



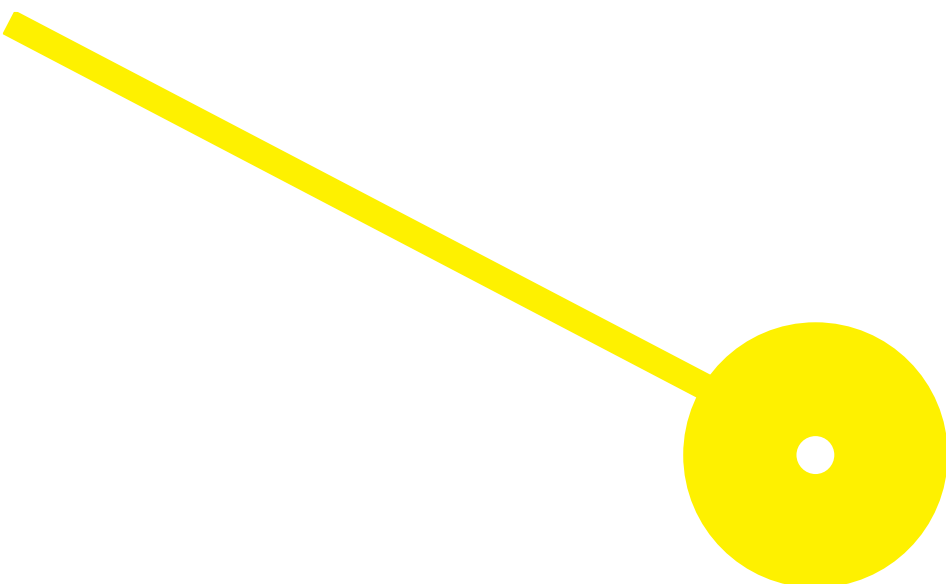
MESTRADO

MESTRADO EM TERAPIA OCUPACIONAL EM REABILITAÇÃO FÍSICA

Literacia em Saúde Mental na Perturbação do Espectro do Autismo: Estudo Piloto

Andreia Videira

09/2021





**ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE**



labrps

LABORATÓRIO DE
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Literacia em Saúde Mental na Perturbação do Espectro do Autismo

Autor

Andreia Videira

Orientadores

Professora Doutora Maria João Trigueiro/ ESS.IPP

Professor Doutor Vítor Simões-Silva/ ESS.IPP

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

Agradecimentos

Num ano atípico marcado pela pandemia e cheio de desafios que nos exigiu readaptarmo-nos e adiar alguns projetos, devo admitir que se tornou ainda mais desafiante conciliar todas as atividades e finalizar o projeto de investigação. No entanto, tudo seria mais difícil se não tivesse a ajuda e contributo de várias pessoas que permitiram que este percurso se tornasse mais fácil e que, por isso, não poderia deixar de mencionar.

Em primeiro lugar, os meus sinceros agradecimentos aos professores Maria João Trigueiro e Vítor Silva, da Escola Superior de Saúde do Porto. Quero agradecer o apoio, ajuda, orientação, disponibilidade e o foco que me foram transmitindo ao longo das reuniões que me deram alento em continuar e conseguir finalizar o trabalho proposto. A exigência e a visão crítica e oportuna contribuíram para a minha aprendizagem, aperfeiçoamento e enriquecimento do trabalho desenvolvido. O meu muito obrigada.

Agradeço também a todos que se dispuseram a participar no estudo pela disponibilidade e empenho durante o mesmo. Num ano de frequentes confinamentos e com maiores dificuldades em recrutar participantes, a participação *online* destes elementos foi fundamental para a concretização do estudo.

Agradeço ainda aos colegas que, assim como eu, também redigiram a tese durante este ano, pela partilha de conhecimento e de ideias e pelo mútuo incentivo.

Finalmente, agradeço à minha família, em especial aos meus pais, pelas palavras de incentivo e encorajamento nos momentos de maior desânimo ao longo deste ano e de todo o meu percurso académico.

A todos os meus sinceros agradecimentos.

Resumo

Objetivo: O presente estudo piloto tem como objetivo avaliar a eficácia de um programa de Literacia em Saúde Mental intitulado “Bicho 7 Cabeças”, no aumento de conhecimento sobre a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) na comunidade em geral e, ainda, avaliar a usabilidade desta mesma plataforma. **Método:** A amostra é constituída por 23 indivíduos, com idades compreendidas entre os 22 e os 54 anos, no qual se considerou para além da idade, o sexo, grau de escolaridade e área profissional de cada participante. Para avaliação do conhecimento adquirido foram analisados os valores obtidos nos testes de conhecimento após cada sessão da formação e na questão realizada antes e pós formação, relativa à perceção que o utilizador tem sobre o seu conhecimento face à PEA. Adicionalmente, foi analisado a usabilidade da plataforma através da versão portuguesa do questionário de *System Usability Scale*. **Resultados:** registaram-se diferenças significativas nas pontuações dos três momentos de avaliação ($p=0,005$) quando considerada toda a amostra e também de acordo com os grupos etários ($p=0,003$), o sexo ($p=0,006$), o grau de escolaridade ($p=0,017$) e a área profissional ($p=0,009$). Em concordância, registou-se um aumento da média do conhecimento subjetivo dos participantes de 2,52 para 7,91 ($p<0,001$). A usabilidade da plataforma foi, no geral, avaliada de forma positiva pelos usuários. **Conclusão:** Os resultados sugerem que a plataforma mostrou ser eficaz no aumento da literacia em saúde mental na PEA na amostra estudada e cumpriu, de forma geral, os critérios de usabilidade.

Palavras-chave: Literacia; Saúde Mental; Perturbação do Espectro do Autismo; Formações online.

Abstract

Objective: The present study aims to evaluate the effectiveness of a Mental Health Literacy program in increasing knowledge about Autism Spectrum Disorder (ASD) in the general population and evaluate its usability. **Method:** The sample consists of 23 individuals, about whom information was collected on age, sex, level of education, and professional area. To assess the knowledge acquired, the values obtained in the tests after each training session and in the question asked before and after training regarding the user's perception of their knowledge about ASD were analysed. The usability of the platform was analysed using the Portuguese version of the System Usability Scale questionnaire. **Results:** there were significant differences in the scores of the three evaluation moments ($p=0.005$) when considering the whole sample and also according to age groups ($p=0.003$), gender ($p=0.006$), level of education ($p=0.017$) and the professional area ($p=0.009$). Accordingly, there was an increase in the mean of the participant's subjective knowledge from 2.52 to 7.91 ($p<0.001$). The usability of the platform was, in general, positively evaluated by users. **Conclusion:** The results suggest that the platform has proven effective in increasing mental health literacy in the ASD in the studied sample and generally met the usability criteria.

Keywords: Literacy; Mental health; Autism Spectrum Disorder; Online Platforms.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Métodos.....	5
2.1 Amostragem.....	5
Seguimento	6
Lição 3.....	6
Lição 2.....	6
Lição 1.....	6
Inclusão	6
Análise	6
2.2 Instrumentos.....	6
2.3 Procedimentos.....	8
2.4 Procedimentos Estatísticos	11
3 Resultados.....	12
3.1 Descrição da Amostra.....	12
3.2 Avaliação subjetiva do conhecimento sobre a PEA pré e pós formação.....	13
3.3 Análise da pontuação nos testes finais da formação sobre a PEA.....	15
3.4 Análise do Questionário de Usabilidade.....	18
4 Discussão.....	21
5 Conclusão.....	26
Referências Bibliográficas.....	27
Anexos.....	31

1. Introdução

De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1), uma em cada quatro pessoas no mundo será afetada por distúrbios mentais ou neurológicos em algum momento das suas vidas, colocando as Perturbações Mentais (PM) entre as principais causas de problemas de saúde em todo o mundo. Apesar desta alta prevalência, a comunidade em geral tem pouco conhecimento sobre as mesmas.(2)

Pesquisas mostram que, em todo o mundo, apesar dos tratamentos disponíveis, quase dois terços das pessoas com PM não procuram os cuidados de saúde que precisam. (1, 3) As PM não tratadas, em adolescentes e adultos jovens, são fortes indicadores de fraco desempenho profissional, funcionamento interpessoal e familiar problemático, bem como expectativa de vida reduzida.(3) Para além disto, o conhecimento das condições de saúde mental têm sido mais negligenciadas em comparação com outras doenças físicas como Acidente Vascular Encefálico, doenças cardíacas e cancro.(4, 5) O mesmo sucede com as perturbações do neurodesenvolvimento com sintomas equivalentes às PM como é o caso de uma das perturbações mais comuns na infância – a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA).(6-9)

Segundo Godfrey et al (10), a literatura sugere que a população em geral tem uma baixa compreensão sobre a saúde mental, ou seja, possui uma baixa literacia em saúde mental, o que leva a não saberem como procurar ajuda e tratamento (4, 10) e, ainda, como ajudar outros. (2) Campos et al (11), acrescenta que estes baixos níveis de LSM são mais evidentes na população jovem.

