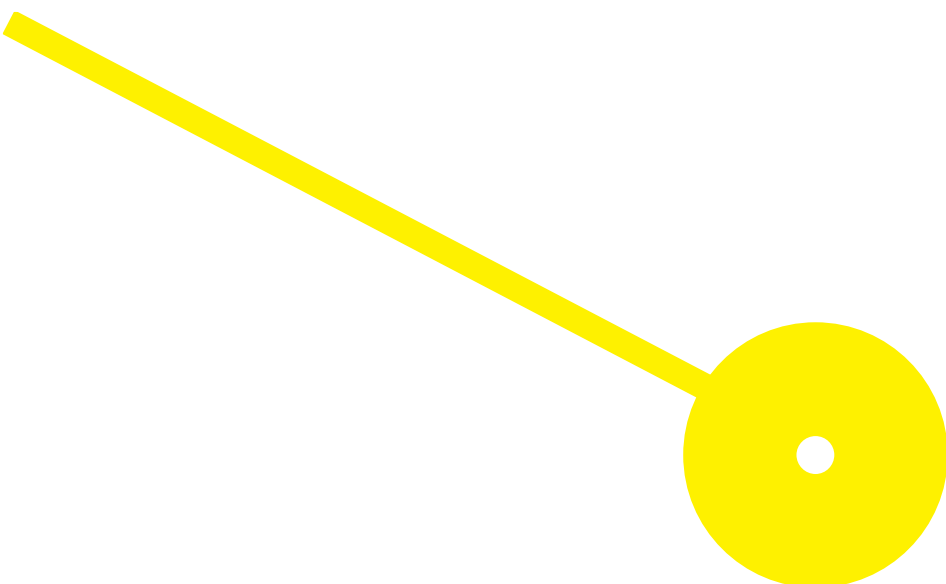




O Impacto de um Programa de Literacia em Saúde Mental *b-learning* em jovens

Gislene Meilsmeidth

09/2023





**ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE**



O Impacto de um Programa de Literacia em Saúde Mental *b-learnig* em jovens

Autor

Gislene Meilsmeidth

Orientadora

Professora Doutora Maria João Trigueiro, ESS.IPP

Co- Orientador

Professor Doutor Vítor Silva, ESS.IPP

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de **Mestre em Terapia Ocupacional – Saúde Mental** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

Agradecimentos

Foi um percurso, nem sempre fácil, mas que me fez ter a certeza de que estou no caminho certo.
À minha família, ao meu marido, a minha filha e aos meus amigos e colegas, os meus sinceros agradecimentos.

Aos professores, e em especial aos meus orientadores, obrigada pelos desafios lançados.

À ESS que é a casa que me viu crescer.

A todos que de uma forma ou outra fizeram parte deste percurso, estou eternamente grata.

Vou voar mais alto um bocadinho e volto já.

Resumo

Objetivo: Medir o impacto de um programa de intervenção em Literacia de Saúde Mental no aumento do conhecimento e na diminuição do estigma nos jovens da Póvoa de Varzim.

Métodos: Realizou-se um estudo quasi-experimental randomizado, com uma amostra de 504 estudantes do 9º ano das Escolas Básicas da Póvoa de Varzim. Os participantes tanto do GC (n = 176) como do GE (n = 328) foram avaliados através dos instrumentos MHLM, MHPK-10, MAKs e RIBS, antes e depois de uma intervenção de 4 sessões, duas delas presenciais e duas online. Foi utilizada estatística descritiva para caracterizar a amostra e uma ANOVA mista para testar a hipótese.

Resultados: Verificou-se uma melhoria nos resultados do aumento do conhecimento no instrumento MAKs e diminuição do estigma através do instrumento RIBS no grupo exposto à intervenção ($p < 0,001$) e o valor da interação entre a intervenção e o tempo foi igualmente significativo no instrumento RIBS ($p < 0,001$).

Conclusão: Com esta intervenção conseguiu-se constatar melhorias no aumento do conhecimento e diminuição do estigma em ambos os grupos, sendo superior no grupo experimental.

Palavras-chave: saúde mental; programas escolares; jovens; estigma; literacia

Abstract

Objective: To measure the impact of a Mental Health Literacy intervention programme on increasing knowledge and reducing stigma among youth in Póvoa de Varzim.

Methods: A quasi-experimental randomized study was conducted, involving a sample of 504 9th- grade students from the Basic Schools of Póvoa de Varzim Basic Schools. Participants in both the Control Group (n = 176) and the Experimental Group (n = 328) were assessed using the MHLM, MHPK-10, MAKS, and RIBS instruments, before and after a 4-session intervention, consisting of two of two inperson and two online sessions. Descriptive statistics were used to characterize the sample and mixed ANOVA was employed to test the hypothesis.

Results: An improvement in knowledge increase, as measured by the MAKS instrument and decreased stigma, as measured by the RIBS instrument, were in the intervention exposed group ($p < 0.001$). The interaction between the intervention and time was also statistically significant in the RIBS instrument ($p < 0.001$).

Conclusion: This intervention led improvements in knowledge increase and stigma reduction in both groups, with greater effects in the experimental group.

Keywords: mental health; school programs; youth; stigma; literacy

Índice

1.	Introdução.....	1
2.	Métodos.....	4
2.1.	Desenho de Estudo	4
2.2.	Participantes.....	4
2.3.	Instrumentos.....	5
2.4.	Procedimentos.....	6
2.5.	Análise Estatística.....	8
3.	Resultados.....	9
4.	Discussão.....	12
5.	Conclusão	15
	Referências Bibliográficas.....	16
	Anexo 1– Material Suplementar.....	23
	Anexo 2– Prova de Submissão.....	24

1. Introdução

A importância da saúde mental é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um pilar para o bem-estar e funcionamento dos indivíduos e da comunidade, exercendo um papel importante nas relações interpessoais, na vida familiar, na integração social e na participação económica (1). Vários fatores potenciam o aparecimento da doença mental e recentemente, a pandemia COVID-19 provocou uma escalada (2) com consequências adversas na população adolescente a longo prazo e consequentemente um aumento de perturbações mentais como a depressão, ansiedade e outras formas de sofrimento psicológico, como o stress, o trauma e o abuso de substâncias (3).

A nível mundial existe uma prevalência de cerca de 10 a 20% de crianças e adolescentes que sofrem de uma perturbação mental (4), sendo mais prevalentes a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) 3.4%, Perturbação do Comportamento 5.7%, Perturbações Relacionadas com Substâncias 13.6%, Depressão 2.6% e Ansiedade 6.5% (5, 6). Torna-se, portanto, essencial promover a aprendizagem sócio emocional e o bem-estar psicológico e garantir o acesso aos cuidados de saúde mental que são fundamentais para a saúde e bem-estar durante a adolescência e a idade adulta (7). Contudo, existe uma grande discrepância entre a necessidade e a procura de serviços de saúde mental e sua disponibilidade por parte da população jovem. São múltiplos os fatores, tanto pessoais como ambientais, que impedem esta procura, desde o acesso limitado a estes serviços, baixos recursos económicos, estigma e a baixa literacia em saúde mental. Vários estudos mostram que uma baixa Literacia em Saúde Mental (LSM) faz com que as pessoas estejam menos informadas sobre onde e como procurar ajuda (8, 9, 10). De acordo com Godfrey (11), o baixo nível de LSM na população em geral, é um dos fatores que torna difícil a procura de ajuda e acesso ao tratamento (12). Campos (13), acrescenta que o baixo nível de LSM leva ainda ao desenvolvimento de crenças infundadas sobre as diferentes perturbações, sendo mais evidente na população jovem.

