

Sónia Patrícia Pereira Afonso

**Reduzir o estigma e distanciamento social associado à
perturbação obsessivo-compulsiva: Eficácia de um
programa para aumento da literacia dirigido a
profissionais de saúde.**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2024

Sónia Patrícia Pereira Afonso

Reduzir o estigma e distanciamento social associado à
perturbação obsessivo-compulsiva: Eficácia de um
programa para aumento da literacia dirigido a
profissionais de saúde.

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
Trabalho elaborado sob a orientação de:
Professora Doutora Antonia María Jiménez Ros



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2024

Reduzir o estigma e distanciamento social associado à perturbação obsessivo-compulsiva: Eficácia de um programa para aumento da literacia dirigido a profissionais de saúde.

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

(Sónia Patrícia Pereira Afonso)

Copyright by

Sónia Patrícia Pereira Afonso

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Agradecimentos

“Matar o sonho é matarmo-nos.

É mutilar a nossa alma.

*O sonho é o que temos de realmente nosso,
de impenetravelmente e inexpugnavelmente nosso.”*

Fernando Pessoa

Já com os olhos postos no final deste capítulo da minha jornada académica pela Psicologia, ter chegado aqui tem sabor de vitória, apesar de ter sido mais moroso e difícil do que antecipei.

São muitas as pessoas a quem devo agradecer, muitas não serão enunciadas, mas todas foram importantes ao longo destes últimos anos, nem todas pelos melhores motivos, mas também essas marcaram este percurso.

À minha mãe, o primeiro agradecimento será sempre para ela, a minha referência, a pessoa mais generosa, humilde, sábia e inquieta... a minha Rainha. Com ela aprendi a cuidar, escutar e a ver o outro. Não posso falar da minha mãe sem falar da sua: *“Avó tenho a certeza de que estás algures por aí a torcer por nós!”* Ao meu pai, irmãos, cunhadas e sobrinhos que amo e com os quais tanto tenho aprendido.

Ao David, na realidade isto teria sido muito mais difícil sem ele, a melhor pessoa para se ter ao lado na vida, generoso e atento, sempre num frenesim, sempre dedicado, o Amigo! Foram tantas as entregas ao domicílio, os turnos trocados, os desabafos amparados... E ao João, sempre sereno e de sorriso fácil. O que eu agradeço a atenção, o cuidado e comida oferecida por estes dois!

À Patrícia Soares Gomes, sincera e incansável, uma força da natureza! Reconhecemo-nos nas nossas vulnerabilidades. Porque tinha mesmo de ser assim, tínhamos de nos encontrar e partilhar este sonho e as nossas vidas. Este caminho não tinha sido o mesmo sem ela. Não é de sempre, mas é para sempre.

Ao Pedro e ao Tiago, amigos de curso, com humor acutilante e maravilhosamente fora “da caixa”, com os quais vivi e partilhei momentos de incomensurável alegria. Aos amigos de longa data: a Marina, que tinha mais certeza do que eu que este era o meu caminho, a Teresa uma inspiração para mim, às amigas de Coimbra, aos amigos de sempre

da aldeia. Aos que estiveram sempre ao meu lado, e aos que a vida foi deixando pelo caminho.

À Professara Antónia Ros, sempre disponível, e que compreendeu as minhas condicionantes e constrangimentos e me motivou a continuar. A todos os Professores que me acompanharam ao longo destes anos.

Às minhas supervisoras de estágio, Dr^a Sónia, Dr^a Diana e Dr^a Marta, que apesar de todos os meus medos, inseguranças e vulnerabilidades, nunca os desvalorizaram, ajudaram-me sim a transformar tudo isso em ferramentas de aprendizagem e desenvolvimento.

Ao meu coordenador, Dr Pedro Fidalgo, que esteve disponível para me ajudar a alcançar os meus objetivos, ajustando horários e folgas e instigando o meu desenvolvimento académico: muito obrigada Chefe! A todos os meus colegas de serviço que me incentivaram e estiveram lá quando precisei, especialmente aos que acreditaram em mim. À Dr^a Brigitte Viegas, diretora de serviço, que sempre me apoiou nesta minha escolha.

Acredito que se avizinham outros desafios, novos medos e superações, mas acredito também que terei os melhores a acompanhar-me!

“É acreditando nas rosas que as fazemos desabrochar.”

Anatole France

Resumo

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) afeta cerca de 1 em cada 40 adultos, sendo a quarta perturbação mental mais comum, e já foi colocada pela OMS na lista das dez condições mais debilitantes em todo o mundo. Em Portugal a prevalência anual de POC ronda os 4,4%. A associação entre a falta de conhecimento acerca desta perturbação, que é frequentemente subdiagnosticada, as crenças negativas e os fatores inerentes ao estigma levam ao atraso na procura de tratamento. É por isto imperativo aumentar a Literacia em Saúde Mental (LSM), de modo a transmitir e difundir informação clara e rigorosa.

Com este estudo, na versão piloto, pretendemos, além de conhecer os níveis de LSM na amostra, avaliar a viabilidade de um programa de intervenção, com o objetivo de aumentar a literacia na POC (reduzir o estigma e distância social e aumentar o conhecimento e a intenção de procura de ajuda), aplicado a profissionais de instituições de saúde, através da disponibilização de vídeos informativos, criados para o efeito, com recurso a meios digitais. Completaram o estudo 58 indivíduos com idades compreendidas entre os 25 e 67 anos, 43 mulheres e 15 homens.

Os resultados mostraram que os níveis de literacia iniciais podem ser melhorados nestes profissionais. A intervenção apresentou poucos resultados estatisticamente significativos, e uma elevada mortalidade da amostra, contudo, verificou-se uma tendência de melhoria após a intervenção. Enquadrado nos requisitos de estudo piloto, identificámos e propomos algumas alterações para a aplicação deste programa em maior escala.

Concluimos que é viável a aplicação de programas de intervenção para aumento de literacia na POC neste formato, e que é importante incluir as suas várias dimensões. Os conteúdos deverão ser adaptados aos constructos da literacia que se pretendem melhorar, bem como ter em consideração as características sociodemográficas do público-alvo que se pretende alcançar.

Palavras-Chave: Perturbação-Compulsiva Obsessiva (POC); Literacia em Saúde Mental (LSM), Estigma, Distância Social, Procura de Ajuda, Profissionais de Saúde.

Abstract

Obsessive Compulsive Disorder (OCD) affects about 1 in 40 adults, being the fourth most common mental disorder, and has previously belonged to the list of the ten most debilitating conditions worldwide according to the WHO. In Portugal, the annual prevalence of OCD, is around 4.4%. The association between the lack of knowledge about this disorder, which is often underdiagnosed, the negative beliefs, and the factors inherent to stigma leads to a delay in seeking treatment. It is therefore imperative to increase Mental Health Literacy (MHL), to transmit and disseminate clear and accurate information.

With this study, in the pilot version, we intend, in addition to knowing the levels of MHL in the sample, to evaluate the feasibility of an intervention program, to increase literacy about OCD (reducing stigma and social distance and increasing knowledge and intention to seek help) having been applied to professionals in health institutions, providing informative videos created for this sole purpose, using digital media. 58 individuals aged between 25 and 67 completed the study, 43 women and 15 men.

The results showed that initial literacy levels can be improved in these professionals. The intervention presented few statistically significant results, and a high mortality rate in the sample, however, there was a tendency for improvement after the intervention. As part of the pilot study requirement, we identified and proposed some changes for the application of this program on a larger scale.

We conclude that it is feasible to apply intervention programs to increase literacy in POC in this format and that it is important to include its various dimensions. The contents should be adapted to the literacy constructs that are intended to be improved, as well as consider the sociodemographic characteristics of the target audience that is intended to be reached.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder (OCD); Mental Health Literacy (MHL), Stigma, Social Distance, Help Seeking, Health Professionals.

Índice

1. Introdução.....	1
1.1. Objetivos.....	11
2. Método.....	13
2.1. Participantes.....	13
2.2. Instrumentos e Materiais.....	13
2.3. Procedimentos.....	18
2.3.1. Recolha de dados.....	18
2.3.2. Análise e tratamento dos dados.....	21
3. Resultados.....	22
3.1. Análise do Efeito Das Variáveis Sociodemográficas nos Níveis de Literacia Acerca da POC dos Participantes no Momento Pré-Intervenção.....	23
3.1.1. Sexo vs. variáveis em estudo: estigma, procura de ajuda, distância social e conhecimento.....	23
3.1.2. Idade vs. variáveis em estudo: estigma, procura de ajuda, distância social e conhecimento.....	25
3.1.3. Escolaridade vs. variáveis em estudo: estigma, procura de ajuda, distância social e conhecimento.....	26
3.2. Análise do Efeito do Programa de Intervenção para Aumento de Literacia na POC dos Participantes nas Condições Experimentais.....	30
3.2.1. Análise comparativa entre grupos nas condições experimentais relativamente à literacia na POC, no momento pré-intervenção.....	30
3.2.2. Análise das diferenças entre momentos nas condições experimentais.....	31
4. Discussão.....	38
4.1. Literacia na POC na Amostra Total.....	39
4.2. Eficácia do programa para aumento de literacia relativamente à POC.....	41
5. Referências Bibliográficas.....	48

Anexos	56
Apêndices	66

Índice de Tabelas

Tabela 1: <i>Médias e Desvio Padrão de Respostas do Pré Teste para Seleção de Rosto....</i>	17
Tabela 2: <i>Análise das Diferenças entre os Participantes de Acordo com o Sexo nas Variáveis em Estudo (Teste t para Amostras Independentes)</i>	23
Tabela 3: <i>Coefficientes das Correlações entre a Variável Idade as Variáveis em Estudo (Correlação de Pearson)</i>	25
Tabela 4: <i>Análise das Diferenças entre os Participantes de Acordo com a Escolaridade nas Variáveis em Estudo (One Way ANOVA).....</i>	27
Tabela 5: <i>Análise das Diferenças entre os Participantes das três Condições Experimentais (CC, CE1 e CE2) no Momento Pré Intervenção nas Variáveis em Estudo (One Way ANOVA).....</i>	30
Tabela 6: <i>Análise Comparativa dos Participantes nas Três Condições (CC, CE1 e CE2) no Questionário de Atribuição (AQ-09) nos Fatores: Pena, Perigosidade, Medo, Culpa, Segregação, Raiva, Ajuda, Evitação e Coerção, na Pré e Pós Intervenção (ANOVA Fatorial Mista 3x2).....</i>	32
Tabela 7: <i>Análise Comparativa dos Participantes nas três Condições (CC, CE1 e CE2) na Procura de Ajuda Total, Abertura Psicológica, Propensão para Procura de Ajuda e Indiferença ao Estigma, na Pré e Pós Intervenção (ANOVA Fatorial Mista 3x2).....</i>	33
Tabela 8: <i>Análise Comparativa dos Participantes nas Três Condições (CC, CE1 e CE2) na Distância Social, na Pré e Pós Intervenção (ANOVA Fatorial Mista 3x2).....</i>	35
Tabela 9: <i>Análise Comparativa dos Participantes nas Três condições (CC, CE1 e CE2) no Questionário de Literacia Mental na POC (parte 1 e 2), na Pré e Pós Intervenção (ANOVA Fatorial Mista 3x2).....</i>	35

Índice de Figuras

Figura 1: <i>Síntese do Procedimento Experimental.</i>	20
Figura 2: <i>Fluxo de Participantes no Estudo.</i>	22
Figura 3: <i>Média da Amostra Total para o AQ-09 para Dimensão da Segregação do AQ-09 e para o IAPSSM Dimensões Abertura Psicológica, Indiferença ao Estigma e Escala Total vs. Sexo.</i>	24
Figura 4: <i>Média da Amostra Total para o AQ-09 para Dimensão da perigosidade vs. Escolaridade.</i>	26
Figura 5: <i>Média da Amostra Total para o AQ-09 para Dimensão da Coerção vs. Escolaridade.</i>	28
Figura 6: <i>Média da Amostra Total para o IAPSSM para Dimensão da Abertura Psicológica vs. Escolaridade.</i>	29
Figura 7: <i>Média da Amostra Total para o IAPSSM para Dimensão da Indiferença ao Estigma vs. Escolaridade.</i>	29
Figura 8: <i>Análise Comparativa dos Participantes nas Três Condições (CC, CE1 e CE2) na Procura de Ajuda total, abertura Psicológica, Propensão para Procura de Ajuda e Indiferença ao Estigma, na Pré e Pós Intervenção</i>	34
Figura 9: <i>Análise Comparativa da Evolução da Média dos Participantes nas três Condições (CC, CE1 e CE2) no Questionário de Atribuição (AQ-09) no Fator Perigosidade na Pré e Pós Intervenção (ANOVA Fatorial Mista 3x2).</i>	36
Figura 10: <i>Análise Comparativa dos Participantes nas Três Condições (CC, CE1 e CE2) no Questionário de Literacia Mental na POC (parte 1), na Pré e Pós Intervenção.</i>	37

Índice de Anexos

Anexo A. Parecer da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Algarve.....	57
Anexo B. <i>Link</i> do <i>EUSurvey</i> dos Questionários.	58
Anexo C. <i>Attribution Questionnaire</i> (AQ-09; Corrigan et al., 2003, Versão Portuguesa Oliveira & Azevedo, 2014).....	59
Anexo D. Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM; Mackenzie, Knox, Gekoski, & Macaulay, 2004; Versão Portuguesa: Fonseca & Canavarro, 2014).	61
Anexo E. <i>Link Social Distance Scale</i> (LSDS; Link et al., 1987).....	63
Anexo F. <i>Mental Health Literacy Questionnaire</i> (MHLQ; Chaves 2022).....	64