A Literacia em Saúde Mental (LSM) é uma componente da Literacia em Saúde (LS), conceito multifacetado, complexo e em evolução, que tem ganho maior destaque nos últimos anos em todo o mundo. (12, 13) Segundo a OMS (12), que segue o modelo conceptual desenvolvido em 2012 pela European Health Literacy Consortium (14), a LS envolve a capacidade de aceder, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas com a saúde, nomeadamente nos cuidados e promoção da saúde, bem como na prevenção de doenças. (12, 15) A LS é considerada como sendo um determinante significativo da saúde mental com o potencial de beneficiar a saúde mental individual e pública. (13, 15)

Nos últimos anos, o conceito de LSM foi definido, segundo Kutcher et al (5, 15-17), com base em quatro componentes principais, nomeadamente: (1) compreensão de como obter e manter uma boa saúde mental; (2) compreensão das PM e seus tratamentos; (3) diminuição do estigma relacionado com as PM; (4) aumento da eficácia na procura de ajuda e desenvolvimento das

competências necessárias para a melhoria dos cuidados de saúde mental e das capacidades de autogestão da doença. (5, 15-17) Esta definição está em consonância com a definição de saúde mental da OMS, que afirma que a saúde mental é mais do que a ausência de PM, abrangendo também o bem-estar, bom funcionamento e gestão da condição. (13, 18) Desta forma, evidências indicam que os profissionais de saúde, como terapeutas ocupacionais devem considerar o nível de LS dos utentes de forma a adaptar as suas intervenções e otimizar o seu tratamento.(19)

O Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional, publicado em 2020 pela American Occupational Therapy Association (20) inclui a promoção da saúde como uma intervenção da Terapia Ocupacional (TO). A TO, na sua prática, não considera exclusivamente as capacidades individuais do indivíduo mas também a complexa interação da pessoa com o ambiente e como essa interação facilita ou dificulta o seu desempenho em diferentes tarefas.(19, 21) Este aumento de conhecimento por parte das pessoas em relação aos aspetos da sua condição e da intervenção proposta permite criar um ambiente de maior cooperação entre terapeuta e cliente, facilitando o alcance dos objetivos definidos. Para isso, o terapeuta pode promover o aumento da literacia por meio do desenvolvimento e uso de abordagens e materiais que sejam compreensíveis, acessíveis e utilizáveis por todo o espectro de consumidores. (21, 22).

Campos et al (11), acrescenta que os baixos níveis de LSM leva a desenvolverem crenças infundadas sobre as diferentes perturbações. Consecutivamente, os baixos níveis de LSM é considerada como um impulsionador de preconceito e comportamentos discriminatórios (15), que leva ao aparecimento de estigma, discriminação e negligência relativamente a pessoas com estas perturbações. (1, 3, 11)

Isto acontece não só nas PM, como também na PEA. Estudos indicam que muitas vezes esta perturbação é mal compreendida, levando ao desenvolvimento de crenças distorcidas.(10, 23) Além disto, pais de crianças com PEA relataram que a falta de conhecimento da comunidade sobre esta perturbação leva a sentimentos de estigmatização. (24-26)

Atualmente, em Portugal, segundo Oliveira et al (27), a prevalência de PEA estimada é de 10 em cada 10 000 crianças. No ano de 2010, Baxter et al (28), estimou uma prevalência mundial de um em cada 132 indivíduos com diagnóstico de PEA. (2, 28) Foi ainda verificado, que esta prevalência tem vindo a aumentar e tende a ser superior em indivíduos do sexo masculino, estimando-se, de forma consistente, uma proporção de aproximadamente 4,5 homens para cada uma mulher com PEA durante o período de 2006 a 2012. (29)

A PEA caracteriza-se como sendo uma perturbação do neurodesenvolvimento caracterizada pela presença de défices ao nível da comunicação e interação social, acompanhado por padrões repetitivos e comportamentos, interesses ou atividades restritivas (2, 28–33), que afeta a forma como o indivíduo percebe o mundo. (33) O termo espectro justifica-se pela grande variação no tipo e na gravidade dos sintomas que os indivíduos com PEA podem experienciar. (30)

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (34), pessoas com PEA podem apresentar (1) dificuldade na comunicação e interação, nomeadamente pouco ou nenhum contacto ocular, tendência a não ouvir as pessoas, demorar ou não responder ao nome e expressões faciais, movimentos e gestos que não se enquadram no contexto da conversa; (2) interesses restritivos e comportamentos repetitivos, tais como repetição de certos comportamentos ou palavras/ frases (ecolalia), interesse intenso e duradouro por determinados assuntos ou foco excessivo em determinados objetos ou parte deles; (3) sintomas que afetam a capacidade da pessoa ser funcional na escola, no trabalho e em outras áreas da vida, como dificuldade em mudar as suas rotinas ou alterações sensoriais. (30, 34)

O seu diagnóstico é baseado na observação dos comportamentos e avaliação da ausência ou atraso determinados em marcos de desenvolvimento, que seriam típicos consoante a faixa etária. (31) A presença da PEA pode ser evidente na primeira infância, uma vez que os sintomas geralmente aparecem nos primeiros dois anos de vida. (29–31) A American Academy of Pediatrics (31) recomenda que o diagnóstico de PEA ocorra entre os 18 e 24 meses de idade, no entanto, muitas vezes, ela não é diagnosticada até aos 3 a 5 anos de idade. (31) Estes atrasos na deteção da PEA podem ser atribuídos ao baixo e limitado conhecimento dos pais em relação aos primeiros marcos do desenvolvimento e aos primeiros sinais de autismo e, desta forma, serem igualmente lentos na procura de ajuda especializada. (35)

O baixo nível de instrução e a baixa compreensão sobre a perturbação na população em geral, leva a que o tratamento seja tardio, influenciando negativamente a qualidade de vida desses indivíduos. (9) No caso da PEA, um diagnóstico e intervenção precoce, revela-se importante na medida que ajuda na aprendizagem de novas capacidades e maximiza os pontos fortes do indivíduo, com vista a garantir uma vida produtiva, inclusiva e funcional. (2, 30, 31) Por outro lado, esta problemática referente ao diagnóstico e tratamento tardio pode ser interrompida e até mesmo revertida com níveis mais elevados de LSM, o que levaria à identificação precoce dessas condições e procura de tratamento atempado. (4)

A compreensão e aceitação da PEA pela comunidade pode ser importante para a saúde mental destes indivíduos, na medida em que se acredita que o estigma percebido por outras pessoas contribui negativamente para a saúde mental de grupos estigmatizados, contribuindo para o isolamento social e ansiedade. (33) Para além disso, a falta de compreensão da sociedade sobre a PEA resulta na dificuldade destes indivíduos participarem na comunidade e em ingressar na vida ativa como, por exemplo, obter um emprego, por razões alheias às limitações decorrentes da perturbação. (25, 33)

Desta forma, existe a urgente necessidade de avaliar o conhecimento e as percepções de PEA na população em geral (11, 25) e, posteriormente, desenvolver e implementar estratégias para o aumento da LSM devem ser considerados, tais como sessões de informação de saúde mental, eventos únicos projetados para aumento da consciência de saúde mental, sessões de informação de saúde mental fornecidas fora de contextos quotidianos, com programas mantidos e incorporados na comunidade. (15)

Vários países criaram programas de promoção da saúde mental para jovens, a maioria dos quais desenvolvidos em contexto escolar e focados particularmente nas PM como esquizofrenia ou depressão, cujo principal objetivo era promover a melhoria da saúde mental, aumentando a LSM e reduzindo o estigma associado aos problemas de saúde mental. Em geral, os estudos de avaliação destes programas demonstraram eficácia na melhoria dos níveis de LSM (11). A par com estes programas desenvolvidos em contexto escolar, também têm sido implementados programas/intervenções com formato online, os quais mostraram resultados igualmente satisfatórios com maior facilidade de acesso e mais baixo custo tornando-se, desta forma, excelentes recursos para aumentar a LSM.(36)

O presente estudo piloto tem, assim, como objetivo (1) avaliar a eficácia de um programa de Literacia em Saúde Mental na PEA, disponibilizado através de uma plataforma digital online, na promoção do conhecimento sobre a PEA na comunidade em geral e (2) analisar a dificuldade sentida pelos usuários na utilização da plataforma e da formação e na compreensão dos conteúdos apresentados.

2. Métodos

2.1 Amostragem

O presente estudo contou com a participação voluntária de 23 indivíduos adultos, tratando-se de uma amostra não probabilística, por conveniência, uma vez que se procedeu à seleção de membros da população que estavam mais acessíveis.(37, 38)

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos formandos foram indivíduos com clara compreensão do idioma português quer na forma oral como escrita e que dispusessem de recursos para aceder de forma online ao programa de Literacia em Saúde Mental. Foram definidos como critérios de exclusão: (1) indivíduos com área profissional e/ou curso académico que lecionasse na sua formação conteúdos sobre a PEA, (2) indivíduos com participação em formações prévias sobre a PEA e (3) indivíduos que mantivessem contacto direto e frequente com pessoas com PEA.

Neste seguimento, inicialmente, foram avaliados para elegibilidade 35 indivíduos, dos quais foram excluídos dois com base no terceiro critério de exclusão. Desta forma, contou-se na primeira lição com a participação de 33 formandos. A segunda lição contou com 10 desistências, tendo os 23 participantes restantes permanecido até final da formação. O processo de recrutamento e seleção da amostra foi descrito no diagrama da CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) que mostra o progresso de todos os participantes nas diferentes fases do estudo (figura 1). (39-41)

