médico de família*) e que está patente na ação *procurar ajuda profissional especializada incentivando a pessoa a obtê-la*.

É também importante referenciar o facto de os participantes, no fim da intervenção, considerarem *útil* perguntar se a pessoa tem *tendências suicidas*. Este resultado é explicado pelos conteúdos abordados no programa onde é clarificado que a ideia de que questionar acerca do suicídio não coloca a ideia na cabeça da pessoa nem impulsiona a tomada de decisão para tal, proporcionando, pelo contrário, que a pessoa fale acerca daquilo que sente e procure ajuda (Yap & Jorm, 2012).

Também as estratégias como: *dizer-lhe com firmeza para andar para a frente*; *sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas*; *não valorizar o seu problema, ignorando-o*; *mantê-lo ocupado para que não pense tanto nos seus problemas* são perspetivadas como prejudiciais, o que é bom indicador e que atesta a qualidade do programa. Por exemplo, dizer a um jovem com firmeza para *andar para a frente*, pode contribuir para o isolamento da pessoa, que deixa de partilhar os problemas com os outros, agravando a situação de saúde.

Conhecimentos acerca do modo de prevenção de perturbações mentais

Os resultados apresentados na componente de conhecimentos acerca do modo como se podem prevenir as doenças mentais (5.^a componente) é consistente com os objetivos do programa, isto porque os participantes acreditam que é possível prevenir as doenças mentais, nomeadamente com o estabelecimento de relações sociais próximas, contacto regular com os amigos, evitamento do consumo de drogas e outras substâncias como são as bebidas alcoólicas e, ainda, o exercício físico. Outro dado positivo demonstrado nesta componente e que, a nosso ver, está relacionado com aquilo que é ensinado no programa, prende-se com o facto de mais de metade dos participantes considerarem que evitar situações de stress não reduz o risco de desenvolver uma perturbação mental.

Intenção de pedido de ajuda e confiança em prestar ajuda

Duas questões são fundamentais no contexto do programa de PSSM. A primeira diz respeito à intenção de pedir ajuda numa situação semelhante à descrita nas vinhetas, e que decorre do próprio conceito de LSM e do próprio programa, nomeadamente usar o conhecimento para agir em prol da saúde do próprio e daqueles com quem se relaciona. Neste sentido, os resultados obtidos são consistentes com a natureza dos problemas descritos e o que eles implicam, assim como com os contextos culturais e sociais em que ocorrem, ainda que a estimativa da medida de tamanho de efeito nesta questão seja muito modesta ($\mathcal{R} = 0,12$), contudo com significado estatístico. Se no caso da depressão, 4/5 refere que pediria ajuda se estivesse em situação semelhante, em termos de esquizofrenia, a maioria sabe que a doença compromete a decisão e reconhecimento da situação por parte de quem sofre. Já no consumo de álcool, pouco mais de metade pediriam ajuda, o que denota um certo constrangimento e desconhecimento daquilo que o álcool e os comportamentos de consumo representam para o indivíduo. Sabemos também que o uso e inclusive o abuso de álcool são comportamentos muito regulares nos estudantes de ensino superior, ainda que nem todos bebam e dos que bebem muitos não o façam em excesso. Contudo, estes resultados sugerem uma certa incapacidade de analisar criticamente o problema e pode decorrer de julgar o comportamento com um problema de saúde que poderá ter sido seu ou que assistiu em colegas e amigos durante a frequência do ensino superior.

Por fim, na segunda questão, que diz respeito à confiança para ajudar uma pessoa que está a desenvolver um problema de saúde mental semelhante ao descrito, observamos que nos três casos relatados, e após a frequência do programa, os participantes manifestam a sua confiança para intervir. Esta confiança, no entanto, manifesta-se em diferentes graus (desde confiante a muito confiante), mesmo que os valores medianos sejam iguais nos três casos, as médias indicam maior confiança para a depressão e abuso de álcool, com um valor de tamanho de efeito modesto ($W = 0,26$).

Os resultados contribuem para aquilo que tem sido afirmado relativamente ao efeito positivo do programa sobre a LSM dos participantes, não estando distantes dos resultados obtidos nas revisões da literatura, que indicam valores para a eficácia que vão de modestos a elevados (Hadlaczky et al., 2014; Morgan et al., 2018), ainda que as intervenções, sendo de nível IV, usam desenhos de tipo experimental e quase-experimental.

Conclusão

Os resultados deste estudo piloto permitem observar a exequibilidade e viabilidade do programa de PSSM, como ferramenta psicoeducacional conducente ao incremento da LSM. Este programa promove simultaneamente a prestação de primeiros socorros e primeira ajuda em saúde mental, como pode contribuir para a redução do estigma associado às problemas e perturbações mentais no quotidiano e que estão na base de muitos comportamentos de recusa ou evitamento da procura de ajuda profissional. A adesão dos participantes poderá também ser indiciadora e indicadora do sucesso da implementação do programa.