Índice de Apêndices

Apêndice I. Consentimento Informado	67
Apêndice II. Formulário de Informação Pessoal.....	69
Apêndice III. <i>Links:</i> Vídeos Youtube; Facebook e Instagram.....	71
Apêndice IV. Rostos: Pré Teste.....	73
Apêndice V. Questionário para Seleção Rosto.....	74
Apêndice VI. Guião dos Vídeos da POC com Obsessões de Contaminação.	76
Apêndice VII. Guião dos Vídeos da POC com Obsessões de Agressão	82
Apêndice VIII. Guião dos Vídeos do Enfarte Agudo do Miocárdio.....	88

Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

- AP:** Subescala de Abertura Psicológica do IAPSSM
- APA:** *American Psychological Association*
- AQ-09:** *Attribution Questionnaire*
- CC:** Condição de Controlo
- CE1:** Condição Experimental 1
- CE2:** Condição Experimental 2
- DGS:** Direção Geral de Saúde
- DP:** Desvio Padrão
- DS:** Subescala de Distância Social do LSDS
- DSM-5:** Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
- IAPSSM:** Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental
- IE:** Subescala de Indiferença ao Estigma do IAPSSM
- INE:** Instituto Nacional de Estatística
- LSDS:** *Link Social Distance Scale*
- LSM:** Literacia em Saúde Mental
- M:** Média
- MHLQ:** *Mental Health Literacy Questionnaire*
- N:** Número de sujeitos
- OMS:** Organização Mundial de Saúde
- POC:** Perturbação Obsessivo-Compulsiva
- PPA:** subescala de Propensão para Procura de Ajuda do IAPSSM
- SPSS:** *Statistical Package for Social Science*
- TSDT:** Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
- ULSALG:** Unidade Local de Saúde do Algarve

1. Introdução

A Saúde Mental é um assunto que está em pauta nos meios de comunicação e redes sociais, tendo sido muito impulsionado pelo contexto da pandemia COVID-19. É muita a informação propagada, a par com uma preocupação pública e política mais direcionada para o impacto da saúde mental no bem-estar e saúde geral das pessoas. No entanto, ainda é bastante evidente a necessidade de transmitir e difundir informação clara e rigorosa no âmbito da Literacia em Saúde Mental (LSM), bem como a disponibilização de apoio credenciado e diferenciado à população.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de uma em cada oito pessoas no mundo vive com uma perturbação mental. As perturbações mentais são a principal causa de incapacidade, causando um em cada seis anos vividos com incapacidade. O estigma, a discriminação e as violações de direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental ainda são comuns, o que acrescido à escassez de serviços especializados e baixos níveis de literacia em saúde mental, impede que as pessoas procurem ajuda para a sua condição de saúde mental (OMS, 2022).

As diretrizes políticas portuguesas para a saúde mental estão alinhadas com o que é preconizado pela OMS, contemplando objetivos claros no que diz respeito a programas e intervenções para o aumento da literacia em saúde mental, nomeadamente com recurso a conteúdos e produtos digitais que podem ser concebidos para indivíduos, grupos específicos ou para toda a população (Arriaga et al., 2023; DGS, 2019; OMS, 2022).

Em Portugal existem atualmente algumas iniciativas e ações no âmbito da LSM com campanhas de sensibilização e divulgação de informação (e.g. Dia Mundial da Saúde Mental; “Janeiro branco: cuide da sua mente”; “Setembro amarelo, mês da prevenção do suicídio”, “Viva! Para lá da depressão”, etc.). No entanto, estas ações parecem estar ainda em fase embrionária, sendo necessário utilizar metodologias diversificadas e ampliar o alcance da informação disponibilizada, bem como abranger um espectro mais vasto de perturbações, nomeadamente a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC).

A POC afeta entre 2 a 3% da população mundial, atingindo cerca de 1 em cada 40 adultos (APA, 2014), sendo a quarta perturbação mental mais comum (Kessler et al., 2005; Pampaloni et al., 2022), e na Europa estima-se que a sua prevalência a 12 meses varie de 0,1 a 2,3% (Wittchen & Jacobi, 2005). No entanto, ela já esteve colocada pela OMS na lista das dez

condições mais debilitantes em todo o mundo, e atualmente a OMS lista a perturbações de ansiedade, onde inclui a POC, como o sexto maior fator para a perda de saúde não fatal em todo o mundo (*OCD-UK*). De acordo com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, mais de um quinto dos portugueses sofre de uma perturbação psiquiátrica (22,9%), sendo Portugal o segundo país com maior prevalência de doenças psiquiátricas da Europa. As perturbações mentais e do comportamento representam 11,8% da carga global das doenças em Portugal, mais do que as doenças oncológicas (10,4%) e apenas ultrapassadas pelas doenças cérebro-cardiovasculares (13,7%). Segundo o 1º relatório do Estudo Epidemiológico de Saúde Mental, a prevalência anual de POC ronda os 4,4% (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

A POC é uma perturbação mental caracterizada pela presença de obsessões e/ou compulsões. As obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens mentais recorrentes e persistentes experienciados como intrusivos e indesejados. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir esses pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los com algum pensamento ou acção, isto é, realizando uma compulsão. As compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais que o indivíduo se sente compelido a realizar em resposta às obsessões ou de acordo com regras que têm de ser aplicadas rigidamente (APA, 2014). As obsessões geralmente estão relacionadas a um número demarcado de temas, incluindo: (a) germes, contaminação e doenças; (b) responsabilidade por causar ou não prevenir danos, acidentes, erros ou azar; (c) sexo e moralidade; (d) violência; (e) religião; e (f) simetria, ordem e exatidão. Estes conteúdos específicos são, no entanto, bastante heterogéneos e normalmente estão relacionados com valores, interesses, vulnerabilidades e incertezas que cada a pessoa considera importantes na sua vida (por exemplo, responsabilidade por incêndios, pensamentos indesejados de prejudicar entes queridos, medo de punição de Deus) (Abramowitz e Jacoby, 2015).

Além da heterogeneidade (Abramowitz e Jacoby, 2015), as obsessões também são díspares na sua frequência: contaminação (em 50% dos doentes), dúvida patológica (42%), somáticas (33%), simetria (32%), agressivas (31%), sexuais (24%), outras (13%), obsessões múltiplas (72%). As compulsões podem igualmente ter diversas manifestações: verificação (61% dos doentes), lavagem e limpeza (50%), contagem (36%), perguntar ou confessar (34%), simetria e precisão (28%) e acumulação (18%), compulsões múltiplas (58%) (Macedo & Pocinho, 2007; Rasmussen & Eisen, 1992).

Esta heterogeneidade de sintomatologia é um dos fatores, entre outros, que contribui para o frequente subdiagnóstico da POC, existindo um intervalo de 10,2 anos entre o início dos

sintomas e a primeira tentativa de procurar ajuda profissional, e um intervalo de 17,2 anos entre o início dos sintomas e a receção de tratamento efetivo (Hollander, 1997).

Outra dificuldade quando se trata da identificação e diagnóstico da POC é a frequência com que esta co-ocorre com outras perturbações psiquiátricas. Numa pesquisa do *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R) nos Estados Unidos, entre os entrevistados que preencheram os critérios para POC ao longo da vida (de acordo com os critérios do DSM-IV), 90% também preencheram os critérios diagnósticos para outra perturbação ao longo da vida, sendo as perturbações de ansiedade (75.8%) e as perturbações de humor (63.3%) as mais prevalentes. A comorbilidade é, portanto, altamente frequente e tem implicações clínicas e terapêuticas cruciais, devendo ser consideradas aquando a avaliação da POC (Carter et al., 2004; Pampaloni et al., 2022).

Esta perturbação representa ainda, um importante fator de risco para separações e divórcios, devido aos constantes conflitos que os sintomas provocam na família, para demissões no trabalho, por interferência na produtividade, e para o insucesso na carreira. Compromete, portanto, de forma inequívoca a vida do indivíduo e a de sua família. Por todos esses motivos, deve ser considerada uma perturbação mental grave, comparável em gravidade e em anos de incapacitação a perturbações psiquiátricas como a esquizofrenia e o transtorno do humor bipolar (Cordioli, 2013). É por isso pertinente abordar esta problemática, compreender a sua caracterização clínica, perceber os motivos relacionados com o atraso na procura de ajuda e promover programas que aumentem a LSM, especificamente acerca desta perturbação mental tão debilitante.

O conceito de LSM é multidimensional e, de acordo com Wei et al. (2015), inclui quatro dimensões: 1) a compreensão de como obter e manter uma boa saúde mental; 2) compreender as perturbações mentais e seus tratamentos; 3) a diminuição do estigma relativo às doenças mentais; e 4) aumentar a eficácia na procura de ajuda. São abordados três conceitos fundamentais que estão inter-relacionados: conhecimento (conhecimento sobre doença mental e saúde mental positiva), atitudes e eficácia na procura de ajuda. Esta definição é consistente com o constructo atual de LSM definida e promovida pela OMS, como uma ferramenta de capacitação para as pessoas identificarem precocemente perturbações mentais, bem como para participarem nos seus cuidados de saúde (OMS, 2022; Wei et al., 2015).

Contudo, a maioria das pessoas com perturbação mental não estão capacitadas para procurar ajuda para o seu problema, e aceder a tratamentos de saúde mental adequados, ou

fazem-no com grande atraso (Gulliver et al., 2010; Wang et al., 2007). Têm sido alvo de estudo e investigação os vários os fatores que constituem barreiras à procura de ajuda profissional, sendo o estigma citado por diversos autores como a principal barreira à procura de tratamento psicológico (Clement et al., 2015). O estigma é um termo complexo que se pode definir como um atributo visível ou invisível, profundamente desacreditador, que exclui o indivíduo da aceitação social, e que resulta frequentemente em atitudes discriminatórias. O estigma é descrito por Lauber, C. (2008) como *“uma severa desaprovação social devido a características individuais, crenças ou comportamentos que são contrárias às normas económicas, políticas, culturais ou sociais”*. É caracterizado por uma falta de conhecimento sobre saúde mental, medo, preconceito e discriminação. Nas suas facetas mais severas, o estigma leva à exclusão da pessoa de diversas esferas do funcionamento social e causa sentimentos de culpa, vergonha, inferioridade e um desejo de ocultação (Corbière et al., 2012; Lauber, C.;2008; Oliveira & Azevedo, 2014; Stuart, 2004).

O estigma integra dois construtos: o estigma público e o auto-estigma (Corrigan, 2004). O estigma público assume a forma de estereótipos, preconceitos, emoções negativas e discriminação, representa a reação social às pessoas com perturbação mental. Ainda que a maioria sociedade considere que as pessoas com perturbações mentais precisam de ajuda, uma parte substancial percebe-os como imprevisíveis e perigosos e reage com medo. Há uma tendência observável para o evitamento de pessoas com perturbações mentais, levando a uma maior distância social (Angermeyer & Dietrich, 2006; Corrigan, 2004; Corrigan & Shapiro, 2010; Corrigan & Wassel, 2008). De acordo com Corrigan o auto-estigma é potenciado pelo estigma público, pois as pessoas ao viverem num ambiente saturado de noções estigmatizantes, acabam por internalizar essas ideias com a consequente diminuição de autoestima, autoeficácia e autoconfiança (Corrigan, 2004). Existe um medo dominante, que faz com que as pessoas com perturbação mental escolham não pedir ajuda, para não virem a ser julgadas negativamente pelos outros, ou sofrer discriminação, preferindo muitas vezes lidar com a sintomatologia de forma autónoma (Andrade et al., 2014; Corrigan & Wassel, 2008; Yap et al., 2011).

Outra barreira identificada é a manifesta dificuldade que existe na população no reconhecimento de perturbações psicológicas (Gulliver et al., 2010), sendo evidente o reduzido conhecimento, o que faz com os indivíduos não identifiquem corretamente sinais e sintomas da perturbação mental e, conseqüentemente, não estejam capacitados para recorrer a profissionais adequados e tratamento efetivo, ignorando por isso quais os tratamentos disponíveis (Barrow & Thomas, 2022; Jorm, 2012). Esta falta de conhecimento reflete-se na

baixa percepção da necessidade de tratamento, e na crença de que é possível resolver o problema autonomamente, sem ajuda especializada, como já referido no estigma. Ainda que esta percepção seja expectável em indivíduos com sintomatologia menos severa, ela é observada igualmente em casos de sintomatologia mais grave (Andrade et al.,2014).

No caso da POC, são vários os motivos que levam ao atraso na procura de tratamento. A associação entre a falta de conhecimento acerca desta perturbação, as crenças negativas, e os fatores inerentes ao estigma é evidente para a POC, à semelhança do que acontece com outras perturbações mentais (Mino et al., 2001). São inúmeros os motivos que contribuem para a complexidade do quadro clínico da POC: o início em idade precoce, a evolução crónica, a heterogeneidade dos sintomas, a alta taxa de comorbidade com outras perturbações psiquiátricas e a resposta lenta ou parcial à terapia (Pampaloni, 2022).

Pessoas com POC tendem a esconder os seus sintomas durante anos, e manifestam muitos medos sobre revelar o conteúdo das obsessões. Acabam por ocultar o seu diagnóstico e isolar-se da sociedade devido aos sentimentos de culpa e vergonha associados às obsessões, com medo do que os outros pensam sobre eles, das reações negativas e ao receio de serem rotulados como “doentes mentais”, perigosos, pessoas maliciosas, além da rejeição social (Belloch et al., 2009; Newth & Rachman, 2001). Várias crenças relacionadas à obsessão (necessidade de controlar os pensamentos, crenças de fusão pensamento-ação) também são apontadas como sendo um dos motivos para a ocultação de obsessões. Tem sido sugerido que a tendência de ocultar deliberadamente o conteúdo e a frequência das obsessões pode ser considerada um comportamento de segurança negligenciado na POC, desempenhando um papel importante na manutenção da perturbação, porque a pessoa nunca é exposta a interpretações alternativas sobre a natureza e o significado de seus pensamentos (Newth & Rachman, 2001).