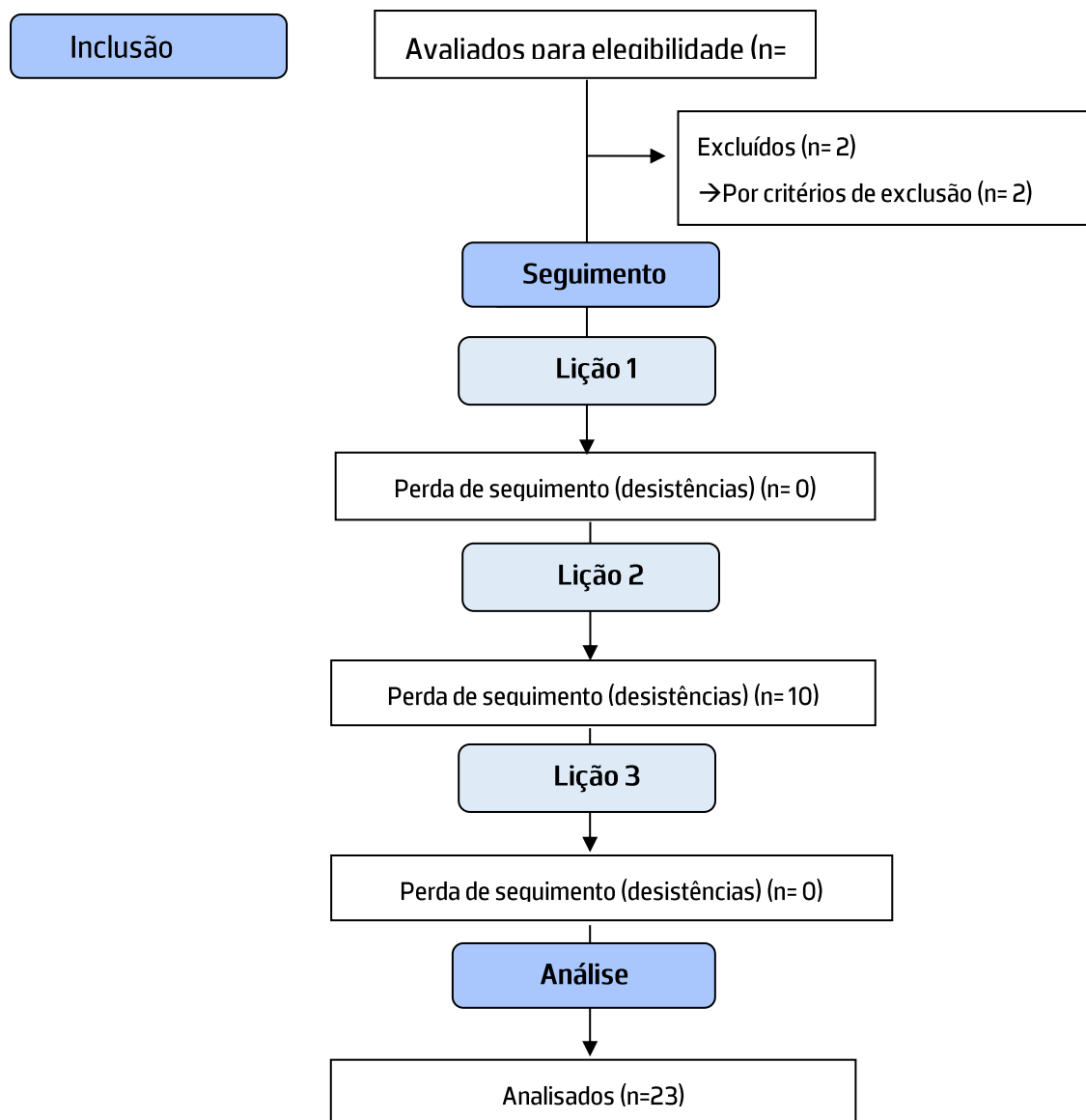


Figura 1 Diagrama da Consort

2.2 Instrumentos

Recorreu-se como método de recolha de dados a um questionário sociodemográfico, um teste de usabilidade, ambos de autopreenchimento online, elaborado através da plataforma “Google Forms” e, de forma a avaliar o grau de conhecimento adquirido, aos testes realizados no final de cada sessão da formação e à questão realizada antes e pós formação, relativa à percepção que o utilizador tem sobre o seu conhecimento face à PEA.

O questionário sociodemográfico foi realizado com o intuito de caracterizar a amostra e averiguar o cumprimento dos critérios pré-estabelecidos, obtendo-se, assim, uma descrição pormenorizada da mesma. Cada questionário foi identificado com o nome de utilizador usado na plataforma, nome este codificado de forma a não ser possível identificar o participante, e

contemplou variáveis como sexo, idade, grau de escolaridade e área profissional. Para além disto, incluiu-se questões relacionadas com a formação académica, área profissional e/ou realização de outras formações sobre a PEA e, ainda, se o indivíduo convive ou conviveu com outra(s) pessoa(s) com PEA.

Para a Avaliação do Conhecimento utilizaram-se os Testes de Conhecimento, disponibilizados através da plataforma no final de cada lição da formação, que incluíram questões de associação, escolha múltipla e verdadeiro ou falso relacionadas com os assuntos abordados. Recorreu-se a estes testes para que fosse possível obter a percentagem de questões às quais o utilizador respondeu corretamente e, por conseguinte, avaliar de forma objetiva o conhecimento sobre os conteúdos disponibilizados nessa lição. Para além disto, permitiu fornecer um feedback ao utilizador do seu desempenho durante a formação. Para além destes Testes, com uma avaliação mais objectiva dos conteúdos aprendidos, foi igualmente utilizado um questionário de auto percepção do conhecimento, onde foi pedido a cada participante que, através de uma escala de Likert de 10 pontos (0 – nenhum conhecimento a 10 – máximo conhecimento) fizesse uma avaliação subjectiva do seu conhecimento acerca da PEA, antes e depois da formação.

Como Teste da Usabilidade foi utilizada a versão portuguesa (42) do System Usability Scale (SUS) desenvolvido por Brooke(43) em 1986. O SUS trata-se de um instrumento autopreenchimento que permite ao usuário avaliar de forma fácil, barata e rápida a usabilidade de um determinado produto ou serviço.(42-44) Para além disso, é uma ferramenta robusta e apresenta alta correlação com outras duas métricas de usabilidade, sendo estas o Post-Study System Usability Questionnaire (PSSUQ) ($r = 0,70$) e uma questão geral de usabilidade ($r = 0,48$). Os resultados de confiabilidade mostram valores menos satisfatórios ($ICC = 0,36$), porém o percentual de concordância é satisfatório (76,67%).(42, 45)

O SUS é composto por dez afirmações que são pontuadas através do uso da escala de Likert de cinco pontos variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).(42, 43) As pontuações do usuário para cada pergunta são convertidas num novo número, somadas e então multiplicadas por 2,5 para converter as pontuações originais de 0-40 para 0-100.(42, 43) A pontuação final pode variar de 0 a 100, sendo que quanto mais elevada a pontuação melhor é a usabilidade desse produto.(42) Uma pontuação do SUS acima de 68 seria considerada acima da média.(42) Para além da pontuação obtida, o uso do questionário pode ser usado como meio de comparar a avaliação fornecida por usuários compatíveis.(42)

Com a média da pontuação obtida em cada resposta foi possível comparar as diferentes percepções dos usuários em cada questão relativa à usabilidade da plataforma. No final do teste, foram adicionadas questões de resposta aberta onde se pretendia que o utilizador mencionasse de forma mais detalhada aspetos positivos e negativos da plataforma e da formação e fornecesse sugestões para melhoria.

O questionário disponibilizado aos participantes é preenchido pelos próprios de forma online após finalização da formação.

2.3 Procedimentos

Para a realização do estudo, inicialmente, foi solicitada autorização formal e institucional pela Comissão de Ética, com o número do processo 1232 a 28 de março de 2019. Após obtenção da mesma, foi fornecido a todos os participantes, de forma online, um termo de consentimento informado segundo a “Declaração de Helsínquia” (46), onde era especificado o objetivo do estudo, garantia do anonimato e confidencialidade das informações, respeitando-se o código de conduta assim como os aspetos éticos.

O programa de LSM, com recurso a uma plataforma digital intitulada “Bicho 7 Cabeças” (47), foi desenvolvido pelo Laboratório de Reabilitação Psicossocial da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto e da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Foi desenvolvido com o objetivo de aumentar os níveis de literacia em saúde mental, através da disponibilização de vários módulos de formação centrados nos conceitos de Saúde e Doença Mental. Para além disto, pretendeu-se que a plataforma fosse acessível à comunidade em geral e que os usuários pudessem realizar as formações que pretendiam de forma online e com maior autonomia.

Em relação à estrutura da plataforma, esta encontra-se dividida em vários separadores, nomeadamente: (1) “Home” correspondente à página principal que expõe os diferentes conteúdos que podem ser explorados na plataforma; (2) “Painel do Utilizador” onde se encontram os cursos acedidos pelo usuário; (3) “Eventos” onde se pode verificar os eventos futuros e, por fim; (4) “Os meus cursos” no qual se encontram destacados todos os módulos disponíveis para formação online.

A plataforma “Bicho 7 Cabeças” (47) disponibiliza um conjunto de formações e recursos informativos interativos sobre diferentes temas relacionados com a Saúde e Doença Mental e Perturbação, nomeadamente Esquizofrenia, Depressão, Ansiedade, PHDA, Demência,

Dependência do Digital, Doença Bipolar, Dependência de Substâncias e Perturbação do Espectro do Autismo.

Os conteúdos de cada formação são disponibilizados através de recursos audiovisuais com conteúdos informativos sobre o tema a abordar, seguidos de exercícios práticos e de um teste final de escolha múltipla. No final de cada sessão, é fornecido ao usuário um feedback do seu desempenho nos exercícios e no teste, através da visualização das respostas corretas e erradas com a respetiva solução e da pontuação obtida numa escala de 0 a 100%.

Em relação ao módulo sobre a PEA, este engloba três sessões, em que cada uma apresenta os objetivos de aprendizagem, um recurso audiovisual com os conteúdos a ser abordados na sessão, descrição explicativa, exercícios práticos e, por fim, o teste final. Os temas abordados em cada uma das sessões constam de forma mais detalhada na tabela 1.

Tabela 1 Descrição da Estrutura e dos Conteúdos do módulo sobre PEA

	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3
Título	“Enquadramento geral da Perturbação do Espectro do Autismo”	“Compreensão da etiologia, sinais de alarme para o diagnóstico e intervenções na Perturbação do Espectro do Autismo”	“Impacto da Perturbação do Espectro do Autismo e estratégias que se podem utilizar no dia a dia”
Objetivos de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> - Entender o conceito; - Sintomatologia; - Esclarecimento da base neurológica dos comportamentos; - Comorbilidades associadas e suas implicações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Etiologia; - Fatores de risco; - Prevalência; - Processo de diagnóstico; - Prognóstico; - Sinais de alarme; - Intervenções realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto da PEA no dia a dia do individuo e das pessoas com quem convive; - Conselhos práticos e estratégias que podem ser utilizadas para a pessoa com PEA aplicar no dia a dia.
Tipologia de	Teórico-Prática: - Recurso audiovisual de 15 min;	Teórico-Prática: - Recurso audiovisual de 22 min;	Teórico-Prática: - Recurso audiovisual de 29 min;

Aprendizagem	- Sugestão de vídeos e séries para assistir; - Exercícios práticos.	- Sugestão de um link de um canal de Youtube, de um website e de um filme; - Exercícios práticos.	- Disponibilização de três vídeos para assistir, sendo que dois tratam-se de palestras com testemunhos e outro de um pequeno filme educacional. - Exercícios práticos.
Exercícios Práticos	Descrição de duas situações, de forma a distinguir qual destas se trata de uma birra e de uma crise de PEA.	Descrição de uma situação no qual o formando deve identificar os sinais/sintomas da presença da PEA.	Expostas diferentes situações, no qual o formando, num conjunto de soluções, deve indicar qual destas é a mais indicada para cada um deles
Teste Final	Total de 13 questões de resposta múltipla e/ou verdadeiro e falso, baseadas no conteúdo abordado ao longo da sessão.	Total de 14 questões de resposta múltipla e/ou verdadeiro e falso, baseadas no conteúdo abordado ao longo da sessão.	Total de 3 exercícios de associação, sendo que são expostas diferentes situações e estratégias, para que o usuário faça a devida correspondência. O primeiro e segundo exercício refere-se a crianças/ adolescentes no contexto familiar e contexto escolar, respetivamente e o terceiro exercício a adultos com PEA.
Duração	30 a 40 min.	30 a 40 min.	40 a 50 min.