A LSM surge na Austrália por Jorm e colaboradores (14) a partir do conceito da literacia em saúde. Os autores definiram o conceito de LSM como o conhecimento e crenças sobre as perturbações mentais que leva à adoção de comportamentos que promovem a saúde mental e à prevenção ou gestão adequada das perturbações existentes (15). Este é um processo contínuo e dinâmico de aprendizagem, que permite aumentar os níveis de conhecimento dos indivíduos para que se envolvam na sociedade de uma forma plena e completa (16, 17). Sabemos que a LSM é um construto chave para a promoção da saúde mental, que prepara o indivíduo e respetivas

comunidades para a ação, a fim de promover o conhecimento e o empowerment para a tomada de decisão relativamente à sua saúde mental (15).

Instituições como a OMS (1), ou a União Europeia (18), alertam para a importância da promoção da LSM em crianças e adolescentes (19), através de programas abrangentes, e baseados em evidências científicas, uma vez que esta fase de vida parece favorecer a ocorrência de alterações nas suas crenças e comportamentos (20), com resultados encorajadores, (21, 22) a nível do aumento do conhecimento sobre saúde mental. No entanto, continua a existir uma prevalência significativa de problemas de saúde mental na adolescência e níveis baixos/moderados de LSM (12, 20), pelo que a implementação de programas/intervenções que contribuam para um impacto direto e positivo na vida adulta continua a ser uma necessidade (23, 24).

Pelas características da população, as escolas tornam-se num local ideal com grande potencial, que permite alcançar um diversificado número de crianças e adolescentes (25), abrindo um espaço seguro para uma gama diversificada de intervenções (26), contribuindo para a promoção e prevenção da saúde mental, cuidados e redução do estigma nessa população (19, 26, 27).

Adicionalmente, a investigação tem comprovado (28, 29, 30) cada vez mais que os programas/intervenções aplicados em contexto escolar melhoraram significativamente a LSM nos adolescentes. Especificamente, Seedaket (31) relata um aumento do conhecimento sobre saúde mental, redução do estigma e maior procura de ajuda nestes contextos. A evidência disponível até o momento comprova ainda que, os programas aplicados em ambientes escolares (32), incluindo programas direcionados à prevenção de depressão e ansiedade (33), abuso de substâncias e suicídio (34) e perturbações alimentares (35), sugerem uma melhoria no conhecimento sobre saúde mental, facilitando a monitorização e a procura de ajuda, um aumento no autorreconhecimento de perturbações mentais e uma melhoria na redução do estigma associado aos problemas de saúde mental (30).

As intervenções/programas de promoção de saúde mental implementados nas escolas podem se enquadradas em intervenções universais- voltadas para grupos em geral- ou direcionadas – visam educar grupos/indivíduos com base em fatores de risco específicos ou na existência de uma condição de saúde mental (36). Como característica comum, estes programas são interativos, incluem dinâmicas de grupo, módulos e vídeos adaptados ao grupo-alvo e a sua duração e tamanho podem variar. Incluem a intervenção de diversos profissionais diferenciados, desde professores a profissionais de saúde especializados (30). Desta forma, os terapeutas

ocupacionais podem ajudar adolescentes e jovens a alcançar melhor desempenho ocupacional, através do envolvimento e participação em atividades significativas (37).

Estudos recentes confirmam que as intervenções universais em ambientes escolares promovem mudanças não só da capacitação e empowerment dos alunos, mas também de apoio/suporte de pares, contribuindo para um aumento da procura de ajuda (13, 38).

A literatura relata ainda que a maioria dos programas em contexto escolar são em formato presencial (20, 39, 40) e apresentam impacto efetivo no conhecimento do aluno para a identificação de perturbações mentais específicas e mudanças de comportamento. Estudos sugerem ainda que também a intervenção em formato *online* (16, 41, 42) pode contribuir para a prevenção e intervenção precoce em diferentes dimensões da saúde mental, especialmente na PHDA, perturbação do espectro do autismo, ansiedade, depressão, perturbação de stress pós-traumático, psicose e perturbações alimentares em adolescentes (43, 44). Além disso, apresentam uma maior facilidade de acesso e um custo mais reduzido, tornando-se, um excelente recurso para promover a LSM. Sendo que a nova geração tem mais facilidade e cada vez mais cedo, acesso ao mundo tecnológico, que através de aplicações quer de redes sociais, este formato *online* afigura-se com uma boa alternativa à forma de entrega dos programas de intervenção (45). De ressaltar que, apesar da tecnologia ter um papel ambíguo na vida dos adolescentes e que, quando utilizada de maneira excessiva pode causar problemas psicológicos e impacto comportamental significativo (46, 47) sem dúvida que providencia também muitos benefícios, incluindo uma intervenção direta nos problemas de saúde mental (48). A investigação nesta área aponta para resultados promissores em programas que combinem sessões presencias e *online*, porém, não existe um consenso na literatura científica (16).

Em Portugal, a prevalência de perturbações mentais é elevada quando comparada com outros países do sul da Europa (49). No entanto, existe uma crescente preocupação com a promoção e prevenção da saúde mental, alinhado com o Plano Nacional de Saúde Mental que pretende assegurar a ligação dos cuidados de saúde mental aos cuidados de saúde, inclusive em ambientes comunitários (50). Neste sentido, foi criado o projeto “Bicho de 7 Cabeças ” (51) pelo Laboratório de Reabilitação Psicossocial (LabRP) do Centro de Investigação em Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto cujo objetivo é aumentar os níveis de literacia em saúde mental e reduzir o estigma em relação à doença mental. Este programa está agora a ser implementado, numa parceria com o Município da Póvoa de Varzim, na população do concelho, dando assim continuidade ao trabalho social de proximidade e em rede feito pelo

Município (52). Nesta linha de ideias, o presente estudo tem como objetivo, medir o impacto de um programa de intervenção em Literacia de Saúde Mental em formato *b-learning* no aumento do conhecimento e na diminuição do estigma nos jovens da Póvoa de Varzim.