A falta de LSM agrava todos estes fatores, nesta e noutras perturbações (Mino et al., 2001), uma vez que as pessoas não estão esclarecidas relativamente à doença mental, o que salienta a necessidade de apostar na alfabetização da população no que se refere à saúde e doença mental.

Muitos autores têm-se dedicado à LSM em diversos contextos e grupos sociais, apresentando alguns programas de intervenção para o aumento de literacia, destacando a psicoeducação e o contacto, como dois métodos mais eficazes para o aumento da LSM (Corrigan & Shapiro, 2010; Corrigan, et al.,2012). Tem-se verificado algum sucesso em

estudos experimentais, no aumento dos níveis de conhecimento e procura de ajuda e diminuição do estigma relacionado com as perturbações psicológicas (Kutcher et al., 2016).

A psicoeducação na LSM tem sido abordagem mais comumente utilizada, e envolve essencialmente a informar acerca das perturbações e os seus tratamentos, aumentar a compreensão de saúde mental, e desempenha um papel significativo na substituição de mitos sobre a doença mental por informações precisas (Corrigan & Shapiro, 2010). No entanto, a psicoeducação pode ser potenciada quando utilizada em conjunto com a componente de contacto (Patafio et al., 2021).

O contacto pode ser direto (i.e., face a face) ou indireto (i.e., vídeo), e envolve pessoas com historial de perturbação mental que partilham a sua história e transmitindo mensagens positivas de recuperação (Chen et al., 2016; Corrigan & Penn, 1999). A inclusão do contato em intervenções/programas de promoção da saúde mental tem sido descrita na literatura como eficaz para reduzir o preconceito, o conflito e a discriminação relativa à perturbação mental, facilitando processos que promovem a mudança positiva de atitude: aprender sobre a doença mental, mudar o comportamento, gerar ligações afetivas através da emoção (ou seja, reduzir a ansiedade e aumentar a empatia) (Pettigrew, 1998).

Esta metodologia foi testada por Chan et al. (2009), num estudo onde o objetivo era conceber um programa de redução de estigma direcionado à esquizofrenia. Nesta investigação foram comparadas três modalidades de intervenção: psicoeducação com a realização de uma palestra; psicoeducação e um vídeo, com a realização de uma palestra seguida de um vídeo de contacto com uma pessoa com esquizofrenia; e um vídeo de contacto seguido de psicoeducação com uma palestra. Os autores verificaram a componente de contacto quando apresentada após a psicoeducação foi significativamente mais eficaz quando comparada com a utilização exclusiva da psicoeducação.

Esta intervenção combinada também foi testada por Gürbüz et al. (2020), com resultados positivos. Neste estudo propuseram-se a testar a eficácia de redução de estigma relativamente à POC, onde foram utilizados vídeos com conteúdo psicoeducativo e vídeos com a componente de contacto. Verificaram que quando comparada com a intervenção de controlo, a intervenção concomitante dos dois métodos teve um efeito significativo na redução do estigma.

Em Hong Kong, Chung & Tse (2022), realizaram uma intervenção em LSM onde incorporaram a componente de contacto recorrendo a uma biblioteca humana, onde era

promovido o diálogo entre pessoas que tinham vivido experiências de problemas de saúde mental e os participantes na investigação. Os resultados mostraram uma significativa melhoria na LSM, verificando-se uma redução significativa o estigma e a distância social.

Também em 2022 Chaves et al. surgiram com uma abordagem inovadora com a criação de uma aplicação de saúde mental para telemóvel (esTOCma,) focada na POC. O objetivo da investigação foi descrever o protocolo para um estudo cujo objetivo é testar a eficácia do esTOCma, promovendo o aumento da literacia em saúde mental e a intenção de procura de ajuda, e a redução de atitudes estigmatizantes e o distanciamento social sofrido pelas pessoas com POC, bem como a angústia associada a sintomas obsessivo-compulsivos (Chaves et.al, 2022).

A componente de contacto também foi testada por Tuijnman et al. (2022), com uma intervenção para aumentar o conhecimento, diminuir o estigma e aumentar as intenções de procura de ajuda profissional. Para tal criaram um vídeo-jogo didático e psicoeducativo, na qual a personagem do jogo tinha depressão. Neste caso, os resultados indicaram que existiu apenas uma diminuição significativa do estigma dos jovens em idade escolar quando comparados com a condição de controlo, não existindo diferenças ao nível do conhecimento e intenções de procura de ajuda.

Ainda que, em alguns casos os programas psicoeducativos devam incluir pessoas com problemas de saúde mental, uma vez que está associado a atitudes mesmos estigmatizantes (García-Soriano & Roncero, 2017), isto não é consensual, e esta metodologia apresenta algumas limitações pois nem sempre foram reportados ganhos significativos no aumento da LSM (González et al., 2023).

Acerca da LSM especificamente na POC, têm sido várias as abordagens utilizadas, sendo uma área ainda com grande margem para explorar, muito devido à complexidade do quadro clínico do POC (Pampaloni et al., 2022). A POC apresenta-se como uma perturbação de sintomatologia heterogénea devido à diversidade das obsessões e compulsões. Algumas das dimensões das obsessões, como a contaminação, verificação e simetria são muito mais conhecidos e mais facilmente associadas à POC, em parte devido à atenção dada nos meios de comunicação social, do que outros, como a agressão ou sexo e moralidade, que são associados a um maior distanciamento social e a maiores taxas de estigma e ocultação. O dano/agressão também foi associado a maior perceção de perigosidade do que simetria (McCarty et al., 2017;

Ponzini e Steinman, 2021) e além disso, estes sintomas podem ser erroneamente identificados como esquizofrenia ou depressão major (Durna et al., 2019; García-Soriano & Roncero, 2017).

No que diz respeito à investigação nesta área, são referidas algumas limitações. Chaves et al. (2021), na análise realizada ao efeito de um programa de intervenção psicoeducacional acerca da POC nos professores, refere a necessidade de avaliar as diferenças entre os conteúdos obsessivos, uma vez que não são reconhecidas e identificadas com a mesma facilidade, sugerindo que pesquisas futuras devem incluir as várias categorias de conteúdos das obsessões (Chaves et al., 2021; McCarty et al., 2017; Ponzini e Steinman, 2021). Gürbüz et al., (2020) identificaram igualmente esta disparidade no reconhecimento da multiplicidade de sintomas da POC na comunidade turca, sugerindo que programas de intervenção mais eficazes nesta área teriam de, idealmente, incluir as várias dimensões da POC. Analogamente, esta necessidade foi identificada por Gouniai et al. (2022), quando estudaram os níveis de literacia na POC em membros do clero, onde se verificou uma grande disparidade na identificação da natureza heterogénea dos sintomas da POC, evidenciando a necessidade de investir na alfabetização nas obsessões baseadas em pensamentos tabu e na natureza indesejada dessas obsessões.

Outra lacuna na literatura, é a pouca atenção tem sido dada à relação entre os sintomas da POC dos pais no contacto com recém-nascidos e, muito devido ao facto de muitos autores relacionarem a POC com as alterações hormonais inerentes ao pós-parto na mulher. A gravidez e o nascimento de um filho pode ser um período de grande vulnerabilidade para a mulher, mas também para o homem, propício ao desenvolvimento de POC em alguns casos, o que faz com que seja pertinente a partilha desta informação (Abramowitz et al.,2001).

Gonzalez et al. (2023), na revisão sistemática acerca de LSM que efetuaram, identificaram outra limitação que está relacionada com a ênfase dos estudos da LSM na população adolescente e em contexto escolar, em detrimento de a outras faixas etárias e outros contextos. Isto pode revelar-se contraproducente, uma vez que será mais difícil de consolidar e manter os resultados da alfabetização destes jovens se o seu círculo social não estiver igualmente informado, sendo importante a existência de programas adaptados aos diversos contextos sociais.

São inúmeros os fatores que remetem para a necessidade de criar estratégias adequadas para o aumento de literacia na POC, nas suas diversas dimensões, de forma a reduzir o estigma e aumentar o conhecimento e a procura de ajuda especializada. Veicular a informação é um

passo importante no processo da literacia, e atualmente um dos recursos mais inclusivos e rápidos é a internet pela sua disseminada utilização.

Em Portugal, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2023, 89% dos agregados domésticos tinham acesso à internet em casa. Nesse ano, 85,8% da população residente dos 16 aos 74 anos utilizou a internet nos 3 meses anteriores à entrevista, sendo a taxa de utilizadores superior a 98% para as pessoas (16-74 anos) que concluíram o ensino superior e secundário, destes 79,3% participaram em redes sociais (INE, 2023).

Face à generalização e abrangência da utilização da internet, parece óbvia e quase imperativa a utilização deste recurso para o aumento da literacia nas mais diversas áreas. No caso da LSM, o recurso à internet tem-se mostrado um método viável para o aumento da literacia, com melhorias nos resultados de saúde mental e nas atitudes da comunidade em face à doença mental (Brijnath et al. 2016).

Algumas das características apelativas da internet são a sua acessibilidade imediata e a sua capacidade de difusão rápida, o que facilita o acesso à informação, podendo contribuir para o aumento da literacia em matéria de saúde mental e fornecer um leque mais vasto de informações à população em geral. Mas, contudo, é importante ter em conta que todo o tipo de informação se encontra disponível, sendo muito importante desenvolver motores de pesquisa que avaliem a qualidade da informação na Web, bem como avaliar sistematicamente as intervenções na internet (Christensen & Griffiths, 2000; Griffiths, 2000).

A globalização da internet aliada ao desenvolvimento dos smartphones, popularizou as redes sociais na última década. O crescimento das redes sociais mudou completamente a forma como as pessoas interagem, comunicam e socializam. É muita a literatura que refere as redes sociais como fonte essencial de informação para muitos indivíduos, sendo responsáveis pela mudança do padrão de comportamento de busca de informações do público, inclusive encontrando informações relacionadas com a saúde. (Acha-Anyi et al., 2020; Antoci et al., 2019; Arora et al., 2019; Yustikasari et al., 2024). As redes sociais são uma das potenciais fontes de informação e, têm sido recorrentemente utilizadas para disseminar informação de saúde para o público, melhorar a satisfação de serviços prestados, melhorar o desenvolvimento profissional (Mohammed et al., 2021; Yustikasari et al., 2024).

As estratégias de promoção da saúde adaptaram-se à revolução cada vez mais influente e em rápida evolução das redes sociais o que faz com que estas representem uma enorme

oportunidade na promoção da saúde alcançando as pessoas em tempo real em qualquer lugar (Acha-Anyi et al., 2020).

Ainda que as intervenções baseadas na internet apresentem algumas limitações pois são menos propensas a serem utilizadas por pessoas mais velhas, menos instruídas e com menores rendimentos, tem sido argumentado que as intervenções desta natureza têm potencial para reduzir as desigualdades na área da saúde se estiverem disponíveis numa vasta gama de formatos (Jorm, 2012; Muñoz, 2010).

Neste estudo, além de recolher informação acerca da LSM na POC, foi testada a eficácia de um programa de aumento de literacia na POC, com recurso à internet, mais especificamente às redes sociais Instagram, Facebook e Youtube, com a partilha de vídeos curtos acerca da POC. Foi utilizada uma abordagem combinada de psicoeducação e de contacto indireto, onde foi criada uma personagem fictícia com POC que partilha a sua experiência.

A população alvo para este estudo foram os profissionais de instituições de saúde, uma vez que os serviços de saúde são pilares fundamentais da sociedade com grande contacto com a comunidade. Pretende-se avaliar a viabilidade deste programa de intervenção psicoeducativo, com o objetivo de aumentar a literacia em POC (redução do estigma e da distância social, bem como o aumento do conhecimento e da intenção de procura de ajuda), narrando a história de um pai de um recém-nascido, através da disponibilização de vídeos informativos, criados para o efeito, com recurso a meios digitais.

De uma forma mais específica, pretendemos também avaliar se existem diferenças entre as condições experimentais, em que numa foi apresentada informação acerca da POC com obsessões contaminação e noutra com obsessões de agressão. Optámos por incluir a temática da POC no contexto de pós-parto nos pais nos conteúdos dos vídeos partilhados, por termos identificado que este é um assunto pertinente, pouco estudado (Abramowitz et al., 2001) e consequentemente pouco divulgado.

Este foi um estudo realizado com uma amostra reduzida, cuja metodologia se enquadrou nos requisitos de um estudo piloto, focado em objectivos de ordem metodológica e teórica. Não sendo um teste de hipóteses, não fornece uma avaliação significativa no tamanho do efeito, devido à imprecisão inerente aos dados de pequenas amostras. À semelhança do estudo piloto, pretende-se que esta investigação seja o primeiro passo para explorar novas intervenções, avaliando a viabilidade de recrutamento, aleatorização, procedimentos de

avaliação e intervenção, bem como explorar e avaliar eventuais adaptações e alterações para que possa ser aplicado em larga escala (Leon et al. 2011).

A grande maioria dos estudos incide nas perturbações mentais graves, depressão ou saúde mental em geral, o que é consistente com a falta de estudos na literatura sobre problemas específicos de saúde mental (Zamorano et al.,2023), como por exemplo na POC. Uma melhoria no conhecimento geral sobre a POC e uma redução no estigma podem estar associadas à deteção mais precoce desta perturbação e a um aumento na intenção de procurar ajuda, o que pode resultar num maior bem-estar. Além disso, a normalização das intrusões e do conhecimento sobre a POC pode revelar-se uma variável protetora em indivíduos vulneráveis. O conhecimento relativo à POC ganha especial destaque nos dias de hoje, uma vez que a pandemia COVID19 aumentou os sintomas obsessivo-compulsivos e a sua gravidade (Chaves et al., 2022). É por isso importante dispor de programas capazes de informar e habilitar de forma eficaz as pessoas, transmitindo informação empiricamente adequada, esclarecedora e inequívoca acerca desta perturbação, que contribua para o aumento do conhecimento e a intenção de procura de ajuda e reduza o estigma e a distância social, permitindo-lhes tomar decisões informadas e procurar ajuda especializada.