Para a realização do presente estudo piloto, após confirmação dos participantes, foi enviado a cada um deles, um email no qual constavam todos os passos necessários para a realização da formação, nomeadamente (1) registo na plataforma “Bicho 7 Cabeças” (47), (2) autopreenchimento online do questionário sociodemográfico, incluindo a avaliação subjetiva do participante pré-formação face ao seu conhecimento sobre a PEA, (3) realização da formação completa da PEA na plataforma “Bicho 7 Cabeças” (47), (4) autopreenchimento online do Teste de Usabilidade e, por fim, (5) avaliação subjetiva do participante pós-formação face ao seu grau de conhecimento de 1 a 10 sobre a PEA.

2.4 Procedimentos Estatísticos

Os dados obtidos através dos questionários online foram exportados para o programa Microsoft Office Excel (versão Office 365), no qual foram realizados os procedimentos para codificação das variáveis. De seguida, para o tratamento de dados, estes foram transferidos para o software IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 27.0 para Windows, tendo-se considerado, para todos os testes estatísticos realizados, um nível de significância de 0,05.(48, 49)

De forma a poder perceber a influência das variáveis sociodemográficas nos níveis de conhecimento dos elementos da amostra, procedeu-se à codificação das variáveis idade e área profissional: a variável idade foi codificada como dicotómica, sendo que no grupo 1 foram agrupados os indivíduos com idade inferior a 30 anos e no grupo 2 os indivíduos com idade superior a 30 anos. A variável área profissional foi agrupada em três categorias, nomeadamente, “engenharia”, “gestão e administração” e “outros”. Este último incluiu operários industriais, restauração, assistente operacional de saúde e tradução e serviços linguísticos.

A estatística descritiva foi utilizada para caracterização da amostra, recorrendo-se a medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão e amplitude) no caso das variáveis quantitativas e frequências relativas (%) e absolutas (n) nas variáveis categoriais.(48, 49)

Previamente à aplicação dos testes, testou-se a normalidade das variáveis, através do Teste de Shapiro-Wilk (SW)(49), no qual se verificou que apenas as variáveis Lição 1, Lição 2 e Lição 3 cumprem a normalidade ($p > 0,005$). Neste seguimento, recorreu-se ao teste T para Igualdade de Médias para analisar se existiam diferenças significativas nos níveis de conhecimento nas lições 1, 2 e 3, de acordo com a idade e sexo, sendo cumprido o pressuposto da homogeneidade das variâncias ($p < 0,005$), e ao teste ANOVA mista de medidas repetidas para as variáveis grau de escolaridade e área profissional.(48, 49)

No caso das variáveis Conhecimento Pré e Conhecimento Pós Formação, que não seguiam uma distribuição normal, recorreu-se ao teste não paramétrico de Wilcoxon para verificar se existiam diferenças significativas no que diz respeito ao conhecimento subjetivo da PEA entre o momento pré-formação e pós formação, considerando-se a amostra total.(49) Para além disto, de forma a analisar se existiam diferenças significativas nos grupos das diferentes variáveis no momento pré-formação e pós formação, recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann Whitney

para as variáveis idade e sexo e ao teste não paramétrico Kruskal Wallis para as variáveis grau de escolaridade e área profissional.(48, 49)

Para a análise dos efeitos da formação relativamente à pontuação do Conhecimento Subjetivo Pré e Conhecimento Subjetivo Pós Formação e das pontuações obtidas nas Lições 1, 2 e 3 entre si, de acordo com as variáveis sexo, idade, grau de escolaridade e área profissional, recorreu-se ao Teste da ANOVA Mista para medidas repetidas.(48, 49) A análise dos pressupostos foi realizada com recurso a: 1) teste SW para verificação da normalidade da distribuição em cada um dos grupos; apesar deste pressuposto de normalidade não foi cumprido nas variáveis Conhecimento Pré e Pós Formação, segundo Schmider et al.(49, 50), a ANOVA é robusta o suficiente para comparar variáveis que não cumpram a distribuição normal mas que registem valores de assimetria e curtose de $|2|$ e $|9|$, respetivamente, o que foi verificado nas variáveis em causa; 2) foi ainda verificado o pressuposto relativo à esfericidade de Mauchly. (49, 51, 52)

Por fim, de forma a verificar a relação entre as três variáveis categóricas, nomeadamente lição 1, lição 2 e lição 3, recorreu-se à análise da tabela cruzada ("Crosstabs"). Esta foi também usada no questionário de usabilidade para perceber a relação e associação entre as questões quantitativas.(49) Além disto, foi ainda analisado as questões com resposta aberta do questionário de usabilidade.

3 Resultados

3.1 Descrição da Amostra

O estudo contou com a participação de 23 formandos, no qual onze são do sexo feminino e doze do sexo masculino. A idade dos participantes variou entre os 22 aos 54 anos, sendo que no grupo 1, cerca de 60% da amostra total, considerou-se indivíduos com idade inferior a 30 anos que apresentou uma média de 25,57. Os restantes indivíduos com idade superior a 30 anos e que representam 39,1% do total da amostra, pertencem ao grupo 2 e apresentaram uma média de 44,56.

No que diz respeito ao grau de escolaridade, verificou-se que a amostra é composta maioritariamente por indivíduos com licenciatura (n=9) e ensino secundário (n=7), sendo que os restantes apresentam grau de mestrado (n=5) e, em menor número, o terceiro ciclo (n=2).

Relativamente à área profissional, verificou-se que sete formandos (30,4%) pertenciam à área de engenharia, oito (34,8%) à área de gestão e administração e os restantes oito (34,8%) à categoria “outros” (tabela 2).

Tabela 2 Informação Descritiva da Amostra

CARACTERÍSTICAS	Amostra (n= 23)	
	N (%)	M (dp)
Idade		
Grupo 1 (<30)	14 (60,9)	24,57 (1,28)
Grupo 2 (>30)	9 (39,1)	44,56 (8,82)
	N (%)	
Sexo		
Feminino	11 (47,8)	
Masculino	12 (52,2)	
Grau de Escolaridade		
3 ^o ciclo	2 (8,7)	
Ensino Secundário	7 (30,4)	
Licenciatura	9 (39,1)	
Mestrado	5 (21,7)	
Área Profissional		
Engenharia	7 (30,4)	
Gestão e Administração	8 (34,8)	
Outros	8 (34,8)	
M= média; dp = desvio padrão; N= frequência absoluta; % = frequência relativa		

3.2 Avaliação subjetiva do conhecimento sobre a PEA pré e pós formação

Na tabela 3, são apresentados os valores obtidos pela amostra nas variáveis conhecimento subjetivo pré-formação e conhecimento subjetivo pós formação de acordo com a idade, sexo, grau de escolaridade e área profissional, verificando-se que não existem diferenças significativas entre os grupos quer no conhecimento no momento pré formação quer no momento pós formação ($p > 0,005$).

Tabela 3 Valores da Avaliação Subjetiva do Conhecimento Pré e Pós Formação de acordo com a idade, sexo, grau de escolaridade e área profissional

	Conhecimento Pré- Formação		Conhecimento Pós- Formação	
	M (dp)	Valor p	M (dp)	Valor p
Idade				
Grupo 1 (< 30 anos) (n=14)	2,64 (1,69)	0,676a	7,86 (0,66)	0,622a
Grupo 2 (> 30 anos) (n=9)	2,33 (1,58)		8 (0,71)	
Sexo				
Feminino	2,27 (1,74)	0,469a	7,64 (0,51)	0,063a
Masculino	2,75 (1,55)		8,17 (0,72)	
Grau de Escolaridade				
3º ciclo	2,5 (3,54)	0,851b	8,50 (0,71)	0,146b
Ensino Secundário	2,29 (1,11)		7,86 (0,69)	
Licenciatura	2,89 (1,62)		8,11(0,60)	
Mestrado	2,20 (1,92)		7,40 (0,55)	
Área Profissional				
Engenharia	2,71 (1,80)	0,315b	7,86 (0,69)	0,909b
Gestão e Administração	3 (1,20)		8 (0,76)	
Outros	1,88 (1,81)		7,88 (0,64)	

M= média; dp = desvio padrão.

a Teste Não Paramétrico de Mann Whitney; b Teste Não Paramétrico de Kruskal- Wallis

De forma a verificar os efeitos da formação no conhecimento, comparou-se o conhecimento subjetivo no momento pré formação e no momento pós formação para o total da amostra, e ainda de acordo com a idade, sexo, grau de escolaridade e área profissional (tabela 4). Conforme se pode observar, existiram diferenças significativas em todas as comparações ($p < 0,001$). Esta diferença também pôde ser constatada a partir das médias obtidas do conhecimento no momento pré e pós formação da amostra total, que aumentaram consideravelmente ($M=2,52$ para $M=7,91$). Por outro lado, na interação entre os valores do conhecimento pré e pós formação de acordo com cada variável, não houve diferenças com significado estatístico, nomeadamente para a idade ($p=0,558$), sexo ($p=0,944$), grau de escolaridade ($p=0,938$) e área profissional ($p=0,492$).