2. Métodos

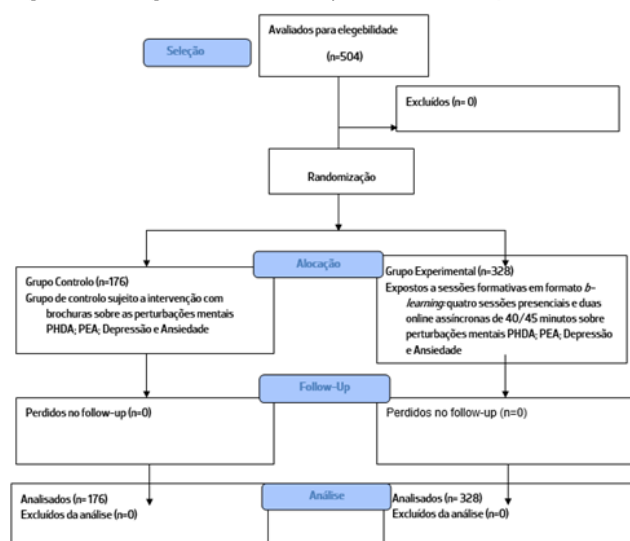
2.1. Desenho de Estudo

Com o objetivo de melhor compreender o fenómeno em estudo, sendo este, o impacto de um programa de Literacia em Saúde Mental *b-learning* no conhecimento dos jovens da Póvoa de Varzim, foi realizado um estudo quasi-experimental com dois grupos e grupo de controlo ativo, com desenho pré-teste/pós-teste (53, 54).

2.2. Participantes

Os participantes foram selecionados através de um método de amostragem não probalístico por conveniência (55) sendo retirados da população de jovens que frequentavam as Escolas Básicas e Secundárias da Póvoa de Varzim. Dentro de cada escola, as turmas participantes foram aleatoriamente distribuídas entre controlo e experimental, através de um método de aleatorização simples por sorteio de turmas (56). Foram definidos como critério de inclusão jovens estudantes a partir do 9º por se considerar que estes teriam maior grau de compreensão dos temas e das questões (20). Como critérios de exclusão, ter défices de comunicação e/ou cognitivos que impedissem a compreensão das questões. O processo de recrutamento e seleção da amostra foi descrito no diagrama *CONSORT* (*Consolidated Standards of Reporting Trials*) (57) que mostra o progresso de todos os participantes nas diferentes fases do estudo (figura 1).

Figura 1- Diagrama da alocação dos Participantes



2.3. Instrumentos

Recorreu-se, como método de recolha de dados, a um questionário *online*, de autopreenchimento, através da plataforma “*Google Forms*” (58) que inclui informação: a) sociodemográfica, nomeadamente, idade, sexo; b) MHPK-10; c) MHLM; d) MAKs e RIBS. Para além disso, foi incluído no questionário o consentimento informado endereçado aos encarregados de educação dos jovens.

Foi usada a versão portuguesa do Mental Health Promoting Knowledge Scale – (MHPK-10) (59, 60). Este instrumento tem como objetivo avaliar o conhecimento dos indivíduos sobre os fatores que promovem uma boa saúde mental. É constituído por 10 afirmações que devem ser classificadas no que concerne a sua veracidade, de acordo com o que o indivíduo considera ser importante para manter uma boa saúde mental. Cada uma das questões tem seis opções de resposta, variando entre “Completamente errada”-1 e “Completamente correta”-5, mais a opção “Não sei”, pontuada com zero. A pontuação final do instrumento é obtida através da média da pontuação das dez questões (59). Esta escala apresenta, na sua versão original, um valor de consistência interna bom (*Cronbach* α = 0.84), sendo o valor da versão portuguesa ligeiramente inferior (*Cronbach* α = 0.79) (60).

Foi usada a versão portuguesa do Mental Health Literacy Measure – (MHLM) (61, 62). Este Instrumento tem como objetivo avaliar os níveis de LSM. É constituído por 26 itens, sendo dividida em 3 componentes: Conhecimento (12 itens), Crenças (22 itens) e Recursos (26 itens). As primeiras 22 questões são avaliadas em uma escala de Likert de 5 pontos, que varia entre “Discordo totalmente” – 1 e “Concordo totalmente” – 5. Nas primeiras 12 questões, é atribuído 1 ponto às duas últimas opções e 0 às restantes. Para as 10 questões seguintes, é dado 1 ponto para as duas últimas opções e 0 para as demais. As últimas quatro questões são avaliadas segundo uma escala dicotómica de “sim” – 1 e “não” – 0. A pontuação total varia de 0 a 26 pontos, com um valor mais alto indicando um nível de maior literacia. Esta escala apresenta, na sua versão original (61) um valor de consistência interna bom (*Cronbach* α = 0.83), sendo o valor da versão portuguesa equivalente (*Cronbach* α = 0.81) (62).

Foi usada a versão portuguesa do Mental Illness Knowledge Schedule – (MAKS) (63, 64). Este instrumento tem como objetivo avaliar o conhecimento relacionado com a saúde mental. É constituído por 12 itens, divididos em duas partes. A primeira, constituída pelos seis itens iniciais, avalia o conhecimento relacionado aos diversos fatores associados ao estigma na doença

mental. A segunda parte, é constituída pelos seis itens restantes, com o objetivo de avaliar o conhecimento sobre doenças mentais específicas. Todos os itens são avaliados através de escala de Likert de 5 pontos, variando entre “Discordo totalmente” – 1 e “Concordo totalmente” – 5. Quanto maior a pontuação total, maior o nível de conhecimento. Apresenta na sua versão original (64) uma consistência interna fraca (*Cronbach* $\alpha = 0.65$), tendo a validação para a versão portuguesa uma consistência interna inferior à original (*Cronbach* $\alpha = 0.285$) (63).

Foi usada a versão portuguesa do Reported and Intended Behaviour Scale – (RIBS) (65, 66). Este instrumento tem como objetivo avaliar as experiências e o ponto de vista da população relativamente às pessoas com doença mental. É constituído por 8 itens, os quatro primeiros exploram a experiência de interagir com pessoas com doença mental e os quatro últimos avaliam perspetivas de o futuro nos domínios acima mencionados. As primeiras quatro questões, que têm como objetivo perceber a experiência com pessoas com doença mental, são respondidas por meio de uma escala dicotómica – “Sim” e “Não”. Os últimos itens são avaliados com recurso a uma escala Likert de cinco pontos, que varia entre 1 = “Discordo totalmente” a 5 = “Concordo totalmente”. Quanto maior a pontuação obtida, menor o estigma sentido em relação às pessoas com doença mental. Esta escala apresenta na sua versão original uma consistência interna de (*Cronbach* $\alpha = 0.85$). A versão portuguesa do RIBS obteve um valor de consistência interna de (*Cronbach* $\alpha = 0.81$) (66, 67).

2.4. Procedimentos

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto com o processo nº CE 1748 e faz parte de um estudo mais alargado do LABRP em parceria com o Município da Póvoa de Varzim, que pretende aumentar a literacia em saúde mental na população desse concelho. Todos os participantes, ou os seus representantes legais, se menores de idade, oficializaram a participação no estudo através de um termo de consentimento informado segundo a “Declaração de Helsínquia” (68) descrevendo os objetivos em estudo e garantindo que a participação é voluntária, assegurando a privacidade dos participantes, a confidencialidade dos dados recolhidos e a possibilidade de desistência sem qualquer penalização por participar.