1.1. Objetivos

Este estudo piloto experimental teve como objetivo principal testar a eficácia de um programa de intervenção dirigido a profissionais de instituições de saúde, orientado para aumentar a LSM e reduzir o estigma associado à POC, utilizando as redes sociais.

De uma forma mais específica, neste estudo, propusemo-nos a:

1. Analisar os níveis de literacia relativamente à POC de todos os participantes;
2. Testar a eficácia de um programa para aumento de literacia relativamente à POC nos participantes que foram atribuídos à Condição Experimental 1 (CE1), onde é abordada a POC com obsessões de contaminação.
3. Testar a eficácia de um programa para aumento de literacia relativamente à POC nos participantes que foram atribuídos à Condição Experimental 2 (CE2), onde é abordada a POC com obsessões de agressão.
4. Testar a eficácia de um programa para aumentar a procura de ajuda e reduzir o estigma e distância social relativamente a pessoas com POC nos participantes que foram atribuídos à CE1.

5. Testar a eficácia de um programa para aumentar a procura de ajuda e reduzir o estigma e distância social relativamente a pessoas com POC nos participantes que foram atribuídos à CE2.

6. Analisar diferenças dos níveis de literacia após intervenção, entre os grupos experimentais e de controlo.

De acordo com os objetivos propostos espera-se verificar uma relação entre as variáveis sociodemográficas e os níveis de literacia na POC nos participantes no momento de pré intervenção.

Espera-se igualmente que os participantes atribuídos às condições experimentais 1 e 2, após a intervenção, apresentem um aumento nos níveis de literacia, evidenciado por:

1. Aumento do conhecimento acerca da POC;
2. Redução do estigma global associado à POC;
3. Redução da distância social associada à POC;
4. Uma atitude mais positiva face à procura de serviços de saúde mental baseada:
 - a. Maior abertura psicológica,
 - b. Maior propensão para a procura de ajuda,
 - c. Mais indiferença ao estigma.

Relativamente ao grupo da Condição de Controlo (CC), espera-se que no momento pós intervenção não se registem alterações nos níveis de literacia, mais especificamente deverá manter relativamente ao primeiro momento:

1. O conhecimento acerca da POC;
2. O estigma global associado à POC;
3. A distância social associada à POC;
4. A mesma atitude face à procura de serviços de saúde mental baseada nos mesmos níveis de:
 - a. Abertura psicológica,
 - b. Propensão para a procura de ajuda,
 - c. Indiferença ao estigma.

2. Método

Neste estudo foram utilizados unicamente meios digitais, pelo que os participantes tinham acesso a dispositivos eletrónicos que permitiram o preenchimento dos questionários *online*, bem como acesso a redes sociais (Instagram, Facebook e Youtube).

2.1. Participantes

Este estudo foi dirigido a profissionais de instituições de saúde, e obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Algarve (ULSALG) (Anexo A). A divulgação foi realizada através de email da instituição proveniente da unidade de apoio à investigação da unidade de Faro, e com a partilha do link do questionário entre os profissionais das instituições de saúde.

Acederam ao *link* 123 indivíduos maiores de 18 anos, destes 8 não aceitaram participar. Os participantes tinham idades entre os 25 e os 67 anos ($M=42,54$; $DP=9,79$), sendo 92 (80%) do sexo feminino, 23 (20%) do sexo masculino, 97.4% eram de nacionalidade portuguesa, residentes maioritariamente no sul do país (78.3%), seguido do centro (15.6%), norte (4.3%) e ilhas (1.7%) e 3 (2.6%) de outra nacionalidade. A maioria dos participantes tinham habilitações literárias licenciatura (53%), seguido de mestrado (36%), ensino secundário (6.1%), doutoramento (2.6%), 3º ciclo ensino básico (3.5%), bacharelato (1.7%) e outro (1.7%). Relativamente às profissões, a maioria eram Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT) (51.3%), seguido de Farmacêuticos (18.3%), Enfermeiros (11.3%) e os restantes profissionais (19,1%).

Os 115 participantes foram atribuídos aleatoriamente a três condições experimentais, a condição de controlo (CC: $n=38$), condição experimental 1 (CE1: $n=38$) e a condição experimental 2 (CE2: $n=39$).

Dos participantes iniciais, apenas 58 participaram na segunda fase do estudo, com a intervenção e segundo momento de avaliação, sendo 43 mulheres (74.1%) e 15 homens (25.9%), residentes maioritariamente no distrito de Faro (86.2%) com a seguinte distribuição nas condições experimentais: condição de controlo (CC: $n=15$), condição experimental 1 (CE1: $n=22$) e a condição experimental 2 (CE2: $n=21$).

2.2. Instrumentos e Materiais

Foi utilizada a plataforma *EUSurvey* para criação e posterior disponibilização dos questionários através de disponibilização do *link* (Anexo B). Na primeira parte do questionário foi apresentado o consentimento informado (Apêndice I).

a) Formulário de informação pessoal. Este questionário foi criado *ad hoc* e visou recolher informação pessoal (sexo, idade, nacionalidade, estado civil, habilitações literárias, profissão) (Apêndice II).

b) Attribution Questionnaire (AQ-09) (Corrigan et al., 2003; versão portuguesa Oliveira & Azevedo, 2014). O AQ-09 tem como objetivo avaliar estereótipos associados a pessoas com perturbações mentais. É constituído por nove questões, associadas a uma vinheta que descreve uma pessoa que apresenta sintomas de POC. Cada questão remete para um dos nove fatores: Os nove estereótipos são: “pena” (simpatia porque as pessoas são dominadas pelas sua doença), “perigosidade” (pessoas com doença mental não são seguras), “medo” (porque as pessoas com doença mental são perigosas), “culpa” (as pessoas têm controlo e são responsáveis pela sua doença mental e sintomas associados), “segregação” (enviar as pessoas para instituições longe da sua comunidade), “raiva” (irritado/aborrecido porque as pessoas são as culpadas pela sua doença mental), “ajuda” (prestação de assistência a pessoas com doença mental), “evitação” (ficar longe de pessoas com doença mental), e “coerção” (forçar as pessoas a participar na gestão de medicamentos ou outros tratamentos) (Corrigan, 2008). A versão original é composta por nove afirmações, onde se aplica uma escala de Likert de 9 pontos, 1 (não ou nada) até 9 (sim ou muito). Através da soma das pontuações de cada afirmação/questão, obtém-se um *score* representativo de cada um dos estereótipos acima referidos, sendo que o estigma é diretamente proporcional ao valor do *score*. Entende-se assim, que o resultado superior a 1 implica a existência de estigma (Oliveira & Azevedo, 2014) (Anexo C).

Os valores do alfa de *Cronbach*, que variam entre 0 e 1, foram interpretados segundo o critério de Patrício e Pereira (2013): <.50 inaceitável; entre .50 e .60 fraca; entre .60 e .70 aceitável; entre .70 e .90 boa; entre .90 e 1 muito boa (Pereira & Patrício, 2013). Este instrumento apresenta características psicométricas aceitáveis, apresentando um alfa de *Cronbach* de .621.

c) Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM) (*Inventory of attitudes toward seeking mental health services*, Mackenzie, Knox, Gekoski, & Macaulay, 2004; versão portuguesa: Fonseca & Canavarro, 2014). O IAPSSM tem como objetivo examinar as atitudes face à procura de ajuda formal, entendidas como uma reação avaliativa à procura de ajuda para lidar com problemas psicológicos/emocionais. A versão original do IAPSSM é composta por 24 itens, respondidos numa escala de Likert com cinco alternativas de resposta, de 0 (Discordo) a 4 (Concordo). O IAPSSM organiza-se em três

dimensões: a) Abertura Psicológica: grau em que o indivíduo está disponível para reconhecer a presença de um problema psicológico e de procurar ajuda para esse problema; b) Propensão para Procura de Ajuda: disponibilidade e capacidade percebida para procurar ajuda para problemas psicológicos; e c) Indiferença ao Estigma: grau em que o indivíduo se sente preocupado e desconfortável se as pessoas da sua rede social soubessem que estaria a receber ajuda profissional para problemas psicológicos. Cada dimensão é composta por oito itens, sendo que a pontuação de alguns dos itens é invertida. A pontuação total de cada dimensão corresponde ao somatório dos itens que a compõem, e pontuações superiores são indicadoras de atitudes mais positivas face à procura de ajuda formal. As propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala consideram a sua utilização adequada, tanto na prática clínica como na investigação. Os coeficientes de alfa de *Cronbach* para a escala total ($\alpha = .83$) e para a dimensão Propensão para a Procura de Ajuda ($\alpha = .75$) e Indiferença ao Estigma ($\alpha = .83$) sugerem bons níveis de consistência interna, no entanto, o coeficiente de alfa de *Cronbach* da dimensão Abertura Psicológica apresentou níveis de consistência interna aceitável ($\alpha = .63$) (Fonseca, Silva & Canavarro, 2016) (Anexo D).

Este instrumento apresenta uma boa consistência interna total nas dimensões acima referidas, apresentando um alfa de *Cronbach* de .78, e para a subescala indiferença ao estigma apresenta um total de .78, para a subescala de abertura psicológica é de .61 e para a subescala de propensão para a procura de ajuda um total de .67, ambas com consistências internas aceitáveis.

d) *Link Social Distance Scale (LSDS; Link et al., 1987)*. Esta escala está subdividida em duas partes. A subescala da Distância Social tem sete questões associadas a uma vinheta que descreve uma pessoa que apresenta sintomas de POC, simulando situações hipotéticas em que o participante teria de interagir com o indivíduo descrito na vinheta. As questões são respondidas numa escala de Likert com quatro alternativas de resposta, de 0 (sim, definitivamente estou disposto) a 3 (definitivamente não estou disposto). Valores mais baixos refletem menor distância social (Anexo E). A subescala Perceção de perigosidade não foi utilizada neste estudo.

Relativamente à dimensão da distância social a escala original apresenta uma consistência interna muito boa ($\alpha = .92$). Este estudo apresentou um alfa de *Cronbach* de .82, apresentando uma boa consistência interna.

e) **Mental Health Literacy Questionnaire (MHLQ; Chaves 2022)**. Este instrumento foi desenvolvido *ad hoc* por Chaves (2022) com base em estudos prévios (García-Soriano & Roncero, 2017 e Chaves et al., 2021). Está dividido em duas partes. A parte 1 tem quatro questões de escolha múltipla associadas a uma vinheta que descreve uma pessoa que apresenta sintomas de POC. Especificamente: (1) reconhecimento do problema; (2) identificação da POC; (3) percepção de causalidade; e (4) opção de tratamento eficaz. A parte 2 tem quatro questões de escolha múltipla relacionadas com conhecimento geral sobre a POC: (1) identificação da POC como uma perturbação mental; (2) definição de obsessão; (3) definição de compulsão; (4) o papel desempenhado pelas compulsões e outras estratégias de controle na manutenção das obsessões. A vinheta apresenta uma descrição concreta e detalhada dos sintomas experienciados por um indivíduo com POC, levando os participantes a refletir sobre as suas atitudes em relação ao indivíduo descrito, e a identificar se existe algum problema (Chaves, 2022). A pontuação total para cada parte é calculada a partir do número de respostas corretas de 0 a 4 (Anexo F).

f) **Vídeos de literacia das condições experimentais e da condição de controlo**. Foram elaborados pelos autores deste estudo especificamente para esta intervenção, com a redação de guiões para cada condição, posteriormente criados na plataforma online de design e comunicação visual CANVA e gravados em formato de vídeo (MP4) adequado à publicação nas redes sociais Facebook, Instagram e Youtube (Apêndice III).

Pré teste para seleção de imagem de rosto

Para seleção da imagem do protagonista da história partilhada nos vídeos a utilizar na investigação, foi realizado um pré-teste para escolha da mesma. Foi utilizado o site de criação de imagens com inteligência artificial *Craiyon* (hiperligação: <https://www.craiyon.com/>). O *Prompt* utilizado foi "*Men In Its 35'S Normal Looking Portrait*", onde foram selecionadas quatro representações diferentes (Apêndice IV), com o objetivo era aferir qual das imagens reunia maior consenso de aceitação social.

O inquérito foi criado a 20 de novembro de 2023 na plataforma *EUSurvey*, tendo sido disponibilizado a uma amostra *ad hoc* da população em geral, no período de 4 de dezembro de a 16 de dezembro de 2023, ficando acessível num total de 13 dias. O inquérito incluía um formulário de informação pessoal, constituído por dados relacionados com idade, sexo, habilitações literárias e nacionalidade, e 11 perguntas respondidas numa escala de likert com 7 alternativas de resposta, de 1 (nada/desconfortável) a 7 (completamente/confiante), uma das

respostas da escala foi cotada de forma invertida. A pontuação total corresponde ao somatório dos itens, e pontuações superiores são indicadoras de maior aceitabilidade do rosto. As questões foram as mesmas para as quatro imagens e foram apresentadas aleatoriamente (Apêndice V).

No pré teste participaram 39 indivíduos, em que 82,1% (n=32) são do sexo feminino e 17.9% (n=7) do sexo masculino, com idade compreendidas entre os 23 e os 76 anos, ($M=45.67$, $DP=12.59$). Relativamente à nacionalidade, verifica-se que 94.9% (n=37) dos indivíduos são portugueses, 2.6% (n=1) são de outra nacionalidade e 2.6% (n=1) não respondeu. No que respeita às habilitações literárias, a maioria dos indivíduos tem o ensino secundário 33.3% (n=13), seguido de licenciatura 25.64% (n=10), 3º ciclo do ensino básico 15.38% (n=6) bacharelato 10.26% (n=4), curso profissional equivalente ao secundário 5.13% (n=2), mestrado 5.13% (n=2), e 2.56% (n=1) dos indivíduos indicou outras habilitações literárias.