Tabela 4 Pontuação do Conhecimento Subjetivo Pré e do Conhecimento Subjetivo Pós Formação entre si e de acordo com a idade, sexo, grau de escolaridade e área profissional

	Conhecimento Pré e Pós Formação		Interação Grupo* Conhecimento Pré e Pós Formação	
	Valor p	Eta Square (η^2p)	Valor p	Eta Square (η^2p)
Total da amostra	<0,001a	--	--	--
Idade				
Grupo 1 (< 30 anos) (n=14)	<0,001b	0,907b	0,558b	0,017b
Grupo 2 (> 30 anos) (n=9)				
Sexo				
Feminino	<0,001b	0,908b	0,944b	<0,001b
Masculino				
Grau de Escolaridade				
3º ciclo				
Ensino Secundário	<0,001b	0,885b	0,938b	0,021b
Licenciatura				
Mestrado				
Área Profissional				
Engenharia				
Gestão e Administração	<0,001b	0,913b	0,492b	0,068b
Outros				

a Teste de Wilcoxon; b Teste Anova Mista de medidas repetidas

3.3 Análise da pontuação nos testes finais da formação sobre a PEA

Na tabela 5, são apresentados os resultados das variáveis Lição 1, Lição 2 e Lição 3, de acordo com a idade, sexo, grau de escolaridade e área profissional, onde se pode verificar que não existem diferenças significativas entre os grupos na pontuação obtidas em qualquer uma das lições ($p > 0,005$).

Tabela 5 Valores das Lições Finais 1,2 e 3 de acordo com a idade, sexo, grau de escolaridade e área profissional

	Nota Final		Nota Final		Nota Final	
	Lição 1		Lição 2		Lição 3	
	M (dp)	Valor p	M (dp)	Valor p	M (dp)	Valor p
Idade						
Grupo 1 (< 30 anos)	9,09 (0,50)	0,730a	9,04 (0,85)	0,418a	8,55 (1,21)	0,118a
Grupo 2 (> 30 anos)	9,01 (0,55)		8,76 (0,70)		7,67 (1,35)	
Sexo						
Feminino	9,11 (0,46)	0,652a	9,15 (0,72)	0,218a	8,67 (1,16)	0,099a
Masculino	9,01 (0,57)		8,73 (0,84)		7,77 (1,34)	
Grau Escolaridade						
3º ciclo	9,61 (0,09)	0,398b	9,23 (1,10)	0,868b	8,40 (2,27)	0,951b
Ensino	8,90		8,84 (0,77)		7,98 (0,72)	
Secundário	(0,40)		8,82 (0,93)		8,21 (1,24)	
Licenciatura	9,03 (0,59)		9,12 (0,65)		8,42 (2,03)	
Mestrado	9,13 (0,56)					
Área Profissional						
Engenharia	9,37 (0,46)	0,135b	8,91 (1,05)	0,997b	8,67 (1,43)	0,516b
Gestão/Admin	8,85 (0,53)		8,95 (0,68)		7,89 (1,46)	
Outros	9,01 (0,46)		8,93 (0,75)		8,10 (1,08)	

M= média; dp = desvio padrão

a Teste T para Igualdade de Médias; b Teste Anova Mista de medidas repetidas

De forma a verificar os efeitos da formação nas três lições, comparou-se as pontuações obtidas para o total da amostra, e ainda de acordo com a idade, sexo, grau de escolaridade e área profissional (tabela 6). Pode observar-se que houve diferenças nas pontuações dos três momentos ($p=0,005$) quando considerada toda a amostra e também de acordo com os grupos etários ($p=0,003$), o sexo ($p=0,006$), o grau de escolaridade ($p=0,017$) e a área profissional ($p=0,009$).

Por outro lado, na interação entre a pontuação obtida nas lições, de acordo com cada variável, não houve diferenças com significado estatístico (idade - $p=0,165$; sexo - $p=0,153$; grau de escolaridade - $p=0,978$; e área profissional - $p=0,930$).

Tabela 6 Pontuação das Lições 1, 2 e 3 entre si e de acordo com a idade, sexo, grau de escolaridade e área profissional

	Lições 1, 2 e 3		Interação Grupo* Lição 1, 2 e 3	
	Valor p	Eta Square (η^2p)	Valor p	Eta Square (η^2p)
Amostra total	0,005a	0,301	--	--
Idade				
Grupo 1 (< 30 anos) (n=14)	0,003a	0,354a	0,165a	0,090a
Grupo 2 (> 30 anos) (n=9)				
Sexo				
Feminino	0,006 a	0,313a	0,153 a	0,095a
Masculino				
Grau de Escolaridade				
3º ciclo				
Ensino Secundário	0,017a	0,264a	0,978a	0,010a
Licenciatura				
Mestrado				
Área Profissional				
Engenharia				
Gestão e Administração	0,009 a	0,298 a	0,930 a	0,007 a
Outros				
M= média				

a Teste Anova Mista de medidas repetidas

De forma a perceber onde se registaram maiores diferenças no conhecimento adquirido nas três lições, comparou-se as notas finais das lições obtidas. Como se pode verificar na tabela 7, as maiores diferenças ocorreram entre a lição 1 e a lição 3 ($p=0,016$) e entre a lição 2 e a lição 3 ($p=0,007$).

Tabela 7 Comparação entre Momentos

		Valor p
Lição 1	Lição 2	0,904
	Lição 3	0,016
Lição 2	Lição 3	0,007

3.4 Análise do Questionário de Usabilidade

Relativamente ao questionário de usabilidade, pode-se constatar, a partir da tabela 8 que, à exceção das questões 2 e 9, houve concordância nas respostas obtidas, sendo que as questões 1, 3 e 5 (que denotavam uma opinião positiva relativamente à plataforma) apresentaram maior percentagem na opção “concordo” e as questões 4, 6, 8 e 10 (feitas no sentido de uma apreciação negativa da plataforma) apresentam maior número de respostas na opção “discordo”.

Tabela 8 Análise das respostas obtidas no Questionário de Usabilidade

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1. Acho que gostaria de utilizar esta plataforma com frequência	1 (4,3)	2 (8,7)	5 (21,7)	13 (56,5)	2 (8,7)
2. Acho o acesso e a forma de navegar dentro da plataforma mais complexos do que o necessário.	2 (8,7)	11 (47,8)	1 (4,3)	7 (30,4)	2 (8,7)
3. Acho a plataforma fácil de utilizar.	1 (4,3)	5 (21,7)	4 (17,4)	11 (47,8)	2 (8,7)
4. Acho que iria sempre precisar da ajuda que tive de um profissional / técnico, para conseguir utilizar esta plataforma.	8 (34,8)	10 (43,5)	3 (13)	2 (8,7)	0 (0)
5. Acho que as várias componentes da plataforma estavam bem integradas.	1 (4,3)	2 (8,7)	3 (13)	14 (60,9)	3 (13)
6. Acho que a plataforma e a integração das várias	6 (26,1)	11 (47,8)	5 (21,7)	1 (4,3)	0 (0)

partes tinham muitas inconsistências					
7. Suponho que a maioria das pessoas aprenderia a utilizar rapidamente esta plataforma.	1 (4,3)	5 (21,7)	3 (13)	10 (43,5)	4 (17,4)
8. Considero que navegar entre as várias partes da formação foi muito complicado.	6 (26,1)	10 (43,5)	4 (17,4)	3 (13)	0 (0)
9. Senti-me muito confiante a utilizar esta plataforma.	1 (4,3)	5 (21,7)	6 (26,1)	6 (26,1)	5 (21,7)
10. Tive que aprender muito antes de conseguir lidar com esta plataforma.	9 (39,1)	8 (34,8)	5 (21,7)	1 (4,3)	0 (0)
N= frequência absoluta; % = frequência relativa					

Nas questões 2 e 9, constatou-se haver uma maior dispersão dos valores obtidos pelo que se tentou perceber se esta dispersão poderia ter alguma relação com as variáveis sociodemográficas em estudo (dados não mostrados). Assim, e relativamente à questão 2 – “Acho o acesso e a forma de navegar dentro da plataforma mais complexos do que o necessário” – verificou-se que a maior parte das respostas se repartiu na opção discordo (47,8%) e na “concordo” (30,4%). Cruzando estes dados com a variável sexo, percebeu-se que o sexo feminino achou a plataforma mais complexa que o necessário, ao contrário dos indivíduos do sexo masculino que acharam maioritariamente o oposto. Tendo em conta os grupos etários, a maior parte dos indivíduos com idade superior a 30 responderam que discordavam da complexidade da plataforma e o grupo com idade inferior a 30 apresentou cerca de metade das respostas quer na opção “concordo” como na “discordo”. Considerando as áreas profissionais, à exceção do grupo “engenharia” que foi unânime ao discordar da complexidade da plataforma (85,27%), todos os restantes grupos apresentaram o mesmo número de respostas nas opções “concordo” e “discordo”. Por fim, em relação ao grau de escolaridade, à exceção dos indivíduos com licenciatura

e o 3º ciclo no qual a grande maior parte foi unânime na resposta “discordo”, todos os restantes foram dispersos entre as duas opções mencionadas.

Em relação à questão 9 – “Senti-me muito confiante a utilizar esta plataforma” – verificou-se que o sexo masculino se sentiu mais confiante do que o feminino na utilização da plataforma, à semelhança dos indivíduos com idades inferior a 30 anos. Constatou-se igualmente maior confiança no uso da plataforma no grupo profissional das engenharias por oposição ao grupo de gestão e administração, que apresentou menos confiança durante a utilização. O terceiro grupo profissional (outras) dividiu a sua opinião entre concordaram sentirem-se confiante na utilização da plataforma e não terem opinião sobre o assunto (“nem discordo, nem concordo”). Por fim, verificou-se que o grupo dos licenciados foi quase unânime na afirmação de se sentir confiante na utilização da plataforma, ao contrário do grupo do ensino secundário cuja maioria respondeu não se sentir confiante. No grupo do 3º ciclo, com apenas dois formandos, as respostas dividiram-se entre “não concordo, nem discordo” e “concordo” e no grupo de mestrado com 5 pessoas, três concordaram sentirem-se confiantes no uso da plataforma. Para além da análise das respostas fechadas, foram igualmente analisadas as respostas dadas às questões abertas. Assim, todos os formandos mencionaram terem adquirido maior conhecimento relativamente à PEA – “(permitiu) obtenção de conhecimento acerca da PEA” (E1) e que a formação foi de fácil compreensão, com conteúdos bem organizados e estruturados e com variedade de tópicos abordados: “conteúdo muito simples de entender” (E2); “(plataforma) bem estruturada” (E3); “(plataforma) intuitiva” (E4). Para além disso, um dos aspetos positivos mencionados foi a plataforma proporcionar formações com outras temáticas relativas à saúde mental: “várias formações em diversas áreas da saúde mental” (E5); “permitir aceder a várias informações importantes e úteis relativamente a várias patologias” (E6).