Foram solicitadas via email as respetivas autorizações para a colaboração no estudo aos Encarregados de Educação dos alunos das Escolas Básicas e Secundárias da Póvoa de Varzim. Um documento sobre o estudo foi anexado ao email ou entregue às organizações e aos

pais/representantes legais e aos adolescentes, explicando a metodologia, as condições e financiamento a forma de divulgação dos resultados, quem são os membros da equipa de investigação e seus contatos. Posteriormente, aos representantes legais que aceitaram participar no estudo, foi enviado o questionário online com os instrumentos, Mental Health Promoting Knowledge (MHPK-10); Mental Health Literacy Measure (MHLM); Mental Illness Knowledge Schedule (MAKS) e Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS) para a recolha de dados. Os dados foram recolhidos durante o mês de novembro de 2022 e maio de 2023.

A divisão dos jovens por grupo experimental e de controlo foi feita através de um sorteio aleatório das turmas do 9º ano das Escolas Básicas e Secundárias da Póvoa de Varzim. Na primeira e última sessões foram aplicado os instrumentos (MHPK-10; MHLM; MAKS e RIBS) aos participantes.

O programa de LSM consistiu em:

a) Grupo experimental (GE) – sessões formativas em formato *b-learning*: quatro sessões presenciais e duas *online* assíncronas, sendo estas realizadas através da plataforma *Zoom* (69), com duração de 40 a 45 minutos. O programa teve a totalidade de seis sessões, sendo a primeira e a última dedicadas à avaliação. As terceira e quarta sessões tiveram o formato *online* e as restantes o formato presencial. Em todas as sessões os estudantes foram acompanhados pelos professores e o profissional de saúde mental. A intervenção foi programada de forma que, após a apresentação do Projeto Bicho 7 Cabeças, fosse realizado a avaliação inicial, seguida dos temas Saúde Mental vs. Doença Mental. A segunda sessão decorreu em formato presencial com o tema perturbação de ansiedade. De seguida, a terceira sessão em formato *online* assíncrona, abordou o tema PHDA. A quarta sessão, igualmente em formato *online*, referiu-se ao tema da PEA. A quinta sessão, em formato presencial, teve o tema da depressão e, por fim, a sexta sessão, em formato presencial, foi constituída pela avaliação final e reflexão do projeto pelos estudantes. As sessões foram interativas, incluíram dinâmicas de grupo e recurso audiovisual adaptado ao grupo-alvo.

*Nota: a opção pelas sessões *online* deveu-se pela disponibilidade da escola e dos professores, com o intuito de facilitar a integração com o programa curricular em vigor.

b) Grupo de controlo (GC) – Optou-se por um grupo de controlo ativo, pelo que o programa consistiu em duas sessões presenciais, uma sessão de avaliação inicial e outra de avaliação final, para a aplicação dos instrumentos, sendo a restante intervenção programada de forma que, após a avaliação inicial, fossem entregues brochuras informativas sobre saúde mental e algumas

perturbações mentais a cada professor responsável das turmas, com o objetivo de serem distribuídas aos participantes.

A tabela seguinte esquematiza como cada uma das sessões foram organizadas (o *link* que dá acesso ao conteúdo elaborado para todas as sessões, bem como os questionários utilizados está disponível no anexo 1).

Tabela 1- Intervenção aplicada ao GE e GC

GRUPO 1 – Experimental- 4- Sessões presenciais e 2- sessões <i>online</i> assíncronas		GRUPO 2 – Controlo- 2 -Sessões presenciais com brochuras
Sessão 1 – presencial	-Apresentação do Projeto Bicho 7 Cabeças + avaliação inicial; Exposição dos temas Saúde Mental vs. Doença Mental	- Avaliação inicial + Brochura entregue pelos professores aos alunos; -Saúde mental-brochura: viver com a doença mental, sinais de alerta, causas e fatores de risco, intervenção, procura de ajuda e como lidar com a condição;
Sessão 2- presencial	-Perturbação da Ansiedade (PA): o que é; sinais de alerta e procura de ajuda; as causas; intervenção e como lidar e ajudar. Sugestão de estratégia (respiração diafragmática).	-PA-brochura: o que é ter a condição, sinais de alerta, causas e fatores de risco, intervenção, procura de ajuda e como lidar com a condição;
Sessão 3 – <i>online</i> assíncrona	-Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA): o que é; sinais de alerta e procura de ajuda; as causas; intervenção e como lidar e ajudar	-PHDA-brochura: o que é ter a condição, sinais de alerta, causas e fatores de risco, intervenção, procura de ajuda e como lidar com a condição;
Sessão 4 – <i>online</i> assíncrona	-Perturbação do Espectro do Autismo (PEA): o que é; sinais de alerta e procura de ajuda; as causas; intervenção e como lidar e ajudar	-PEA-brochura: o que é ter a condição, sinais de alerta, causas e fatores de risco, intervenção, procura de ajuda e como lidar com a condição;
Sessão 5-presencial	-Depressão: o que é; sinais de alerta e procura de ajuda; as causas; intervenção e como lidar e ajudar	-Depressão-brochura: o que é ter a condição, sinais de alerta, causas e fatores de risco, intervenção, procura de ajuda e como lidar com a condição;
Sessão 6 – presencial	-Avaliação final + reflexão do projeto	-Avaliação final

2.5. Análise Estatística

Os dados provenientes dos questionários *online* foram automaticamente exportados para o *Microsoft Office Excel*, no qual foram realizados os procedimentos para codificação das variáveis. De seguida, para o tratamento de dados, estes foram exportados para o *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 28.0*, tendo-se considerado, para todos os testes estatísticos realizados, um nível de significância de 0,05 (55, 70).

Inicialmente realizou-se a codificação das variáveis sociodemográficas: sexo, idade e dos instrumentos MHPK-10; MHLM; MAK5 e RIBS, de acordo com o grupo experimental e grupo de controlo. Foi utilizada estatística descritiva para caracterizar a amostra, recorrendo-se a medidas de tendência central e de dispersão: média ($\bar{x}$) e desvio padrão (dp) para variáveis contínuas ou discretas e frequências relativas (%) para dados nominais ou ordinais.

Como a amostra apresenta um $n > 300$, foi necessário testar a normalidade recorrendo aos valores absolutos da assimetria e da curtose, uma vez que o teste de normalidade *Komolgorov-Smirnov* pode não ser viável para amostras desta dimensão (71). Ao avaliar a normalidade através

deste método, os valores absolutos da assimetria -2 e 2 , e os valores da curtose entre -7 e 7 . Para comparar os dois grupos na *baseline*, foi utilizado estatística inferencial, nomeadamente, teste *t-student* para amostras independentes. Além disso, foi também utilizado um teste *t-student* para amostras emparelhadas, de forma a comparar as diferenças entre os dois momentos (pré e pós-intervenção) em cada grupo. De seguida, a hipótese foi testada com recurso a uma ANOVA mista, com o tempo (pré e pós-intervenção) como fator intra-sujeitos e o grupo (grupo de controlo e grupo experimental) como fator inter-sujeitos.

Os pressupostos, para o uso da ANOVA mista devem cumprir: uma distribuição normal recorrendo ao teste *Kolmogorov-Smirnov*/ou aos valores absolutos da assimetria e da curtose, e variâncias/covariâncias iguais com recurso ao teste de *BOX*. Se os pressupostos forem cumpridos, a ANOVA mista reduz os erros e aumenta o valor da estatística, o que leva ao aumento do poder do teste (72, 73). No que se refere à esfericidade, uma vez que eram apenas 2 grupos não foi possível analisar o teste de *Mauchly*. Como o valor de $p = 1$ e $> 0,7$ recorreu-se ao teste *Huynh-Feldt* (73).