A imagem que reuniu maior pontuação foi a C ($M = 49,10$; $DP = 10,38$). Este rosto foi utilizado na execução dos vídeos representando o protagonista José. Os resultados encontram-se apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

Médias e Desvio Padrão de Respostas do Pré Teste para Seleção de Rosto.

Imagem	<i>M</i>	<i>DP</i>
Rosto A	45,38	12,88
Rosto B	47,10	11,48
Rosto C	49,10	10,38
Rosto D	48,59	12,63

Nota. N=39

O programa de literacia POC com obsessões de contaminação

O programa completo é composto por 12 vídeos (com duração entre 1,30 e 2,34 minutos): Vídeo 1 – Apresentação da personagem José, que conta a sua história na primeira pessoa; Vídeo 2 – Descrição do surgimento dos pensamentos obsessivos e agravamento de sintomatologia; Vídeo 3 – O diagnóstico da POC; Vídeo 4 – Tipos de obsessões e compulsões; Vídeo 5 – O que acontece se não se tratar; Vídeo 6 – Obsessões e compulsões do José; Vídeo 7 – A falta de conhecimento, preconceito e auto estigma relativamente à POC; Vídeo 8 – O estigma associado à POC; Vídeo 9 – Reforço do ciclo da POC; Vídeo 10 – Terapias mais eficazes na POC; Vídeo 11 – Como a terapia funcionou com o José; Vídeo 12 – Como a terapia

continua a fazer parte da sua vida nos dias de hoje. O guião encontra-se redigido no Apêndice VI.

O programa de literacia POC com obsessões de agressão

O programa completo é composto por 12 vídeos (com duração entre 1,59 e 2,50 minutos): Vídeo 1 – Apresentação da personagem José, que conta a sua história na primeira pessoa; Vídeo 2 – Descrição do surgimento dos pensamentos obsessivos e agravamento de sintomatologia; Vídeo 3 – O diagnóstico da POC; Vídeo 4 – Tipos de obsessões e compulsões; Vídeo 5 – O que acontece se não se tratar; Vídeo 6 – Obsessões e compulsões do José ; Vídeo 7 – A falta de conhecimento, preconceito e auto estigma relativamente à POC; Vídeo 8 – O estigma associado à POC; Vídeo 9 – Reforço do ciclo da POC; Vídeo 10 – Terapias mais eficazes na POC; Vídeo 11 – Como a terapia funcionou com o José; Vídeo 12 – Como a terapia continua a fazer parte da sua vida nos dias de hoje. O guião encontra-se redigido no Apêndice VII.

Programa literacia sobre enfarte agudo do miocárdio

O programa completo é composto por 12 vídeos (com duração entre 1,30 e 2,05 minutos). Os vídeos foram elaborados com o objetivo de assegurar que grupo de controlo estava sujeito às mesmas condições dos grupos experimentais. Os conteúdos partilhados foram retirados e adaptados das páginas online do SNS24 na secção do enfarte agudo do miocárdio e da publicação: “Sabe como prevenir? Doenças Cardiovasculares” do instituto nacional de saúde Doutor Ricardo Jorge. O guião encontra-se redigido no Apêndice VIII.

2.3. Procedimentos

A escolha de profissionais de instituições de saúde para amostra deste estudo deve-se essencialmente ao seu papel preponderante na comunidade. Foram incluídos todos os profissionais que trabalham nestes serviços, independentemente da sua formação base, uma vez que o grande objetivo deste estudo é criar um programa de intervenção que seja adequado ao maior e mais diversificado grupo de pessoas, com o objetivo de as capacitar através do aumento da sua literacia em saúde mental, mais concretamente na POC.

2.3.1. Recolha de dados.

Na divulgação da investigação, foi solicitado ao participante a disponibilização do email para envio do *link* do questionário.

A recolha de dados ocorreu após aceitação do consentimento informado, por parte do participante. Na fase experimental pré intervenção, foi solicitado o preenchimento do formulário de informação pessoal, e dos seguintes instrumentos: *Attribution Questionnaire* (AQ-09), Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM), *Link Social Distance Scale* (LSDS) e *Mental Health Literacy Questionnaire* (MHLQ) adaptado por Chaves (2022).

A última questão apresentada solicitava a participação no estudo experimental, onde eram disponibilizados *links* de contas no Instagram, Facebook e Youtube, para que o participante pudesse seguir e aceder aos conteúdos partilhados periodicamente.

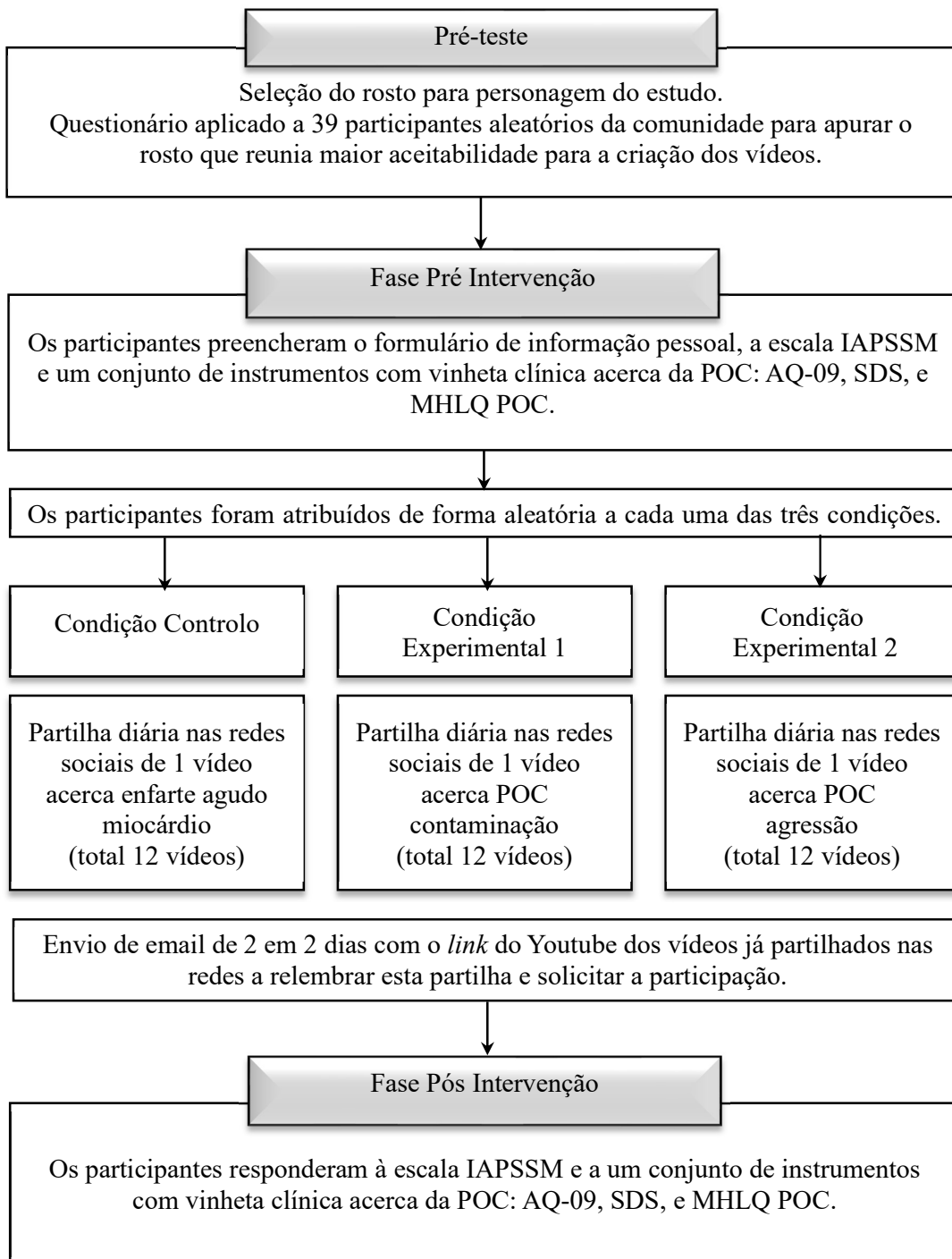
Foram criadas três páginas (uma para cada condição experimental) nas redes sociais Instagram e Facebook com configuração pessoal e privada, de modo que só os seguidores/“amigos” pudessem ver as publicações. Foi utilizada a imagem de rosto previamente seleccionada, com um nome para cada condição experimental: José Eduardo para a CC; José Carlos para a CE1 e José António para a CE2. Os vídeos foram partilhados diariamente no Instagram e Facebook, e de dois em dois dias foi enviado email a relembrar os participantes com os *links* do Youtube dos conteúdos já partilhados.

Quatro dias após a partilha do último vídeo, foi enviado email onde era solicitado ao participante que respondesse ao novo questionário através do *link* disponibilizado, reforçando que deveria ser feito apenas após o visionamento dos conteúdos partilhados. Nesta fase os instrumentos a preencher eram: *Attribution Questionnaire* (AQ-09), Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM), *Link Social Distance Scale* (LSDS) e *Mental Health Literacy Questionnaire* (MHLQ) adaptado por Chaves (2022). Os questionários para a fase pós intervenção, ficaram disponíveis cerca de 20 dias, tendo sido enviados emails periodicamente aos participantes a relembrar e solicitar o preenchimento do questionário.

A síntese deste procedimento experimental encontra-se apresentado na Figura 1.

Figura 1

Síntese do Procedimento Experimental.



2.3.2. Análise e tratamento dos dados.

A análise dos dados recolhidos foi realizada com recurso ao programa IBM SPSS[®] v29. depois de extraídos da plataforma *EUSurvey* em formato *Excel*.

Com efeito, a caracterização sociodemográfica da amostra foi realizada com recurso à estatística descritiva (média, mínimo, máximo, desvio padrão e percentagem). Paralelamente, procurou-se explorar a influência de variáveis sociodemográficas nas variáveis em estudo (e.g., AQ-09), de forma a controlar os efeitos externos ao efeito da intervenção. Para verificar a influência do variável sexo nas variáveis em estudo, procedeu-se à comparação de valores médios obtidos no primeiro momento (momento pré-intervenção), nos diferentes sexos (masculino vs. feminino), através do *Independent Sample t-test*. Para averiguar a existência de relação entre as variáveis em estudo e a idade recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson*. Por último, procedeu-se a uma análise de variância (*One_Way ANOVA*) para comparar a diferença nos valores médios obtidos nas variáveis em estudo, nos diferentes níveis de escolaridade. O *d* de *Cohen* foi utilizado para calcular a magnitude da diferença entre valores médios, com valores iguais ou maiores que $d = 0.2$ para efeitos pequenos, $d = 0.5$ efeitos médios e $d = 0.8$ para efeitos grandes (Cohen, 1988).

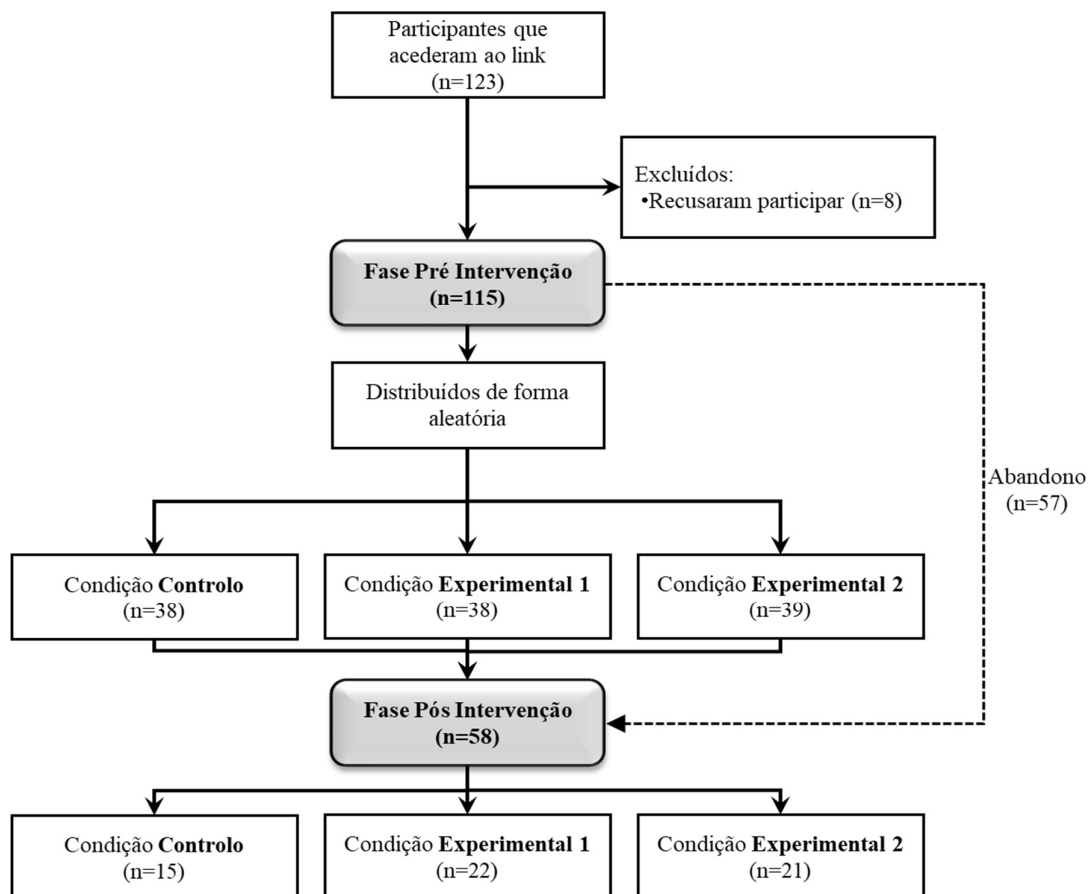
Os resultados do efeito da intervenção foram obtidos através comparação das três condições, nos dois momentos (pré intervenção e pós intervenção), com recurso à ANOVA fatorial mista (3x2), e a magnitude do efeito estimada através do *partial eta square* (η_p^2), que considera magnitudes pequenas do efeito os valores de $\eta_p^2 \leq 0.009$, magnitudes médias entre $0.058 > \eta_p^2 < 0.13$. e as superiores a $\eta_p^2 \geq 0.14$, magnitudes grandes (Cohen, 1988).