Alguns formandos mencionaram ter tido alguma dificuldade em lidar com a plataforma, por ser pouco intuitiva, não estar claramente definido o momento em que terminaram a formação e, ainda, a necessidade de terem que ser os próprios a confirmar a finalização de cada lição: “dificuldade em navegar” (E7), “dificuldade em trabalhar com a plataforma” (E8), “necessidade do “check” manual após a conclusão de cada lição” (E9), “pouco intuitiva” (E10), “não me apercebi que já tinha feito as 3 lições” (E11). Alguns formandos referiram ainda que o tempo de duração da formação era excessivo, principalmente na terceira lição: “(muito) tempo de duração de cada vídeo e de cada sessão” (E4), “terceira aula um pouco extensa” (E3). Foram ainda sugeridas algumas melhorias à formação e à plataforma, como a sugestão de diminuição do tempo de cada lição, maior dinamização durante as lições para que não sejam tão monótonas, a introdução de uma confirmação automática no final de cada lição para que continuem de forma automática para

a lição seguinte e, ainda, aumentar o som dos vídeos das lições: “diminuir a duração das formações” (E2); “a plataforma deveria colocar o check assim que era concluída cada lição” (E4); “vídeos menos monótonos” (E11); “vídeo com som mais alto” (E5).

4 Discussão

O presente estudo piloto teve como principal objetivo avaliar a eficácia de um programa de LSM sobre PEA, disponibilizado através da plataforma online “Bicho 7 Cabeças” (47), na promoção do conhecimento sobre a PEA na comunidade em geral. Para isto, contou-se com a participação de 23 indivíduos adultos sem conhecimento e/ou formação prévio sobre o tema.

Os resultados obtidos evidenciaram ter existido um aumento do conhecimento e da percepção do conhecimento em todos os participantes após a conclusão da formação, ou seja, verificou-se um aumento dos níveis de literacia relativamente à perturbação. Percebeu-se, ainda, que este aumento ocorreu independentemente dos fatores idade, sexo, grau de escolaridade e/ou área profissional.

Estes resultados estão, aparentemente, em desacordo com a literatura, onde diversos estudos apontam para o facto de que as mulheres apresentam um nível de literacia ligeiramente superior ao dos homens, em todas as faixas etárias (53) e que, após uma intervenção para promover a LSM, as participantes do sexo feminino obtiveram ganhos maiores, quando comparadas com os participantes do sexo masculino.(11) A este respeito, e baseando-se nos resultados de diversos estudos, Vovou et al (5) afirmaram que as mulheres são mais informadas sobre saúde mental do que os homens. No entanto, no presente estudo não se registaram diferenças no aumento de conhecimento de acordo com o sexo verificando-se, em vez disso, valores médios de conhecimento muito idênticos. Notou-se, inclusivamente, que a diferença entre o conhecimento percebido antes e depois da formação é ligeiramente maior no sexo masculino (diferença sexo fem = 4,34; diferença sexo masculino = 5,32).

No que se refere à idade, no presente estudo também não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos etários, pelo que o aumento de conhecimento não foi dependente da idade dos participantes. No entanto, notou-se uma ligeira diferença entre o conhecimento percebido antes e depois da formação, com o grupo de pessoas mais velhas a evidenciar uma maior aumento do que o grupo mais novo (diferença no grupo maior de 30 anos = 5,67; diferença no grupo com menos de 30 anos = 5,22), não sendo esta significativa. Este resultado contraria os resultados da revisão sistemática de Zamora et al (54), realizada com base

no resultado de diferentes estudos, que refere que o avanço da idade resulta numa diminuição significativa da literacia em saúde. Em concordância com esta revisão, diferentes estudos afirmam que uma menor LSM parece estar associada a uma idade mais avançada (55–58), sendo que adultos mais velhos pareciam ser menos precisos na identificação de sintomas e no conhecimento de fontes de tratamento por comparação com os adultos mais jovens, parecendo ser, igualmente, mais propensos a estigmatizar a doença mental. (5, 55, 57, 58) Seguindo esta lógica, isto pode explicar o facto de se evidenciar um maior aumento na diferença entre o conhecimento percecionado antes e depois da formação no grupo de pessoas mais velhas, dado estes terem iniciado a formação com um menor grau de LSM em comparação com o grupo com idades inferiores e este aumento ser, assim, mais evidente no grupo mais velho.

Atendendo ao grau de escolaridade, o presente estudo não encontrou diferenças significativas entre os diferentes graus, pelo que o aumento de conhecimento verificado não foi dependente da escolaridade dos participantes. Estes resultados vão de encontro aos resultados obtidos num estudo realizado por Piper et al (55), no qual o grau de escolaridade não influenciou o aumento da LSM. Por outro lado, notou-se que as diferenças do conhecimento percecionado antes e depois da formação em cada um dos graus de escolaridade registou ligeiras diferenças, não significativas, com as pessoas com menos escolaridade a serem aquelas que registaram um maior aumento no conhecimento (diferença 3^o ciclo = 6; diferença ensino secundário = 5,57; diferença licenciatura = 5,22; diferença mestrado = 5,20). Estes resultados parecem contradizer os estudos que afirmam que melhores níveis de LSM estão associados a uma educação universitária.(55–58) No mesmo seguimento, o estudo de Vovou et al (5) refere que níveis mais baixos de educação foram associados a taxas de literacia mais baixas (5) havendo ainda outros estudos que evidenciaram que o nível de escolaridade dos indivíduos afeta a sua LS, na medida que quanto mais elevado for o nível de escolaridade, os níveis de LS tendem a ser superiores.(59–61) Neste seguimento, se pessoas com menos grau de escolaridade tendem a apresentar menor LSM, isto poderá justificar o facto de se ter evidenciado um maior aumento da diferença do conhecimento percecionado antes e após a formação no grupo com menos escolaridade e, assim, as formações em LSM podem colmatar as falhas de educação iniciais dos formandos.

No que se refere à área profissional, novamente, não foram verificadas diferenças significativas entre as diferentes profissões, sendo os valores médios da diferença do conhecimento percecionado antes e depois da formação também muito idênticos, apesar de se notar uma subtil maior diferença no grupo de profissões indiferenciadas (diferença engenharia =

5,15; diferença gestão e administração = 5 ; diferença "outros" = 6), o que sugere que esta variável não interfere com o aumento dos níveis de LSM na PEA. A maioria das pesquisas sobre o conhecimento de PEA tem-se concentrado, principalmente, em profissionais de saúde, estudantes universitários e famílias/cuidadores, dando menor atenção ao conhecimento de diferentes comunidades.(25) Neste sentido, existe pouca comparação dos níveis de LSM em indivíduos com áreas profissionais distintas, não relacionadas com a área da saúde. Não obstante, um estudo realizado por Wu et al (62), revelou que menos de 60% dos profissionais que não pertenciam à área de saúde conseguiram identificar corretamente as diferentes perturbações relacionadas com a saúde mental. Isto pode ser explicado pelo facto de níveis de LSM mais elevados serem relatados de forma consistente em pessoas que conhecem ou interagem com alguém com problemas de saúde mental. (5, 11)

Adicionalmente, foi estabelecido no presente estudo outro objetivo, referente à usabilidade da plataforma, de forma a permitir analisar a facilidade e/ou dificuldade sentida pelos usuários na utilização da mesma e dos conteúdos apresentados. Neste sentido, a usabilidade da plataforma e das formações foi, no geral, avaliada de forma positiva e unanime pelos usuários. No entanto, houve duas questões do questionário que evidenciaram maior dispersão nas respostas dadas, as relacionadas com o acesso e complexidade de navegação da plataforma no qual cerca de metade dos participantes discordaram e cerca de 30% concordaram a plataforma ser complexa, e na questão relativa à segurança sentida pelos usuários na sua utilização, no qual cerca de metade dos participantes concordou sentir-se confiante e o resto dos participantes discordaram ou não mostraram ter uma opinião formada.

O sexo feminino, em comparação com o masculino, achou a navegação da plataforma mais complexa e sentiram-se menos confiantes na sua utilização. Estes resultados vão ao encontro dos achados de Goswami et al (63, 64) que observaram existir resultados mistos no que diz respeito à influência do sexo na utilização de tecnologia mas que, de uma forma geral, os homens pareciam ser mais aptos no uso de tecnologia.

Considerando o fator idade, indivíduos com idades superiores a 30 anos discordaram da complexidade de acesso e navegação na plataforma. No entanto, os indivíduos que mostraram maior confiança na sua utilização foram aqueles com idades inferiores a 30 anos. Isto pode ser explicado com base no estudo de Olson et al (65), o qual relatou que adultos mais jovens usam uma maior variedade de tecnologias do que os adultos mais velhos, o que pode explicar a maior confiança dos indivíduos com idades inferiores a 30 anos na utilização da plataforma e, neste

seguimento, terem maior conhecimento de alternativas mais simples que possam tornar a plataforma mais simplificada. Por outro lado, dado os adultos mais velhos, no geral, não usarem com tanta frequência uma maior variedade de tecnologias (65), poderá fazer com que não tenham tanto conhecimento de outros programas como meio de comparação. Isto poderá influenciar a percepção dos mesmos quanto à complexidade da plataforma.