A existência do plano de ação (ANIPI) torna este programa inovador e capaz de nortear a ação durante a prestação de primeiros socorros e primeira ajuda, o que pode garantir que as pessoas obtenham ajuda profissional, diminuindo, por exemplo, o tempo que decorre entre a ocorrência dos primeiros sinais e sintomas e a procura de ajuda especializada em saúde mental.

Conclui-se também que é necessário e adequado aliar este programa, por exemplo, ao desenvolvimento de plataformas (Web) dedicadas à saúde mental, abrangendo de forma extensiva todos os quadrantes da população portuguesa, que não só adolescentes e jovens, ainda que sejam nestas idades que assistimos à manifestação da maioria dos problemas de saúde mental.

Conflito de interesses | Conflict of interest: nenhum | none.

Fontes de financiamento | Funding sources: nenhuma | none.

Contributos | Contributions: LMJL: Revisão da literatura e redação do manuscrito; Tratamento dos dados; Discussão dos dados; Revisão da redação final do manuscrito. CSFS Contributo na Revisão da literatura; Recolha, inserção e discussão dos dados; Revisão da redação final do manuscrito.

Referências

- American Psychiatric Association. (2006). *DSM-IV-TR - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* [Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)] (4th ed.). Lisboa: Artmed.
- Beja, M. J., Portugal, A., Câmara, J., Berenguer, C., Rebolo, A., Crawford, C., & Gonçalves, D. (2018). Primeiros socorros psicológicos: Intervenção psicológica na catástrofe [Psychological first aid: Psychological intervention in disaster]. *Psicologica*, *61*(1), 125–142. https://doi.org/10.14195/1647-8606_61-1_7
- Bond, K. S., Jorm, A. F., Kitchener, B. A., & Reavley, N. J. (2015). Mental health first aid training for Australian medical and nursing students: An evaluation study. *BMC Psychology*, *3*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0069-0>
- Burns, S., Crawford, G., Hallett, J., Hunt, K., Chih, H. J., & Tilley, P. J. M. (2017). What's wrong with John? A randomised controlled trial of Mental Health First Aid (MHFA) training with nursing students. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 111. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1278-2>
- Hadlaczky, G., Hökby, S., Mkrtchian, A., Carli, V., & Wasserman, D. (2014). Mental health first aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, *26*(4), 467–475. <http://doi.org/10.3109/09540261.2014.924910>
- Johnston, J. E., Berry, K. J., & Mielke, P. W. (2007). Permutation tests: Precision in estimating probability values. *Perceptual and Motor Skills*, *105*(3), 915–920. <https://doi.org/10.2466/pms.105.3.915-920>
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, *67*(3), 231–243. <http://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A. F. (2014). Mental health literacy: Promoting public action to reduce mental health problems. 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. 27–39). 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=
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2002). Mental health first aid training for the public: Evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*, *2*(1), 10. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-2-10>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Loureiro, L. M. J. (2014). *Literacia em saúde mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* [Mental health literacy: Empowering people and communities to act]. 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. M. J. (2015). Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental: Estudo das propriedades psicométricas [Questionnaire for Assessment of Mental Health Literacy – QuALiSMental:

- Study of psychometric properties]. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 79–88. <http://doi.org/10.12707/RIV14031>
- Loureiro, L. M. J., Mendes, A. M. O. C., Barroso, T. M. M. D. A., Santos, J. C. P., Oliveira, R. A., & Ferreira, R. O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: Conceitos e desafios [Mental health literacy of teenagers and youth: Concepts and challenges]. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 157–166. <http://doi.org/10.12707/RIII11112>
- 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=
- Morgan, A. J., Ross, A., & Reavley, N. J. (2018). Systematic review and meta-analysis of mental health first aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS ONE*, 13(5), e0197102. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102>
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Primeiros cuidados psicológicos: Guia para trabalhadores de campo* [Psychological first aid: Guide for field workers]. Geneva: OMS. Retrieved from https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1517-primeiros-cuidados-psicologicos-um-guia-para-trabalhadores-campo-7&category_slug=prevencao-e-cont-doencas-e-desenv-sustentavel-071&Itemid=965
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal [Health literacy, from data to action: Translation, validation and application of the European Health Literacy Survey in Portugal]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259–275. <http://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 12–80. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Tomczak, M., & Tomczak, E. (2014). The need to report effect size estimates revisited. An overview of some recommended measures of effect size. *Trends in Sport Sciences*, 21(1), 19–25. Retrieved from http://tss.awf.poznan.pl/files/3_Trends_Vol21_2014_no1_20.pdf
- Yap, M. B. H., & Jorm, A. F. (2012). Young people's mental health first aid intentions and beliefs prospectively predict their actions: Findings from an Australian National Survey of Youth. *Psychiatry Research*, 196(2-3), 315–319. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.004>