3. Resultados

Os principais resultados serão apresentados a partir das análises realizadas, de acordo com os objetivos estabelecidos. No primeiro ponto foram explorados os níveis de literacia acerca da POC da amostra total de participantes, analisando o efeito das variáveis sociodemográficas nas variáveis em estudo na fase pré intervenção (estigma, procura de ajuda, distância social e conhecimento). No segundo ponto, foi pesquisado o efeito do programa de intervenção para aumento de literacia na POC, onde se analisaram os dados dos participantes que concluíram as duas fases (pré e pós intervenção), com a análise comparativa entre grupos nas condições experimentais relativamente à literacia na POC, no momento pré intervenção, bem como a análise das diferenças entre momentos nas condições experimentais. Verificou-se um *dropout* de cerca de metade da amostra (49,6%). O fluxo de participação na investigação encontra-se discriminada na Figura 2, na fase pré e pós intervenção, onde consta o número e distribuição dos participantes pelos grupos experimentais e número de abandono da amostra.

Figura 2

Fluxo de Participantes no Estudo.



3.1. Análise do Efeito Das Variáveis Sociodemográficas nos Níveis de Literacia Acerca da POC dos Participantes no Momento Pré-Intervenção

Indo de encontro ao primeiro objetivo deste estudo, que era conhecer os níveis de literacia na POC dos profissionais de instituições de saúde, procedeu-se à análise dos dados sociodemográficas com as variáveis em estudo, na amostra inicial de participantes (N=123).

3.1.1. Sexo vs. variáveis em estudo: estigma, procura de ajuda, distância social e conhecimento.

Foram identificadas diferenças significativas entre sexos e as variáveis em estudo (Tabela 2). Relativamente ao item segregação do instrumento AQ-09 [$t_{(26,95)} = -2.159, p = .04, d = -.643$], no qual o sexo masculino parece pontuar significativamente mais elevado ($M = 2.74; DP = 2.18$) do que o sexo feminino ($M = 1.71; DP = 1.43$). Verificaram-se também diferenças para a dimensão da abertura psicológica da IAPSSM [$t_{(113)} = 2.403, p = .018, d = -.560$], no qual o sexo feminino parece pontuar mais elevado ($M = 2.97; DP = 0.55$) do que o sexo masculino ($M = 2.66; DP = 0.61$). Na dimensão da indiferença ao estigma da IAPSSM verificaram-se igualmente diferenças [$t_{(113)} = 2.257, p = .026, d = .677$], no qual o sexo feminino parece pontuar igualmente mais elevado ($M = 3.13; DP = 0.65$) do que o sexo masculino ($M = 2.77; DP = 0.79$). Bem como diferenças entre sexos na escala total da IAPSSM [$t_{(113)} = 2.683, p = .008, d = -.626$] no qual o sexo feminino parece pontuar mais elevado ($M = 3.08; DP = 0.41$) do que o sexo masculino ($M = 2.82; DP = 0.41$) (Figura 3). Não se verificaram outras diferenças significativas no que respeita ao sexo e as restantes variáveis em estudo (todos $p > 0.05$).

Tabela 2

Análise das Diferenças entre os Participantes de Acordo com o Sexo nas Variáveis em Estudo (Teste t para Amostras Independentes).

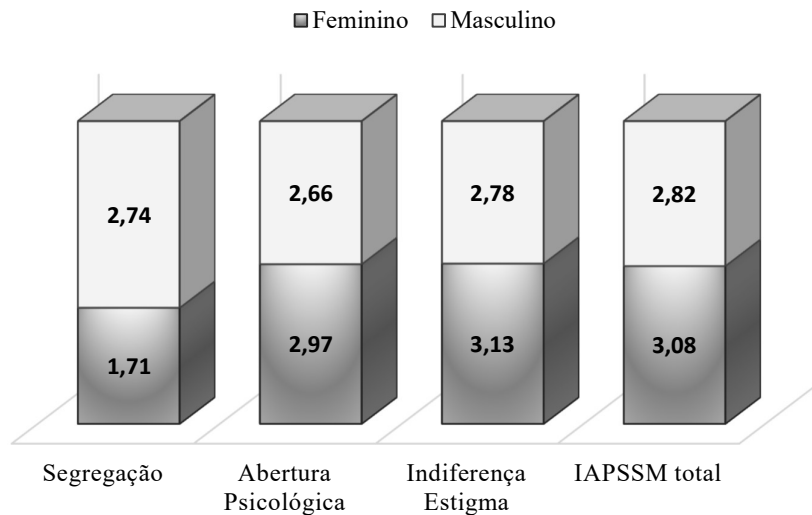
Variáveis em estudo	Feminino	Masculino	$t_{(113)}$	p	d
	N=92	N=23			
	M (DP)	M (DP)			
AQ-09					
Pena	6.39 (2.02)	6.52 (1.90)	-0.28	.780	1.995
Perigosidade	2.36 (1.69)	3.13 (2.10)	-1.86	.065	1.779
Medo	4.27 (3.13)	3.52 (2.76)	1.05	.295	3.060
Culpa	2.26 (2.27)	2.83 (2.04)	-1.09	.279	2.228
Segregação¹	1.71 (1.43)	2.74 (2.18)	-2.159	.040	1.606
Raiva	2.35 (1.91)	2.04 (1.52)	0.71	.479	1.838

Variáveis em estudo	Feminino	Masculino	$t_{(113)}$	p	d
	N=92	N=23			
	M (DP)	M (DP)			
Ajuda	6.27 (1.94)	6.30 (1.94)	-0.07	.943	1.940
Evitação	2.52 (1.93)	2.83 (2.21)	-0.66	.513	1.987
Coerção	3.03 (2.33)	3.91 (2.63)	-1.58	.117	2.389
IAPSSM	3.08 (0.41)	2.82 (0.41)	2.68	.008	.414
AP	2.97 (0.55)	2.66 (0.61)	2.40	.018	.565
PPA	3.14 (0.51)	3.03 (0.54)	0.87	.386	.516
IE	3.13 (0.65)	2.78 (0.79)	2.26	.026	.677
LSDS DS	1.19 (0.58)	1.44 (0.55)	-1.90	.061	.573
MHLQ Parte1	2.93 (1.01)	2.65 (0.78)	1.25	.215	.972
Parte2	3.59 (0.71)	3.35 (0.65)	1.46	.146	.701

Nota. t = teste *T-Student* para amostras independentes; $*p < .05$; $d = d$ de *Cohen*; $^1gl = 26.95$. AQ-09 = Questionário de Atribuição; IAPSSM = Inventário de Atitudes face à procura de Serviços de Saúde Mental; AP = subescala de Abertura Psicológica; PPA = subescala de Propensão para Procura de Ajuda; IE = subescala de Indiferença ao Estigma; LSIDS = *Link Social Distance Scale*; DS = subescala de Distância Social; MHLQ = *Mental Health Literacy Questionnaire* versão de Chaves et al. (2022).

Figura 3

Média da Amostra Total para o AQ-09 para Dimensão da Segregação do AQ-09 e para o IAPSSM Dimensões Abertura Psicológica, Indiferença ao Estigma e Escala Total vs. Sexo.



3.1.2. Idade vs. variáveis em estudo: estigma, procura de ajuda, distância social e conhecimento.

Verificou-se uma correlação positiva de pequena magnitude entre a idade e variável coerção do AQ-09, $r = .25$, $p = .007$. Assim, parece que perante o aumento da idade, os participantes pontuam níveis mais elevados de coerção relativamente pessoas com perturbações mentais.

Não se verificaram outras diferenças significativas no que respeita ao sexo e as restantes variáveis em estudo ($p > 0.05$). Os resultados estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

Coefficientes das Correlações entre a Variável Idade as Variáveis em Estudo (Correlação de Pearson)

Variáveis em estudo		Idade n =115		r	p
		M	(DP)		
AQ-09	Pena	6.42	(1.99)	-.004	.970
	Perigosidade	2.51	(1.80)	.116	.218
	Medo	4.12	(3.06)	.114	.225
	Culpa	2.37	(2.23)	.157	.093
	Segregação	1.91	(1.65)	.105	.264
	Raiva	2.29	(1.83)	-.027	.776
	Ajuda	6.28	(1.93)	.021	.826
	Evitação	2.58	(1.98)	.046	.625
	Coerção	3.21	(2.40)	.251	.007
IAPSSM		3.03	(0.43)	-.060	.522
	AP	2.91	(0.58)	-.109	.248
	PPA	3.12	(0.52)	.009	.926
	IE	3.06	(0.69)	-.027	.771
LSDS	DS	1.24	(0.58)	.120	.203
MHLQ	Parte1	2.88	(0.98)	.070	.455
	Parte2	3.54	(0.70)	-.177	.058

Nota. r= Coeficiente de Pearson; * $p < .05$; AQ-09 = Questionário de Atribuição; IAPSSM = Inventário de Atitudes face à procura de Serviços de Saúde Mental; AP = subescala de Abertura Psicológica; PPA = subescala de Propensão para Procura de Ajuda; IE = subescala de Indiferença ao Estigma; LSDS = *Link Social Distance Scale*; DS = subescala de Distância Social; MHLQ = Mental Health Literacy Questionnaire versão de Chaves et al. (2022).

3.1.3. Escolaridade vs. variáveis em estudo: estigma, procura de ajuda, distância social e conhecimento.

Foram verificadas diferenças significativas nas variáveis em estudo em função da escolaridade (Tabela 4). Com efeito, quando a homogeneidade das variâncias não foi garantida, recorreu-se ao *Test-t Welch (t)* para verificar a existência de diferenças significativas entre níveis de escolaridade, nos valores obtidos nas variáveis em estudo.

Observam-se diferenças significativas relativamente à perigosidade do AQ-09 [F(6,108) = 4.127, $p < .001$, $\eta^2 = 0.186$], especificamente diferenças entre os indivíduos com o 3º Ciclo do ensino básico com os grupos de licenciados, $p = .006$, no qual os indivíduos com o 3º Ciclo pontuam mais alto ($M = 5.50$; $DP = 1.291$) quando comparados com indivíduos licenciados ($M = 2.31$; $DP = 1.54$). Foram também observadas diferenças entre o 3º Ciclo do ensino básico e com grau de mestre, $p = .004$, sendo que o padrão de resposta se mantém o mesmo, o nível mais elevado de escolaridade parece pontuar menores valores ($M = 2.17$; $DP = 1.63$). Noutros níveis de escolaridade, verificaram-se diferenças entre indivíduos com o ensino secundário e o grupo de licenciados, $p = .030$, no qual indivíduos com o ensino secundário pontuam mais alto ($M = 4.43$; $DP = 2.82$) que o grupo de licenciados ($M = 2.31$; $DP = 1.54$). Também se verificou uma diferença significativa entre obter o nível secundário e grau de mestre $p = .023$, no qual obter o grau de mestre conduz a menores pontuações ($M = 2.17$; $DP = 1.63$). Os resultados são indicativos de que quanto menor a escolaridade maior a pontuação para a perceção de perigosidade (Figura 4).

Figura 4

Média da Amostra Total para o AQ-09 para Dimensão da Perigosidade vs. Escolaridade.

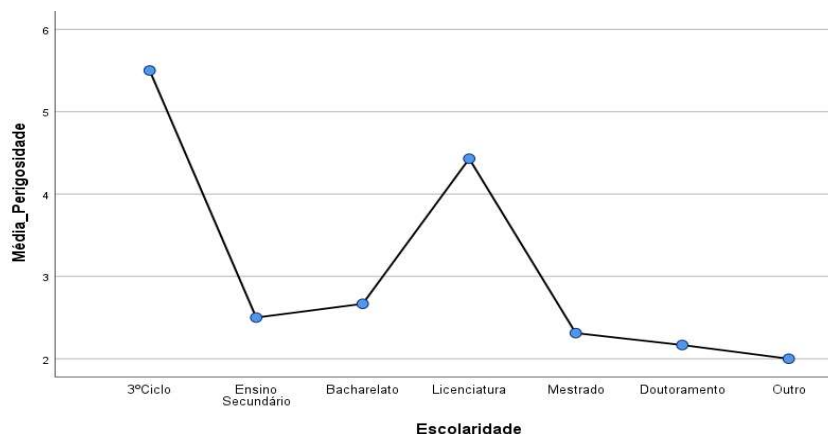


Tabela 4

Análise das Diferenças entre os Participantes de Acordo com a Escolaridade nas Variáveis em Estudo (One Way ANOVA).