3. Resultados

A amostra do estudo é constituída por 504 participantes, 176 integrados no GC com 57,3% do sexo feminino e 42,7% do sexo masculino, e 328 integrados no GE com 52,8% do sexo feminino e 47,2% do sexo masculino. As médias de idade são de $14,15 \pm 0,65$ anos para o GC e de $14,27 \pm 0,66$ anos para o GE. Não se verifica uma diferença significativa do sexo na constituição dos diferentes grupos GC e GE. No entanto, em relação à idade, verificam-se diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos GC e GE, apesar do valor de p estar no limite da significância ($p=0,049$) pelo que se pode considerar esta diferença negligenciável (tabela 2).

Tabela 2- Caracterização sociodemográfica dos grupos da amostra (GE e GC) relativamente à idade e ao sexo

Grupos Variáveis		GC (n=176)	GE (n=328)	
		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>p value</i>
Sexo	Feminino	188 (57,3)	93 (52,8)	0,335
	Masculino	140 (42,7)	83 (47,2)	
		$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	<i>p value</i>
Idade (anos)		14,15 $\pm$ 0,65	14,27 $\pm$ 0,66	0,049

(n – frequência absoluta; $\bar{x}$ – média; dp – desvio padrão; % – frequência absoluta; a – Teste qui-quadrado; b – Test-T para amostras independentes)

Na tabela 3 pode-se verificar que, analisando comparações simples entre e inter grupos, existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente aos valores de MHLM na avaliação inicial ($p=0,003$), indicando que o GE aparenta um maior grau de conhecimento na linha de base, quando avaliado por este instrumento. No entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no MHLM depois da intervenção ($p=0,916$). Não obstante, quando se comparam as avaliações iniciais e finais da MHLM em cada grupo não se verificam diferenças estatisticamente significativas no GC ($p=0,336$) nem no GE ($p=0,843$). Além disso, na tabela 3 observa-se que, fazendo comparações simples entre e inter grupos, existem diferenças com significado estatístico entre os dois grupos relativamente aos valores de MAKs na avaliação final ($p<0,001$). No entanto, antes da intervenção, apesar dos valores de MAKs serem mais altos no GE, não existem diferenças com significado estatístico ($p=0,141$). Quando se comparam as avaliações iniciais e finais da MAKs em cada grupo, verifica-se que há uma subida estatisticamente significativa tanto no GC ($p=0,009$) como no GE ($p<0,001$), apesar de ser este último que apresenta maior subida de valores do conhecimento.

Posteriormente, na mesma tabela 3, observa-se que, não existem diferenças com significado estatístico entre os dois grupos relativamente aos valores de MHPK-10 na avaliação inicial ($p=0,440$) e avaliação final ($p=0,830$). Quando se comparam as avaliações iniciais e finais do MHPK-10 em cada grupo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas no GC ($p=0,885$) nem no GE ($p=0,787$). Por último, observa-se que, existem diferenças com significado estatístico entre os dois grupos relativamente aos valores do RIBS na avaliação inicial ($p=0,003$), com o GC a apresentar um menor valor de estigma e final ($p=0,006$), passando a ser o GE aquele

que apresenta um menor valor de estigma. Quando se comparam as avaliações iniciais e finais do RIBS em cada grupo, verificam-se diferenças estatisticamente significativas tanto no GC como no GE ($p < 0,001$), sendo que ambos os grupos diminuíram os valores de estigma após intervenção.

Tabela 3- Resultados da análise antes e depois entre o conjunto de resultados dos instrumentos de avaliação

Variáveis	Grupos		<i>p value</i>
	GC (n=12)	GE (n=13)	
	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	
MHLM			
antes	28,80 $\pm$ 11,78	32,00 $\pm$ 10,32	0,003 ^b
depois	31,96 $\pm$ 9,49	31,86 $\pm$ 11,48	0,916 ^b
<i>p value</i> ^c	0,336	0,843	
MHPK-10			
antes	15,51 $\pm$ 4,95	15,39 $\pm$ 6,32	0,830 ^b
depois	16,10 $\pm$ 7,29	15,53 $\pm$ 8,30	0,440 ^b
<i>p value</i> ^c	0,885	0,787	
MAKS			
antes	38,06 $\pm$ 10,34	39,41 $\pm$ 9,53	0,141 ^b
depois	39,24 $\pm$ 8,24	42,16 $\pm$ 8,38	<0,001 ^b
<i>p value</i> ^c	0,009	<0,001	
RIBS			
antes	8,60 $\pm$ 3,31	7,77 $\pm$ 3,13	0,006 ^b
depois	15,67 $\pm$ 3,25	16,54 $\pm$ 3,13	0,003 ^b
<i>p value</i> ^c	<0,001	<0,001	
($\bar{x}$ - média; dp - desvio padrão; b - <i>Test-T</i> para amostras independentes; c - valor de <i>p</i> para amostras emparelhadas)			

A tabela 4 apresenta os resultados da ANOVA relativa às variáveis que mostraram resultados significativos. E em relação ao instrumento MAKS existe uma diferença com significado estatístico entre os grupos da avaliação inicial par afinal (intra-sujeito: $p < 0,001$, poder teste=0,970). No entanto, a análise da interação entre a intervenção e os resultados obtidos pelos

grupos antes e após a intervenção não é estatisticamente significativa (interação $p=0,126$; poder do teste= 0,333). Além disso, a partir da mesma tabela, verificamos que no que concerne ao instrumento RIBS, existe igualmente uma diferença com significado estatístico entre os grupos da avaliação inicial para a final (intra-sujeito: $p<0,001$, poder teste=1,000); sendo que a análise da interação entre a intervenção e os resultados obtidos pelos grupos antes e após intervenção é estatisticamente significativa, mostrando que esta mudança se deveu à intervenção realizada (interação $p<0,001$, poder do teste=0,930).

Tabela 4– Resultados da aplicação dos instrumentos, nos dois grupos antes e depois da intervenção

	GC		GE		<i>P</i> -value intra sujeito	Poder observado entre sujeitos	<i>P</i> -value interação tempo/variáveis	Poder observado interação tempo/variáveis
	Antes	Depois	Antes	Depois				
	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$				
MAKS	38,06± 10,34	39,24± 8,24	39,41±9 ,53	42,16± 8,38	<0,001	0,970	<0,126 ^d	0,333 ^e
RIBS	8,60± 3,31	15,76± 3,25	7,77± 3,13	16,54± 3,13	<0,001	1,000	<0,001 ^d	0,930 ^e

($\bar{x}$ – média; dp – desvio padrão; ^d – Valor obtido pela ANOVA de medidas repetidas (teste de efeito entre sujeitos); ^e – Valor obtido pela ANOVA de medidas repetidas (teste *Huynh-feldt*)

4. Discussão

O presente estudo teve como objetivo medir o impacto de um programa de intervenção em Literacia de Saúde Mental no aumento do conhecimento e na diminuição do estigma nos jovens da Póvoa de Varzim. Para isto, contou-se com a participação de 504 estudantes do 9º ano das Escolas Básicas e Secundárias deste concelho, tendo se verificado um aumento da LSM e uma diminuição do estigma nos dois grupos, mais significativa no GE.