Em relação à área profissional, o grupo de engenharia mostrou maior unanimidade ao discordar que a plataforma era complexa, sendo o que relatou também maior confiança na sua utilização. O mesmo foi comprovado nas suas respostas às questões qualitativas, afirmando que a plataforma é simples de ser utilizada e os conteúdos se encontram bem estruturados. A maior facilidade sentida pelo grupo de engenharia na utilização da plataforma pode dever-se ao facto destes indivíduos apresentarem maior aptidões no que se refere ao uso da internet e de programas online. (66)

No mesmo seguimento, indivíduos com maior grau académico apresentaram maior confiança na utilização da plataforma e discordaram da complexidade de acesso e de navegação na mesma. Isto pode ser explicado pelo maior hábito de recorrer a sistemas tecnológicos e, igualmente, pelo maior uso de tecnologias nos sistemas de educação, principalmente nos de nível superior. (67) Por outro lado, os indivíduos que frequentaram um curso superior não são apenas expostos a novas tecnologias, mas também estão imersos num ambiente estruturado, no qual precisam responder com flexibilidade, de acordo com os objetivos da tarefa em constante mudança, manter as informações relevantes em mente e lidar constantemente com novos problemas, o que permite desenvolver a flexibilidade cognitiva. (68) Neste sentido, a facilidade no uso da plataforma por parte de indivíduos com maior grau académico pode ser explicada pelas aprendizagens paralelas que foram tendo ao longo do seu percurso académico. O ensino superior destina-se, não só, a conferir as qualificações necessárias para o trabalho, mas também a melhorar o pensamento crítico e a prontidão dos indivíduos para a aprendizagem ao longo da vida. Além disto, permite adquirir experiências enriquecedoras que aumentam as capacidades gerais para pensar e aprender, como pensar rapidamente (velocidade de processamento), manter as informações (memória de trabalho), responder com flexibilidade aos objetivos da tarefa (controlo cognitivo) e resolver novos problemas (raciocínio). (68)

O uso de novas tecnologias oferece oportunidades para a realização de intervenções que atingem maior diversidade na população alvo (69) e, neste sentido, a plataforma foi de encontro

a este objetivo, uma vez que, no geral, todos os usuários do estudo conseguiram efetivamente navegar e utilizar a plataforma de forma satisfatória.

Importa colmatar os aspetos negativos relatados pelos usuários relativamente à usabilidade da plataforma e da formação, de forma a que se torne uma ferramenta eficaz, fácil de se utilizar e de aprender.(70) Um dos aspetos que foi mencionado com mais frequência pelos usuários foi o tempo da terceira sessão, que foi considerada mais extensa e mais monótona, o que pode desencadear menos interesse e atenção ao longo da sessão. Outros aspetos mencionados foram relativos a algumas configurações, nomeadamente o local de acesso da plataforma, o sistema não realizar automaticamente o “check in” no final de cada sessão, entre outros. Ainda assim, estes aspetos não foram impeditivos de realizar e concluir todos as etapas da formação.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o reduzido tamanho da amostra e a utilização de medidas de autorrelato, uma vez que as pessoas tendem a superestimar a pontuação autoatribuída, devido à resposta social desejável. (71, 72) Destaca-se ainda que o presente estudo utilizou uma amostra do tipo não probabilística por conveniência o que indica que os indivíduos não foram selecionados por meio de um critério probabilístico, mas porque estavam prontamente disponíveis.(37, 38) Apesar de este tipo de amostragem poder, numa fase inicial de um estudo, dar informações relevantes sobre as tendências que o efeito da intervenção pode provocar, os resultados encontrados serão sempre apenas válidos para a amostra estudada, não sendo possível fazer inferências estatísticas para a população.(37)

Estudos futuros devem, assim, abordar as limitações mencionadas e replicar este estudo, com uma amostra maior, de forma a possibilitar ser dividida num grupo experimental e num de controlo, com a alocação dos participantes a cada grupo a ser realizada de forma randomizada.(37, 72) Por outro lado, considerar o uso de medidas mais objetivas para avaliação do conhecimento sobre a perturbação, nomeadamente o “Autism Stigma and Knowledge Questionnaire” (ASK-Q)(25, 73) que, de momento, ainda não está validado para a população portuguesa.

Pesquisas futuras também são necessárias para continuar a caracterizar o conhecimento e o estigma em relação a PEA em diversas comunidades globais de estudantes, profissionais e público em geral, (25) bem como explorar o impacto de outras variáveis sociodemográficas na aquisição desse conhecimento. De entre os vários profissionais disponíveis e habilitados com competências para intervir a esse nível, a Terapia Ocupacional (TO) pode contribuir como agente facilitador na aquisição de LS através da promoção da saúde por meio do desenvolvimento e uso de abordagens e materiais de educação em saúde que sejam compreensíveis, acessíveis e

utilizáveis por todo o espectro de consumidores (74). Os profissionais de TO podem ajudar a garantir que todas as informações e educação relacionadas com a saúde, fornecidas aos destinatários, correspondam às capacidades de literacia dessa pessoa, sensibilidades culturais e competências verbais, cognitivas e sociais.(74) Conforme se viu, os resultados do presente estudo parecem apontar para a importância do uso de plataformas online como uma opção promissora no aumento dos níveis de LS e, parece razoável afirmar, que o uso destas ferramentas deve ser considerado na prática clínica como um meio de aumento dos níveis de LSM e, por conseguinte, tornando-se um contributo importante para a intervenção na TO. Para além disso, têm a vantagem de se tratar de um recurso de baixo custo, amplamente disponível e com conteúdo perceptível pela comunidade em geral.

Os esforços para aumentar a LS sobre PEA e reduzir o estigma associado podem resultar em maiores oportunidades de relacionamento e envolvimento da comunidade para indivíduos com PEA.(11, 19, 25) Além disso, uma melhor compreensão pública do diagnóstico, etiologia, tratamento do autismo e redução do estigma pode ajudar a diminuir a idade média do diagnóstico e melhorar as oportunidades de intervenção precoce, melhorar o acesso a apoios e serviços adequados e reduzir os efeitos do estigma para indivíduos com PEA e suas famílias.(11, 25)

5 Conclusão

Os resultados do presente estudo piloto sugerem que a plataforma online “Bicho 7 Cabeças” que dispõe de formações online aparenta ser eficaz no aumento da literacia em saúde mental na PEA e que cumpre, de forma geral, os critérios de usabilidade.

Desta forma, pode-se considerar a plataforma “Bicho 7 Cabeças” um recurso a considerar na promoção da LSM na PEA, com a vantagem de o uso da tecnologia tratar-se de um recurso de baixo custo, amplamente disponível e geralmente seguro.

Importa destacar a importância da educação em saúde mental no ambiente clínico, uma vez que a LSM pode impactar diretamente a eficácia da intervenção. Desta forma, mais estudos são necessários sobre como integrar a LSM na prática da Terapia Ocupacional, para que os profissionais de saúde consigam adaptar a intervenção em conformidade com o grau de literacia da pessoa e, por conseguinte, promover o aumento da mesma, de forma eficaz e otimizada através do uso de recursos com maior grau de evidência, com vista à autonomia da pessoa para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas com a saúde.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organisation (WHO). Mental disorders affect one in four people. 2001 [Available from: http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/].
2. Rim SJ, Park S, Lee Y, Kim CE. Mental Health Literacy of Autism Spectrum Disorder in Korea: Recognition, Etiology, Treatment. *Psychiatry investigation*. 2019;16(3):213–9.
3. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC psychiatry*. 2015;15:291.
4. Tay JL, Tay YF, Klainin-Yobas P. Mental health literacy levels. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018;32(5):757–63.
5. Vovou F, Hull L, Petrides KV. Mental health literacy of ADHD, autism, schizophrenia, and bipolar disorder: a cross-cultural investigation. *Journal of Mental Health*. 2020:1-11.
6. Wilens TE, Spencer TJ. Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to adulthood. *Postgrad Med*. 2010;122(5):97-109.
7. Singh A, Yeh CJ, Verma N, Das AK. Overview of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Young Children. *Health Psychol Res*. 2015;3(2):2115.
8. Hyman SL, Levy SE, Myers SM. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*. 2020;145(1):e20193447.
9. Scandurra V, Emberti Gialloreti L, Barbanera F, Scordo MR, Pierini A, Canitano R. Neurodevelopmental Disorders and Adaptive Functions: A Study of Children With Autism Spectrum Disorders (ASD) and/or Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD). *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10(673).
10. Godfrey Born C, McClelland A, Furnham A. Mental health literacy for autism spectrum disorder and depression. *Psychiatry Research*. 2019;279:272–7.
11. Campos L, Dias P. Is It Possible to "Find Space for Mental Health" in Young People? Effectiveness of a School-Based Mental Health Literacy Promotion Program. 2018;15(7).
12. World Health Organization. Health Literacy: The Solid Facts. 2013 [Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>].
13. Bjørnsen 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.
14. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80.
15. Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2016;61(3):154–8.
16. Kutcher S, Bagnell A, Wei Y. Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2015;24(2):233–44.
17. Kutcher S, Wei Y, Gilberds H, Ubuguyu O, Njau T, Brown A, et al. A school mental health literacy curriculum resource training approach: effects on Tanzanian teachers' mental health knowledge, stigma and help-seeking efficacy. *International journal of mental health systems*. 2016;10:50.
18. World Health Organization. Mental health action plan 2013–2020. 2013 [Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf].
19. Levasseur M, Carrier A. Integrating health literacy into occupational therapy: findings from a scoping review. *Scand J Occup Ther*. 2012;19(4):305–14.

20. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process—Fourth Edition. *American Journal of Occupational Therapy*. 2020;74(Supplement_2):7412410010p1-p87.
21. Smith DL, Gutman SA. Health literacy in occupational therapy practice and research. *Am J Occup Ther*. 2011;65(4):367-9.
22. Brown FK. Integrating health literacy into occupational therapy. School of Occupational Therapy, COLLEGE OF HEALTH SCIENCES. 2016.
23. Huws JC, Jones RSP. 'They just seem to live their lives in their own little world': lay perceptions of autism. *Disability & Society*. 2010;25(3):331-44.
24. Broady TR, Stoyles GJ, Morse C. Understanding carers' lived experience of stigma: the voice of families with a child on the autism spectrum. *Health & social care in the community*. 2017;25(1):224-33.
25. Stronach S, Wiegand S, Mentz E. Brief Report: Autism Knowledge and Stigma in University and Community Samples. *Journal of autism and developmental disorders*. 2019;49(3):1298-302.
26. Kinnear SH, Link BG, Ballan MS, Fischbach RL. Understanding the Experience of Stigma for Parents of Children with Autism Spectrum Disorder and the Role Stigma Plays in Families' Lives. *Journal of autism and developmental disorders*. 2016;46(3):942-53.
27. Oliveira G, Ataíde A, Marques C, Miguel TS, Coutinho AM, Mota-Vieira L, et al. Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Dev Med Child Neurol*. 2007;49(10):726-33.
28. Baxter AJ, Brugha TS, Erskine HE, Scheurer RW, Vos T, Scott JG. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychological medicine*. 2015;45(3):601-13.
29. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ, Daniels J, Warren Z, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *Morbidity and mortality weekly report Surveillance summaries (Washington, DC : 2002)*. 2018;67(6):1-23.
30. National Institute of Mental Health. Autism Spectrum Disorder 2018 [Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/autism-spectrum-disorder/19-mh-8084-autismspecdisordr_152236.pdf].
31. Florida State University. What is Autism Spectrum Disorder? 2015 [Available from: http://www.autismnavigator.com/wp-content/uploads/2015/03/What_is_ASD.pdf].
32. Dillenburger K, Jordan JA, McKerr L, Lloyd K, Schubotz D. Autism awareness in children and young people: surveys of two populations. *Journal of intellectual disability research : JIDR*. 2017;61(8):766-77.
33. Cage E, Di Monaco J, Newell V. Experiences of Autism Acceptance and Mental Health in Autistic Adults. *Journal of autism and developmental disorders*. 2018;48(2):473-84.
34. APA. Diagnostic Statistical Manual (DSM-5). Available at: <http://doi.org/10.1176/appibooks.9780890425596.744053> (retrieved 10 March 2015). 2013.
35. Campbell JM, Greenberg D, Gallagher PA, Stoneman Z, Simmons C. Knowledge of Autism for Parents of Low Income with Low Literacy: Description and Relationship to Child Development Knowledge. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*. 2019;3(1):8-16.
36. Tay JL, Goh Y-SS, Klainin-Yobas P. Online HOPE intervention on mental health literacy among youths in Singapore: An RCT protocol. *Journal of Advanced Nursing*. 2020;76(7):1831-9.
37. Jager J, Putnick DL, Bornstein MH. II. MORE THAN JUST CONVENIENT: THE SCIENTIFIC MERITS OF HOMOGENEOUS CONVENIENCE SAMPLES. *Monogr Soc Res Child Dev*. 2017;82(2):13-30.
38. Carmo H, Ferreira M. Metodologia da Investigação Guia para Auto-aprendizagem (2ª edição). . Lisboa: Universidade Aberta. 2008.

39. Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *Ann Intern Med.* 2001;134(8):657-62.
40. Moher D, Schulz KF, Altman D. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *Jama.* 2001;285(15):1987-91.
41. Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet.* 2001;357(9263):1191-4.
42. Martins A, Rosa A, Queirós A, Silva A, Rocha N. European Portuguese Validation of the System Usability Scale (SUS)2015.
43. Brooke J. SUS: A quick and dirty usability scale. *Usability Eval Ind.* 1995;189.
44. Bangor A, Kortum PT, Miller JT. An Empirical Evaluation of the System Usability Scale. *International Journal of Human-Computer Interaction.* 2008;24(6):574-94.
45. W. From. SUS: a retrospective. *J Usability Stud.* 2013;8(2):29-40.
46. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *Bulletin of the World Health Organization.* 2001;79(4):373.
47. LabRP. Bicho 7 Cabeças 2020 [Available from: <https://immersivelab.cloud/SETECABECAS/index.php>.
48. Coutinho C. Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática. 2ª ed. Almedina, editor2016.
49. Marôco J. Análise Estatística com o SPSS Statistics. 7ª ed. ReportNumber, editor2018.
50. Schmider. E, Ziegler M, al. e. Is It Really Robust? Reinvestigating the Robustness of ANOVA Against Violations of the Normal Distribution Assumption. . *Methodology European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences.* 2010;6(4):147-51.
51. Nordstokke D, Zumbo BD. A new nonparametric Levene test for equal variances. *Psicologica: International Journal of Methodology and Experimental Psychology.* 2010.
52. Nordstokke D, Zumbo B, Cairns S, Saklofske D. The operating characteristics of the nonparametric Levene test for equal variances with assessment and evaluation data. . *Practical Assessment, Research & Evaluation* 2011.
53. Segal D, Coolidge F, Bragg T. Mental health literacy and attitudes about mental disorders among younger and older adults: A preliminary study. 2018;1:1-6.
54. Zamora H, Clingerman E. Health Literacy Among Older Adults A Systematic Literature Review. *Journal of gerontological nursing.* 2011;37:41-51.
55. Piper SE, Bailey PE, Lam LT, Kneebone, II. Predictors of mental health literacy in older people. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018;79:52-6.
56. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* 2016;50(5):410-72.
57. Reavley NJ, Morgan AJ, Jorm AF. Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014;48(1):61-9.
58. Farrer L, Leach L, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health.* 2008;8(1):125.
59. Pedro A, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Rev Port Saúde Pública* 2016;34(3):259-75.

60. Heide I, Wang J, et al. The Relationship Between Health, Education, and Health Literacy: Results From the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *Journal of Health Communication*. 2013;18(sup1):172-84.
61. Vamos S, Okan O, et al. Making a Case for "Education for Health Literacy": An International Perspective. *International Journal of Environmental Research Public Health*. 2020;17, 1436.
62. Wu Q, Luo X, Chen S, Qi C, Long J, Xiong Y, et al. Mental health literacy survey of non-mental health professionals in six general hospitals in Hunan Province of China. *PLoS One*. 2017;12(7):e0180327.
63. Goswami A, Dutta S. Gender Differences in Technology Usage—A Literature Review. *Open Journal of Business and Management*. 2016;04:51-9.
64. Goswami A, Dutta S. Gender differences in technology usage—A literature review. *Open Journal of Business and Management*. 2015;4(1):51-9.
65. Olson KE, O'Brien MA, Rogers WA, Charness N. Diffusion of Technology: Frequency of Use for Younger and Older Adults. *Ageing Int*. 2011;36(1):123-45.
66. Sonmez M. The Role of Technology Faculties in Engineering Education. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2014;141:35-44.
67. OECD. *Innovating Education and Educating for Innovation: The Power of Digital Technologies and Skills*, OECD Publishing, Paris. . 2016.
68. Guerra-Carrillo B, Katovich K, Bunge SA. Does higher education hone cognitive functioning and learning efficacy? Findings from a large and diverse sample. *PLoS One*. 2017;12(8):e0182276.
69. Vaportzis E, Clausen MG, Gow AJ. Older Adults Perceptions of Technology and Barriers to Interacting with Tablet Computers: A Focus Group Study. *Front Psychol*. 2017;8:1687.
70. Parmanto B, Lewis A, et al. Development of the Telehealth Usability Questionnaire (TUQ). *International Journal of Telerehabilitation*. 2016;8(1).
71. Rosenman R, Tennekoon V, Hill LG. Measuring bias in self-reported data. *Int J Behav Healthc Res*. 2011;2(4):320-32.
72. Faber J, Fonseca LM. How sample size influences research outcomes. *Dental Press J Orthod*. 2014;19(4):27-9.
73. Harrison A, Bradshaw L, Naqvi N, Paff M, Campbell J. Development and Psychometric Evaluation of the Autism Stigma and Knowledge Questionnaire (ASK-Q). *Journal of autism and developmental disorders*. 2017;47.
74. AOTA. AOTA's Societal Statement on Health Literacy. *American Journal of Occupational Therapy*. 2011;65(6_Supplement):S78-S9.

Anexos

Anexo 1. Prova de submissão do artigo na revista "Computers in Human Behavior"

Computers in Human Behavior
Mental Health Literacy in Autism Spectrum Disorder: A Pilot Study
--Manuscript Draft--

Manuscript Number:	CHB-D-21-02887
Article Type:	Full Length Article
Section/Category:	Full Length Article
Keywords:	Literacy; mental health; Autism Spectrum Disorder; Online Platforms
Corresponding Author:	Andreia Sofia Videira, M.D. ESS: Instituto Politécnico do Porto Escola Superior de Saude Porto, Porto PORTUGAL
First Author:	Andreia Sofia Videira, M.D.
Order of Authors:	Andreia Sofia Videira, M.D. Maria João Trigueiro Vitor Simões-Silva
Abstract:	<p>Objective : The present study aims to evaluate the effectiveness of a Mental Health Literacy program in increasing knowledge about Autism Spectrum Disorder (ASD) in the general population and evaluate its usability. Method : The sample consists of 23 individuals, about whom information was collected on age, gender, level of education, and professional area. To assess the knowledge acquired, the values obtained in the tests after each training session and in the question asked before and after training regarding the user's perception of their knowledge about ASD were analysed. The usability of the platform was analysed using the Portuguese version of the System Usability Scale questionnaire. Results : there were significant differences in the scores of the three evaluation moments ($p=0.005$) when considering the whole sample and also according to age groups ($p=0.003$), gender ($p=0.006$), level of education ($p=0.017$) and the professional area ($p=0.009$). Accordingly, there was an increase in the mean of the participant's subjective knowledge from 2.52 to 7.91 ($p<0.001$). The usability of the platform was, in general, positively evaluated by users. Conclusion : The results suggest that the platform has proven effective in increasing mental health literacy in the ASD in the studied sample and generally met the usability criteria.</p>
Suggested Reviewers:	António Marques ajmarques@ess.ipp.pt Nuno Rocha nrocha@ess.ipp.pt
Opposed Reviewers:	