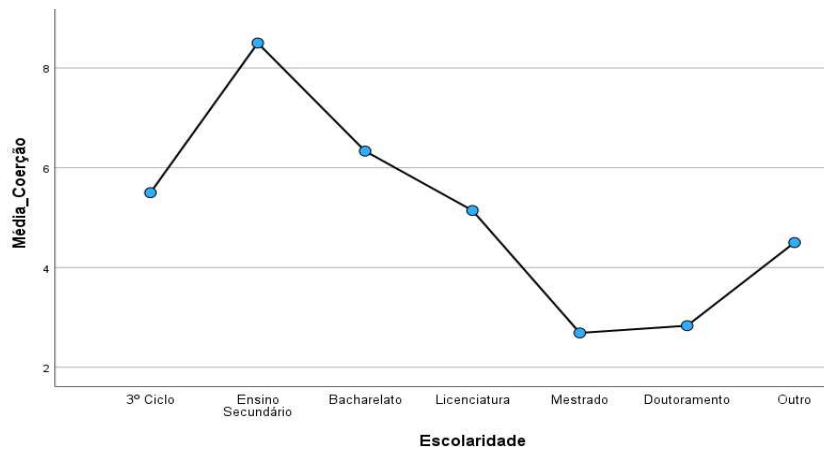
Variáveis em estudo		Escolaridade (N =115)							F (6,108)	p	η ²
		3ºCiclo	E. Secundário	Bacharelato	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento	Outro			
		n = 4	n = 7	n = 2	n = 61	n = 36	n = 3	n = 2			
		M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)			
AQ-09	Pena	5(1.41)	5.57(2.37)	8.5(0.71)	6.62(1.91)	6.11(2.1)	7.67(1.53)	7.5(0.71)	1.504	.184	.077
	Perigosidade	5.5 (1.29)	4.43(2.82)	2.5(0.71)	2.31(1.54)	2.17(1.63)	2.67(2.08)	2(1.41)	4.127	<.001**	.186
	Medo	4.5(1.73)	3.57(3.26)	5(5.66)	3.61(2.87)	5.06 (3.29)	3.33(2.52)	4.5(4.95)	.958	.457	.051
	Culpa	3.75(2.75)	3(2.89)	6(4.24)	1.89(1.56)	2.69(2.70)	2.33(2.31)	3(2.83)	.715 ^a	.655	.098
	Segregação¹	4.25(2.22)	3(2.58)	1(0.00)	1.84(1.58)	1.53(1.16)	2.33(2.31)	3(2.83)			
	Raiva	3.5(2.65)	2.86(2.34)	1(0.00)	2.25(1.70)	2.17(1.91)	3(2.65)	1.5(0.71)	.726	.63	.039
	Ajuda	5.5(1.29)	5(2.45)	7(1.41)	6.08(1.86)	6.75(1.96)	6.33(0.58)	9(0.00)	1.874	.092	.094
	Evitação¹	4(2.45)	2.71(2.56)	1(0.00)	2.85(2.06)	1.89(1.49)	4(2.00)	3(2.83)			
	Coerção	5.5(1.29)	5.14(2.80)	8.5(0.71)	2.69(1.92)	2.83(2.41)	6.33(0.58)	4.5(4.95)	18.217 ^b	<.001**	.239
IAPSSM		2.65(0.39)	2.83(0.42)	2.83(0.65)	3.07(0.36)	3.11(0.46)	2.49(0.70)	2.79(0.35)	2.238	.045	.111
	AP	1.88(0.32)	2.98(0.71)	2.69(0.27)	2.93(0.51)	3.03(0.51)	2.46(1.34)	2.88(0.88)	4.599 ^c	.047	.147
	PPA	2.97(0.50)	2.93(0.53)	3.13(0.18)	3.16(0.48)	3.10(0.57)	3.08(0.58)	3.19(1.15)	.281	.945	.015
	IE	3.09(0.63)	2.59(1.06)	2.69(1.50)	3.12(0.62)	3.21(0.59)	1.92(0.19)	2.31(0.80)	10.419 ^d	.007*	.146
LSDS	DS	1.64(0.92)	1.31(0.46)	1.43(0.61)	1.28(0.58)	1.05(0.51)	1.38(0.73)	1.93(0.30)	1.641	.143	.084
MHLQ	Parte1	1.75(0.96)	2.43(0.79)	3(0.00)	2.98(0.96)	2.89(1.01)	3.33(1.15)	2.5(0.71)	1.46	.199	.075
	Parte2¹	2.5(1.91)	3.43(0.79)	4(0.00)	3.54(0.67)	3.67(0.48)	3.33(0.58)	3.5(0.71)			

Nota. F= ANOVA unidirecional; η²= eta quadrado; *p < .05; ** p< .01; 1Um dos grupos obteve variância = 0, que impede o procedimento de uma análise de variância a gl = 6, 5.401; b gl = 6, 6.209; cgl = 6, 5.768; dgl = 6, 5.655;AQ-09 = Questionário de Atribuição; IAPSSM = Inventário de Atitudes face à procura de Serviços de Saúde Mental; AP = subescala de Abertura Psicológica; PPA = subescala de Propensão para Procura de Ajuda; IE = subescala de Indiferença ao Estigma; LSDS = Link Social Distance Scale; DS = subescala de Distância Social; MHLQ = Mental Health Literacy Questionnaire versão de Chaves et al. (2022).

Por sua vez, observaram-se diferenças significativas para o item coerção do AQ-09 [$t(6, 6.21) = 18.217, p = .001, \eta^2 = 0.239$]. Especificamente, verificaram-se diferenças significativas entre indivíduos com o bacharelato com os grupos de licenciados, $p = .005$, no qual o grupo de bacharelato pontua valores mais elevados ($M = 8.50; DP = 0.71$) que os indivíduos que são licenciados ($M = 2.69; DP = 1.92$). O grupo que possui bacharelato também é significativamente diferente do grupo com mestrado, $p = .008$, no qual igualmente parece pontuar mais elevado que o grupo com o grau de mestre ($M = 2.83; DP = 2.41$). Neste item, quanto menor a escolaridade maior a pontuação para a coerção, ainda que estes resultados possam estar influenciados facto de o grupo com bacharelato tenha apenas dois participantes (Figura 5).

Figura 5

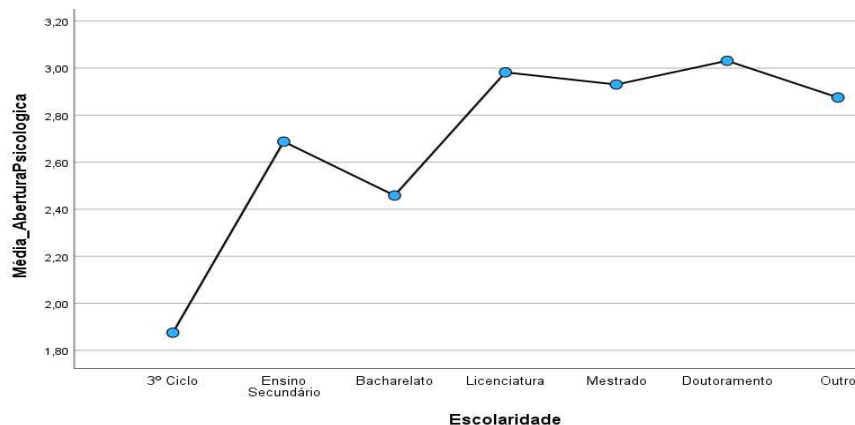
Média da Amostra Total para o AQ-09 para Dimensão da Coerção vs. Escolaridade.



Quando analisado o IAPSSM, a dimensão abertura psicológica apresentou diferenças significativas [$t(6, 5.67) = 4.599, p = .047, \eta^2 = 0.147$] entre os indivíduos com o 3º Ciclo do ensino básico com os grupos de ensino secundário, $p = .027$, em que indivíduos com o ensino básico pontuam menores valores ($M = 1.88; DP = 0.32$) que os indivíduos com o ensino secundário ($M = 2.98; DP = 0.71$). O grupo de indivíduos com 3º Ciclo do ensino básico ainda se revelou significativamente diferente dos licenciados, $p = .005$, que pontuam valores mais elevados ($M = 2.93; DP = 0.51$), bem como do grupo de indivíduos com o grau de mestre $p = .002$, que também pontuam significativamente mais alto ($M = 3.03; DP = 0.51$) que o grupo do ensino básico. Neste sentido, os dados parecem indicar que quanto maior a escolaridade maior a abertura psicológica (Figura 6).

Figura 6

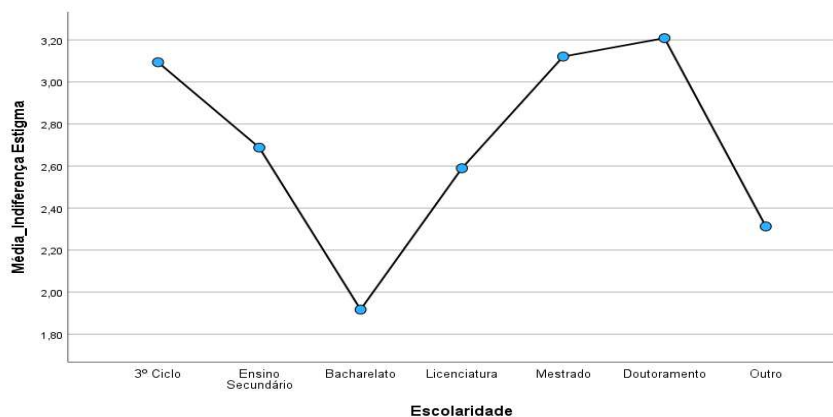
Média da Amostra Total para o IAPSSM para Dimensão da Abertura Psicológica vs. Escolaridade.



Relativamente à dimensão indiferença ao estigma do IAPSSM, verificaram-se igualmente diferenças significativas [$t(6, 5.77) = 5.768, p = .007, \eta^2 = 0.146$] entre os indivíduos com doutoramento e licenciados, $p = .037$, sendo que os doutorados pontuam valores mais baixos ($M = 1.92; DP = 0.19$) que os licenciados ($M = 3.12; DP = 0.62$). O grupo de doutorados difere significativamente do grupo de indivíduos com o mestrado, $p = .022$, indicando que indivíduos com o grau de mestre pontuam mais alto ($M = 3.20; DP = 0.59$) quando comparados com os doutorados, ainda que estes resultados possam estar influenciados facto de o grupo com doutoramento incluir apenas três participantes. Não foram observadas outras diferenças significativas (Figura 7).

Figura 7

Média da Amostra Total para o IAPSSM para Dimensão da Indiferença ao Estigma vs. Escolaridade.



3.2. Análise do Efeito do Programa de Intervenção para Aumento de Literacia na POC dos Participantes nas Condições Experimentais

Para a recolha de informação relativamente ao efeito do programa de intervenção para aumento de LSM na POC, realizou-se a análise estatística apenas com os participantes que concluíram as fases pré e pós intervenção (n=58).

3.2.1. Análise comparativa entre grupos nas condições experimentais relativamente à literacia na POC, no momento pré-intervenção.

Para avaliar a existência prévia de diferenças relativamente aos níveis de literacia na POC dos participantes atribuídos às três condições experimentais, Condição de Controlo (CC: $n = 15$), Condição Experimental 1 (CE1: $n = 22$) e Condição Experimental 2 (CE2: $n = 21$), recorreu-se a uma análise de variância para amostras independentes (*One_Way ANOVA*). Com efeito, quando a homogeneidade das variâncias não foi garantida, recorreu-se ao *Test-t Welch (t)* para verificar a existência de diferenças significativas entre os grupos, nos valores obtidos nas variáveis em estudo.

Os resultados da *ANOVA* revelaram um efeito significativo da perigosidade, de magnitude moderada [$F(2,55) = 3,877, p = .027, \eta^2 = 0.124$]. Especificamente, observaram-se diferenças entre grupo de CC, e o grupo CE2, $p = .022$. O grupo CC obteve uma média de 3.53 pontos ($DP = 2.07$) e o grupo CE2 uma média de 2 pontos ($DP = 1.41$). Não foram observadas outras diferenças significativas. Os valores estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5

Análise das Diferenças entre os Participantes nas Três Condições (CC, CE1 e CE2) no Momento Pré Intervenção nas Variáveis em Estudo (One Way ANOVA).

Variáveis em estudo		Participantes Pré Intervenção			ANOVA		
		n=58					
		CC <i>n = 15</i>	CE1 <i>n = 22</i>	CE2 <i>n = 21</i>	<i>F</i> _(2,55)	<i>p</i>	η^2
		<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>			
AQ-09	Pena	7.07 (2.19)	6.05(2,19)	6.67(1.77)	1.178	.316	.041
	Perigosidade	3.53(2.07)	2.41(1.56)	2(1.41)	3.877	.027	.124
	Medo	5.40(2.64)	4.91(3.12)	3.24(3,18)	2.678	.078	.089
	Culpa	3.20(2.34)	2.36(1,97)	2.19(2.32)	1.013	.370	.036
	Segregação	2.13(1.68)	1.55(1.18)	1.81(1.81)	.632	.535	.022
	Raiva	3.27(2,34)	2.55(2,02)	2.05(1,53)	1.708	.191	.058

		Participantes Pré Intervenção					
		n=58					
Variáveis em estudo		CC	CE1	CE2	ANOVA		
		n = 15	n = 22	n = 21			
		M (DP)	M (DP)	M (DP)	F _(2,55)	p	η ²
	Ajuda	6.47(1.36)	6.45(1.84)	6.19(1.99)	.151	.860	.005
	Evitação	3.13(2.10)	2.36(1.87)	2.62(2.11)	.655	.524	.023
	Coerção	3.87(2.53)	2.32(1.84)	2.52(2.29)	2.460	.095	.082
IAPSSM		2.92(0.48)	3(0,44)	2.99(0.46)	.171	.843	.006
	AP	2.68(0.64)	2.88(0.56)	2.89(0.65)	.594	.556	.021
	PPA	3.07(0.49)	3.21(0.46)	3.03(0.53)	.788	.460	.028
	IE	3(0.80)	2.91(0.80)	3.06(0.56)	.217	.806	.008
LSDS	DS	1.42(0.66)	1.25(0.48)	1.25(0.65)	.435	.650	.016
MHLQ	Parte1	3.13(0.74)	2.77(0.92)	2.62(1.07)	1.339	.270	0.046
	Parte2	3.33(0.82)	3.73(0.46)	3.43(0.81)	1.683 ^a	.195	0.058

Nota. CC=Condição de Controlo; CE1=Condição Experimental1; CE2=Condição Experimental 2; F= ANOVA unidirecional; η²= eta quadrado; *p < .05; ^a gl = 2, 29.520; AQ-09 = Questionário de Atribuição; IAPSSM = Inventário de Atitudes face à procura de Serviços de Saúde Mental; AP = subescala de Abertura Psicológica; PPA = subescala de Propensão para Procura de Ajuda; IE = subescala de Indiferença ao Estigma; LSDS = Link Social Distance Scale; DS = subescala de Distância Social; MHLQ = Mental Health Literacy Questionnaire versão de Chaves et al. (2022).