Os resultados do nosso programa estão de acordo com os vários estudos (74, 75) que comprovam que intervenções direcionadas a crianças/adolescentes para a promoção de saúde mental são eficazes para capacitar, promover *empowerment*, contribuindo para aumento do conhecimento em LSM, diminuição do estigma, procura de ajuda, identificação precoce de perturbações mentais, a fim de mitigar as consequências ao longo da vida que impedem de levar uma vida plena (76).

Vários estudos (13, 77) salientam ainda a importância de se realizar programas para o aumento do conhecimento em LSM e diminuição do estigma em ambientes escolares o mais precocemente possível, de forma a fomentar estilos de vida saudáveis na população desde a infância e a adolescência.

No que se refere ao aumento do conhecimento de LSM, verificamos que, no presente estudo, ambos os grupos melhoraram, o que é positivo para a intervenção como um todo. No entanto, quando se comparam os grupos, comprova-se que o grupo experimental obteve maior LSM do que o grupo de controlo, não só pelo efeito do tempo, mas aquando da intervenção realizada. Estes resultados vão de encontro aos de um estudo semelhante realizado no País de Gales, com estudantes do 9º ano de escolaridade, onde um programa de aumento da LSM demonstrou ter um impacto mais positivo nos estudantes que receberam a intervenção, quando comparado aos que não a tiveram, traduzindo-se num maior aumento do conhecimento em LSM, procura de ajuda e redução de estigma (78).

Paralelamente, um estudo randomizado controlado, salienta também a eficácia de um programa em ambiente escolar com efeito longitudinal no aumento do conhecimento em LSM pelos estudantes (79).

No que se refere à influência do conhecimento em LSM em relação ao estigma, os nossos resultados demonstram que ambos os grupos melhoraram antes e depois da intervenção. No entanto, importa mencionar que, apesar das diferenças entre os grupos não serem estatisticamente significativas, verifica-se que o grupo experimental teve um aumento ligeiramente superior. Por outro lado, o que se verifica é que no grupo experimental, a diminuição do estigma do momento antes para o momento pós intervenção foi significativamente maior do que no grupo de controlo. E, de facto, a literatura relata existir um amplo consenso de que programas que visam melhorar o conhecimento, as atitudes e o comportamento do público em geral, podem levar à redução do estigma (31, 75).

Mori e colaboradores (79) e Milin e colaboradores (80) ressaltam também a importância e/ou eficácia de programas que abordam a LSM entre adolescentes, pois podem ajudar na redução do estigma, aumento do conhecimento sobre saúde mental e melhoria nas atitudes em comportamentos de busca de ajuda, apoiando assim a intervenção realizada no presente estudo, dando ênfase na importância das sessões para um impacto mais positivo na redução do estigma. Os resultados obtidos são assim, comprovados pela evidência que indica que melhorar o conhecimento do público sobre saúde mental pode produzir um impacto positivo sobre o estigma, facilitar a procura de ajuda e contribuir para que um maior número de pessoas que experienciam doença mental possam receber tratamentos necessários (21, 81).

Apesar destes resultados promissores, nem todos os instrumentos utilizados revelaram significativos em relação ao conhecimento em LSM, nomeadamente os instrumentos MHLM e

MHPK-10. Tais resultados podem advir da extensão de cada instrumento aplicado e uma vez que estes dois instrumentos foram dos últimos a ser respondidos, pode ter levado a que os participantes se sentissem cansados e deixassem de prestar a devida atenção ao que estavam a responder. Este tipo de situações são comuns e influenciam, de todo, os resultados obtidos (82). A literatura refere também que apesar de existirem muitas vezes pequenas mudanças em termos estatísticos, é importante que esses resultados sejam igualmente explorados, uma vez que estes tipos de programas de melhoria da literacia em saúde mental em ambientes escolares tendem a apresentar impactos significativos para os jovens, algo que não deve ser descurado meramente pela insignificância estatística (21, 83).

O presente estudo apresenta algumas limitações, como o facto de o programa/intervenção ser de curta duração e não apresentar um *follow-up* pós intervenção, o que o torna insuficiente para avaliar se o impacto positivo das intervenções se manteve ao longo do tempo, ou até mesmo se houve tempo suficiente para as sessões terem impacto no aumento da literacia e na diminuição do estigma dos participantes de forma a modificar comportamentos de forma duradoura. Assim, apesar de existir avaliação pré e pós teste, essas avaliações foram realizadas logo após a intervenção, o que pode culminar em resultados generalizáveis, e não em resultados positivos e duradouros (31, 84).

Embora neste estudo sejam encontradas algumas melhorias significativas no aumento do conhecimento em LSM e a sua relação com a redução do estigma, a magnitude dessas mudanças foi “pequena”, quando comparadas às encontradas por Milin e colaboradores (80). Ainda não está claro como esses pequenos efeitos relacionados com a LSM se podem traduzir em mudanças nos níveis reais de saúde mental, tanto no nível individual quanto no nível do grupo. Estudos futuros medindo a saúde mental real, e por um período muito mais longo, são necessários para abordar estas questões.

Para além disso, pode ainda tentar procurar comprovar os resultados através de uma metodologia mista, em que as vozes dos estudantes também pudessem ser ouvidas. Isto porque, através de uma abordagem mista, a combinação dos procedimentos e técnicas oferece um amplo espectro de riqueza de informações, e a integração dessas técnicas permite também corrigir os vieses de cada método por meio da triangulação de validação mútua (85, 86).

Ademais, programas de promoção e prevenção de saúde mental, estão aliados a abordagem da prática da Terapia Ocupacional e contribuem para a mitigação da crise em saúde mental,

promovendo o envolvimento e participação de adolescentes e jovens em atividades significativas nos diversos contextos em que estão inseridos (87, 88).

5. Conclusão

Os resultados do presente estudo sugerem que um programa de base escolar e com um desenho *b-learning* pode ser eficaz no aumento do conhecimento sobre LSM e diminuição do estigma.

Além disso, permitiu adquirir um maior conhecimento sobre a saúde mental e o estigma dos pares em relação às perturbações mentais, compreender a importância de programas que promovam o aumento da literacia em saúde mental nos jovens e, por conseguinte, gerar um impacto positivo na vida adulta. Ainda contribuiu para fomentar competências de comunicação adequadas para a abordagem da modalidade *b-learning* nessa faixa etária. Para além disso, como Terapeuta Ocupacional, este estudo contribuiu para constatar que as intervenções devem ser sempre ajustadas à identidade dos indivíduos, tendo em conta seus conhecimentos, crenças e os contextos em que estão inseridos.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Mental health. 2018.
2. Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Res*. 2020;9:636.
3. Jones EAK, Mitra AK, Bhuiyan AR. Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(5).
4. World Health Organization. Improving the mental and brain health of children and adolescents. 2023.
5. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015;56(3):345–65.
6. Erskine HE, Baxter AJ, Patton G, Moffitt TE, Patel V, Whiteford HA, et al. The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26(4):395–402.
7. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, De Micheli A, Nieman DH, Correll CU, Kessing LV, et al. What is good mental health? A scoping review. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020;31:33–46.
8. World Health Organization. Mental health of adolescents. 2021.
9. Aguirre Velasco A, Cruz ISS, Billings J, Jimenez M, Rowe S. What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):293.
10. Renwick L, Pedley R, Johnson I, Bell V, Lovell K, Bee P, et al. Mental health literacy in children and adolescents in low- and middle-income countries: a mixed studies systematic review and narrative synthesis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022.
11. Godfrey Born C, McClelland A, Furnham A. Mental health literacy for autism spectrum disorder and depression. *Psychiatry Res*. 2019;279:272–7.
12. Tay JL, Tay YF, Klainin-Yobas P. Mental health literacy levels. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(5):757–63.
13. Campos L, Dias P, Duarte A, Veiga E, Dias CC, Palha F. Is It Possible to "Find Space for Mental Health" in Young People? Effectiveness of a School-Based Mental Health Literacy Promotion Program. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7).

14. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*. 1997;166(4):182–6.
15. Jorm AF. The concept of mental health literacy. *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the life-span*. Bristol, United Kingdom: Policy Press; 2019. p. 53–66.
16. Kutcher S, Bagnell A, Wei Y. Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015;24(2):233–44.
17. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promot Int*. 2018;33(5):901–11.
18. European Union. *European Framework for Action on Mental Health*. 2016.
19. World Health Organization. *Mental Health Action 2021*.
20. Nobre J, Oliveira AP, Monteiro F, Sequeira C, Ferré-Grau C. Promotion of Mental Health Literacy in Adolescents: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(18).
21. Amado-Rodríguez ID, Casañas R, Mas-Expósito L, Castellví P, Roldan-Merino JF, Casas I, et al. Effectiveness of Mental Health Literacy Programs in Primary and Secondary Schools: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Children (Basel)*. 2022;9(4).
22. Freţian AM, Graf P, Kirchhoff S, Glinphratur G, Bollweg TM, Sauzet O, et al. The Long-Term Effectiveness of Interventions Addressing Mental Health Literacy and Stigma of Mental Illness in Children and Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Public Health*. 2021;66:1604072.
23. Ahmad A, Salve HR, Nongkynrih B, Sagar R, Krishnan A. Mental health literacy among adolescents: Evidence from a community-based study in Delhi. *Int J Soc Psychiatry*. 2022;68(4):791–7.
24. Sweileh WM. Global research activity on mental health literacy. *Middle East Current Psychiatry*. 2021;28(1).
25. Ojio Y, Mori R, Matsumoto K, Nemoto T, Sumiyoshi T, Fujita H, et al. Innovative approach to adolescent mental health in Japan: School-based education about mental health literacy. *Early Interv Psychiatry*. 2021;15(1):174–82.
26. Abdinasir K. *How education shapes young people's mental health*. 2019.
27. Thorley C. *Education Mental Health*. 2016.

28. Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS One*. 2018;13(5):e0197102.
29. Brijnath B, Protheroe J, Mahtani KR, Antoniadou J. Do Web-based Mental Health Literacy Interventions Improve the Mental Health Literacy of Adult Consumers? Results From a Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2016;18(6):e165.
30. Salerno JP. Effectiveness of Universal School-Based Mental Health Awareness Programs Among Youth in the United States: A Systematic Review. *J Sch Health*. 2016;86(12):922–31.
31. Seedak S, Turnbull N, Phajan T, Wanchai A. Improving mental health literacy in adolescents: systematic review of supporting intervention studies. *Trop Med Int Health*. 2020;25(9):1055–64.
32. Castellvi P, Casañas R, Arfuch VM, Gil Moreno JJ, Torres Torres M, García-Forero C, et al. Development and Validation of the EspaiJove.net Mental Health Literacy (EMHL) Test for Spanish Adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;17(1).
33. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2017;51:30–47.
34. Hodder RK, Freund M, Wolfenden L, Bowman J, Nepal S, Dray J, et al. Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysis. *Prev Med*. 2017;100:248–68.
35. Pickhardt M, Adametz L, Richter F, Strauß B, Berger U. [German Prevention Programs for Eating Disorders – A Systematic Review]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2019;69(1):10–9.
36. O'Connor CA, Dyson J, Cowdell F, Watson R. Do universal school-based mental health promotion programmes improve the mental health and emotional wellbeing of young people? A literature review. *J Clin Nurs*. 2018;27(3–4):e412–e26.
37. Ball MA. Revitalizing the OT role in school-based practice: Promoting success for all students. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*. 2018;11(3):263–72.

38. Parikh SV, Taubman DS, Antoun C, Cranford J, Foster CE, Grambeau M, et al. The Michigan Peer-to-Peer Depression Awareness Program: School-Based Prevention to Address Depression Among Teens. *Psychiatr Serv*. 2018;69(4):487–91.
39. Fadus MC, Harrison JD. A Missed Opportunity: Universal School-Based Mental Health Literacy Programs. *Acad Psychiatry*. 2019;43(4):457–60.
40. Milin R, Kutcher S, Lewis SP, Walker S, Wei Y, Ferrill N, et al. Impact of a Mental Health Curriculum on Knowledge and Stigma Among High School Students: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(5):383–91.e1.
41. Casañas R, Arfuch VM, Castellví P, Gil JJ, Torres M, Pujol A, et al. "EspaiJove.net" – a school-based intervention programme to promote mental health and eradicate stigma in the adolescent population: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2018;18(1):939.
42. Liverpool S, Mota CP, Sales CMD, Čuš A, Carletto S, Hancheva C, et al. Engaging Children and Young People in Digital Mental Health Interventions: Systematic Review of Modes of Delivery, Facilitators, and Barriers. *J Med Internet Res*. 2020;22(6):e16317.
43. Hollis C, Falconer CJ, Martin JL, Whittington C, Stockton S, Glazebrook C, et al. Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems – a systematic and meta-review. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(4):474–503.
44. Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Khan MN, Mahmood W, Patel V, et al. Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. *J Adolesc Health*. 2016;59(4s):S49–s60.
45. Tay JL, Goh YS, Klainin-Yobas P. Online HOPE intervention on mental health literacy among youths in Singapore: An RCT protocol. *J Adv Nurs*. 2020;76(7):1831–9.
46. Odgers CL, Jensen MR. Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61(3):336–48.
47. Roehr B. American Psychiatric Association explains DSM-5. *Bmj*. 2013;346:f3591.
48. Fairburn CG, Patel V. The impact of digital technology on psychological treatments and their dissemination. *Behav Res Ther*. 2017;88:19–25.
49. Antunes A, Frasquilho D, Azeredo-Lopes S, Neto D, Silva M, Cardoso G, et al. Disability and common mental disorders: Results from the World Mental Health Survey Initiative Portugal. *Eur Psychiatry*. 2018;49:56–61.

50. Serviço Nacional de Saúde. Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007–2016 e Propostas Prioritárias Para a Extensão a 2020. 2017. 2017.
51. Laboratório de Reabilitação Psicossocial. Projeto Bicho 7 cabeças 2017 [Available from: <https://www.labrp.pt/setecabecas2/index.php>].
52. Simões de Almeida R, Trigueiro MJ, Portugal P, de Sousa S, Simões-Silva V, Campos F, et al. Mental Health Literacy and Stigma in a Municipality in the North of Portugal: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(4):3318.
53. Cohen L, Manion, L., & Morrison, K. *Research Methods in Education*. 6th Edition ed. London 2007. 656 p.
54. John CW. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Edition T, editor: Sage 2009.
55. Setia MS. *Methodology Series Module 5: Sampling Strategies*. *Indian J Dermatol*. 2016;61(5):505–9.
56. Kennedy CE, Fonner VA, Armstrong KA, Denison JA, Yeh PT, O'Reilly KR, et al. The Evidence Project risk of bias tool: assessing study rigor for both randomized and non-randomized intervention studies. *Syst Rev*. 2019;8(1):3.
57. Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel group randomized trials. *BMC Med Res Methodol*. 2001;1:2.
58. Google. *Google Forms Plataforms*: Mountain View, CA: Google LLC; 2022 [Available from: <https://www.google.com/forms/>].
59. Bjornsen HN, Eilertsen MEB, Ringdal R, Espnes GA, Moksnes UK. Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*. 2017;17(1):717.
60. Guimarães AC, Trigueiro MJ, Coelho T, Maia I, Simões de Almeida R, Simões-Silva V, et al. Validation of the Mental Health Promoting Knowledge Scale (MHPK-10) for the Portuguese population. *RevSALUS – Revista Científica da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*. 2022;4(1).
61. Jung H, von Sternberg K, Davis K. Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry Res*. 2016;243:278–86.

62. Velho M. Validação do Mental Health Literacy Measure para a População Portuguesa [Trabalho de Licenciatura, in Terapia Ocupacional não publicada]. [Porto]: . Porto: ESS|P.Porto (School of Health Polytechnic of Porto); 2019.
63. Camarneiro ACV. Validação da Versão Portuguesa Mental Illness Knowledge Schedule (MAKS) [Dissertação de mestrado não publicada]. [Coimbra – Portugal]: : Coimbra; 2018.
64. Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H, Rose D, Rhydderch D, Henderson C, et al. Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *Can J Psychiatry*. 2010;55(7):440–8.
65. Evans-Lacko S, Rose D, Little K, Flach C, Rhydderch D, Henderson C, et al. Development and psychometric properties of the reported and intended behaviour scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2011;20(3):263–71.
66. Freitas F. Contribuição para a Validação da Escola de Comportamento Discriminatório Perante a Doença Mental (RIBS) para a População Portuguesa. Porto, Portugal: ESS|P. Porto (School of Health Polytechnic of Porto); 2020.
67. Simoes de Almeida R, Trigueiro MJ, Portugal P, de Sousa S, Simoes-Silva V, Campos F, et al. Mental Health Literacy and Stigma in a Municipality in the North of Portugal: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(4).
68. Association WM. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191–4.
69. Zoom. Zoom Meeting. 2023.
70. Marôco J. *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 8ª ed 2018.
71. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*, 2nd ed. New York, NY, US: Guilford Press; 2005. xviii, 366–xviii, p.
72. Bernard CBM, A. McCarthy. *Research Methods and Statistics*: Pearson; 2018.
73. Marôco J. *Análise e estatística com o SPSS Statistics*. 2018.
74. Ma KKY, Anderson JK, Burn AM. Review: School-based interventions to improve mental health literacy and reduce mental health stigma – a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*. 2023;28(2):230–40.
75. Patafio B, Miller P, Baldwin R, Taylor N, Hyder S. A systematic mapping review of interventions to improve adolescent mental health literacy, attitudes and behaviours. *Early Interv Psychiatry*. 2021;15(6):1470–501.

76. Kutcher S, Wei Y, Costa S, Gusmão R, Skokauskas N, Sourander A. Enhancing mental health literacy in young people. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(6):567–9.
77. Haliburn J. Mental health literacy must improve. *Aust N Z J Psychiatry*. 2020;54(8):844–5.
78. Simkiss NJ, Gray NS, Kemp AH, Dunne C, Snowden RJ. A randomised controlled trial evaluating the Guide Cymru mental health literacy intervention programme in year 9 (age 13–14) school pupils in Wales. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1062.
79. Mori R, Uchino T, Mizuno M, Yamaguchi T, Katagiri N, Nemoto T. Effectiveness of a Comprehensive Mental Health Literacy Educational Programme for Junior High School Students: A Randomised Controlled Trial Examining Changes in Their Knowledge, Attitudes, and Behaviour. *J Pers Med*. 2022;12(8).
80. Milin R, Kutcher S, Lewis SP, Walker S, Wei Y, Ferrill N, et al. Impact of a Mental Health Curriculum on Knowledge and Stigma Among High School Students: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(5):383–91 e1.
81. Evans-Lacko S. Development and Psychometric Properties of the Mental Health Knowledge Schedule. 2010.
82. Wu J, Zhang L, Zhu X, Jiang G. Mental Health Literacy from the Perspective of Multi-Field Experts in the Context of Chinese Culture. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4).
83. O'Reilly M, Svirydzenka N, Adams S, Dogra N. Review of mental health promotion interventions in schools. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(7):647–62.
84. Pinto-Foltz MD, Logsdon MC, Myers JA. Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents. *Soc Sci Med*. 2011;72(12):2011–9.
85. Zhang W, Creswell J. The use of "mixing" procedure of mixed methods in health services research. *Med Care*. 2013;51(8):e51–7.
86. Rad Camayad Y, & Espinoza Freire, E. E., *Methodological Strategies For Research In Social Science*. 2020.
87. Pfirman N, Rivera C, Saffer A. Health Promotion and Wellness for All Students: School-Based Occupational Therapy as a Preventive Approach. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2022;77(2).
88. Gomes D, Teixeira L, Ribeiro J. *Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional Domínio & Processo*. 2020;4ª edição.

Anexo 1– Material Suplementar

Link que dá acesso ao conteúdo elaborado para todas as sessões, bem como os questionários utilizados.

Projeto Bicho 7 Cabeças

Anexo 2– Prova de Submissão

Prova de submissão do artigo na revista Society and Mental Health (SMH). Fator de impacto: 5.1/
Fator de Impacto 5anos: 4.5

14-Aug-2023

Dear Dr. Meilsmeidth:

A manuscript titled Assessing the Efficacy of the 'Bicho 7 Cabeças' B-Learning School-based Program in Enhancing Mental Health Literacy and Reducing Stigma (SMH-23-0135) has been submitted by Dr. Gislene Meilsmeidth to Society and Mental Health.

You are listed as a co-author for this manuscript. The online peer-review system, ScholarOne Manuscripts, automatically creates a user account for you and you may receive e-mails and communications from the journal editorial office staff regarding your manuscript based on the authorization you provided to the co-author who created the account.