3.2.2. Análise das diferenças entre momentos nas condições experimentais.

Para dar resposta aos objetivos formulados no âmbito da eficácia do programa de intervenção para aumento da LSM na POC, procedeu-se à análise do efeito da intervenção nas variáveis em estudo, com a realização de uma ANOVA fatorial mista (3x2) para cada uma das variáveis.

A condição experimental a que os participantes foram atribuídos foi considerada como variável entre grupos (CC vs. CE1 vs. CE2), e os momentos de avaliação (pré intervenção vs. pós intervenção) como variável intra sujeitos. Foram explorados os efeitos apenas na amostra que participou nos dois momentos da investigação (n = 58).

Relativamente ao questionário de atribuição AQ-09, verificou-se um efeito significativo isolado da variável entre grupos (CC vs. CE1 vs. CE2) para as medidas perigosidade [F (2) = 7.442, p = <.001, η_p² = 0.119] e culpa [F (2) = 3.731, p = .027, η_p² = 0.064]. Os valores estão descritos na Tabela 6.

Tabela 6

Análise Comparativa dos Participantes nas Três Condições (CC, CE1 e CE2) no Questionário de Atribuição (AQ-09) nos Fatores: Pena, Perigosidade, Medo, Culpa, Segregação, Raiva, Ajuda, Evitação e Coerção, na Pré e Pós Intervenção (ANOVA Fatorial Mista 3x2).

		<i>F</i> (gl)	<i>p</i>	η_p^2
Questionário de Atribuição AQ-09	Condição	.258 (2)	.773	.005
	Pena Momento	.748 (1)	.389	.007
	Condição*Momento	1.645 (2)	.198	.029
	Condição	7.442 (2)	<.001	.119
	Perigosidade Momento	.184 (1)	.669	.002
	Condição*Momento	.705 (2)	.496	.013
	Condição	3.125 (2)	.048	.054
	Medo Momento	.094 (1)	.76	.001
	Condição*Momento	.501 (2)	.607	.009
	Condição	3.731 (2)	.027	.064
	Culpa Momento	.351 (1)	.555	.003
	Condição*Momento	.18 (2)	.836	.003
	Condição	2.063 (2)	.132	.036
	Segregação Momento	.509 (1)	.477	.005
	Condição*Momento	.52 (2)	.596	.009
	Condição	1.504 (2)	.227	.027
	Raiva Momento	.201 (1)	.655	.002
	Condição*Momento	1.987 (2)	.142	.035
	Condição	.396 (2)	.674	.007
	Ajuda Momento	.022 (1)	.883	.000
	Condição*Momento	.211 (2)	.81	.004
	Condição	1.649 (2)	.197	.029
	Evitação Momento	3.026 (1)	.085	.027
	Condição*Momento	.261 (2)	.771	.005

		<i>F</i> (<i>gl</i>)	<i>p</i>	η_p^2
	Condição	1.47 (2)	.234	.026
Coerção	Momento	.312 (1)	.577	.003
	Condição*Momento	1.163 (2)	.316	.021

Nota. F= ANOVA fatorial mista, * $p < .05$ η_p^2 = eta quadrado parcial.

Não foram encontrados valores significativos relativamente a nenhuma das subescalas do IAPSSM. Os resultados estão expostos na Tabela 7.

Tabela 7

Análise Comparativa dos Participantes nas Três Condições (CC, CE1 e CE2) na Procura de Ajuda Total, Abertura Psicológica, Propensão para Procura de Ajuda e Indiferença ao Estigma, na Pré e Pós Intervenção (ANOVA Fatorial Mista 3x2).

		<i>F</i> (<i>gl</i>)	<i>p</i>	η_p^2
Procura de ajuda (IAPSSM total)	Condição	.668 (2)	.515	.012
	Momento	.942 (1)	.334	.008
	Condição*Momento	.071 (2)	.931	.001
Subescala AP	Condição	2.689 (2)	.072	.047
	Momento	.841 (1)	.361	.008
	Condição*Momento	.361 (2)	.698	.007
Subescala PPA	Condição	2.32 (2)	.103	.04
	Momento	.054 (1)	.817	.000
	Condição*Momento	.209 (2)	.812	.004
Subescala IE	Condição	.739 (2)	.480	.013
	Momento	1.04 (1)	.310	.009
	Condição*Momento	.07 (2)	.932	.001

Nota. F= ANOVA fatorial mista, * $p < .05$ η_p^2 = eta quadrado parcial, IAPSSM = Inventário de Atitudes face à procura de Serviços de Saúde Mental; AP = subescala de Abertura Psicológica; PPA = subescala de Propensão para Procura de Ajuda; IE = subescala de Indiferença ao Estigma.

No entanto, através da visualização dos gráficos representativos da interação das variáveis do IAPSSM nos diferentes momentos, apresentados na Figura 8, foi possível verificar que o resultado obtido pelos participantes na CE1 e CE2 aumentou em todas as subescalas,

comparando com os participantes na CC, que apresentaram valores aumentados no segundo momento apenas na subescala da indiferença ao estigma na escala total do IAPSSM.

Figura 8

Análise Comparativa das Médias dos Participantes nas Três Condições (CC, CE1 e CE2) na Procura de Ajuda Total, Abertura Psicológica, Propensão para Procura de Ajuda e Indiferença ao Estigma, na Pré e Pós Intervenção.

Figura 8a: Escala total do IAPSSM.

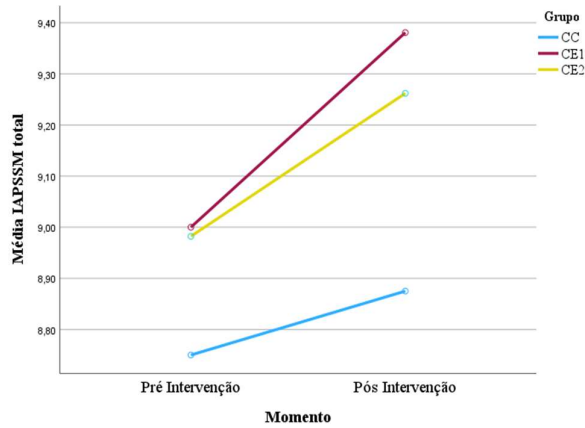


Figura 8b: Subescala de abertura psicológica.

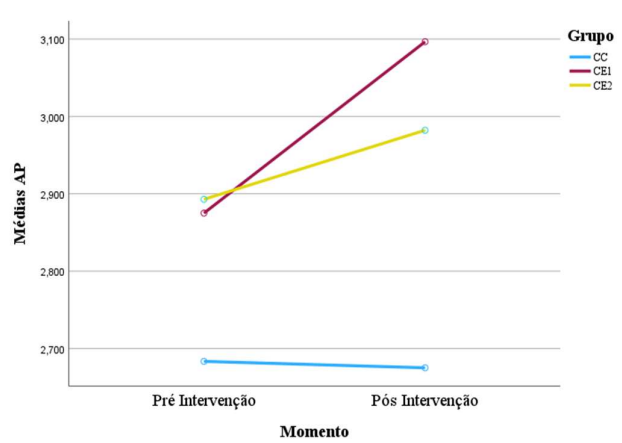


Figura 8c: Subescala de propensão para a procura de ajuda.

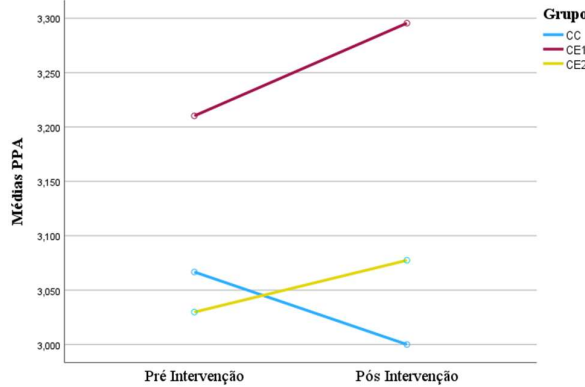
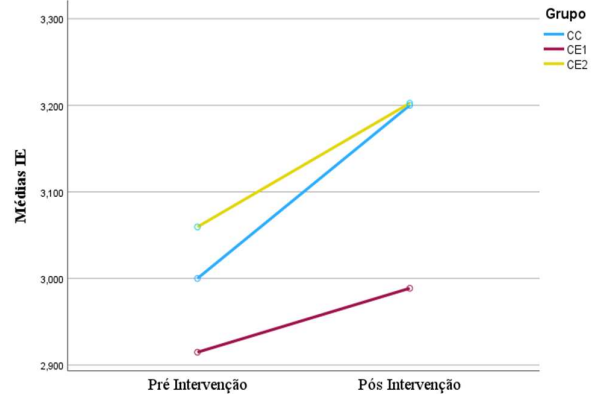


Figura 8d: Subescala de indiferença ao estigma.



Nota. CC=Condição de Controlo; CE1=Condição Experimental 1; CE2=Condição Experimental 2; IAPSSM = Inventário de Atitudes face à procura de Serviços de Saúde Mental; AP = subescala de Abertura Psicológica; PPA = subescala de Propensão para Procura de Ajuda; IE = subescala de Indiferença ao Estigma.

Relativamente à subescala do LSDS de distância social, também não foram encontrados valores significativos. Os resultados estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8

Análise Comparativa dos Participantes nas Três Condições (CC, CE1 e CE2) na Distância Social, na Pré e Pós Intervenção (ANOVA Fatorial Mista 3x2).

		<i>F</i> (<i>gl</i>)	<i>p</i>	η_p^2
LSDS	Subescala DS			
	Condição	.394 (2)	.675	.007
	Momento	2.346 (1)	.128	.021
	Condição*Momento	.299 (2)	.742	.005

Nota: F= ANOVA fatorial mista, * $p < .05$ η_p^2 = eta quadrado parcial, LSDS = *Link Social Distance Scale*; DS = subescala de Distância Social.

Relativamente ao efeito isolado da variável intra grupos (pré intervenção vs. pós intervenção), verificou-se efeito significativo para a medida de MHLQ Parte 1[F (1) = 11.161, $p = .001$, $\eta_p^2 = 0.092$]. Não se verificou o efeito significativo da interação entre Grupo e Momento (todos $p > .05$), conforme apresentado na Tabela 9.

Tabela 9

Análise Comparativa dos Participantes nas Três Condições (CC, CE1 e CE2) no Questionário de Literacia Mental na POC (parte 1 e 2), na Pré e Pós Intervenção (ANOVA Fatorial Mista 3x2).

		<i>F</i> (<i>gl</i>)	<i>p</i>	η_p^2	
MHLQ	Parte 1	Condição	1.063 (2)	1.063	1.063
		Momento	11.161 (1)	.001	.092
		Condição*Momento	2.499 (2)	.087	.043
	Parte 2	Condição	1.926 (2)	.151	.034
		Momento	3.406 (1)	.068	.03
		Condição*Momento	.629 (2)	.535	.011

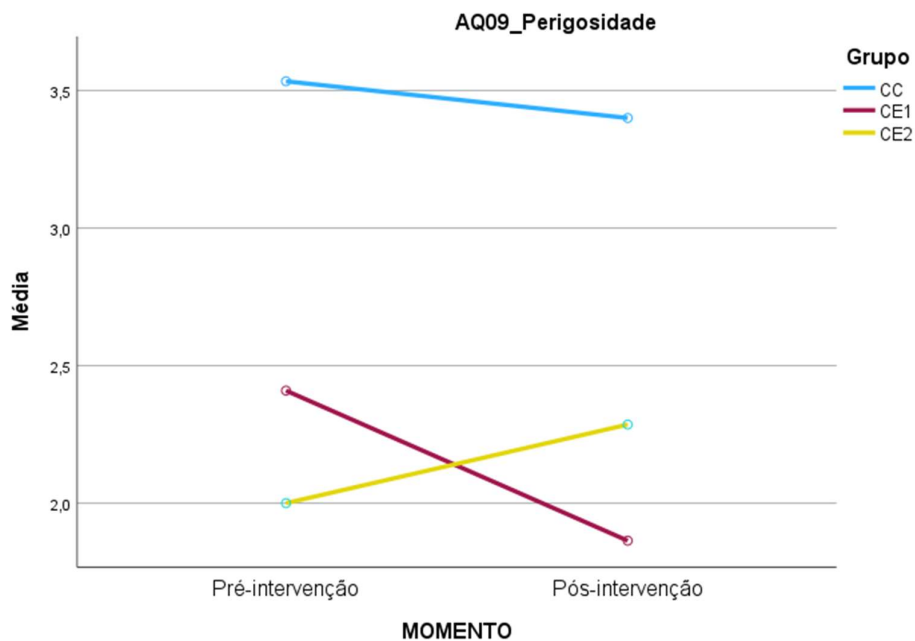
Nota: F= ANOVA fatorial mista, * $p < .05$ η_p^2 = eta quadrado parcial, MHLQ = *Mental Health Literacy Questionnaire* versão de Chaves et al. (2022).

Procedeu-se à observação da análise univariada do efeito da variável Condição Experimental, para cada um dos momentos. Apesar do efeito significativo para a medida de culpa, para esta não se verificaram efeitos univariados.

Apenas para a medida de perigosidade se verificaram efeitos univariados, no momento pré-intervenção [F (2,110) = 4.045, $p = .020$, $\eta_p^2 = 0.069$], bem como no momento pós-intervenção [F (2,110) = 4.102, $p = .019$, $\eta_p^2 = 0.069$]. Quando exploradas as comparações *pairwise* para esta medida, verifica-se que no momento pré-intervenção, há uma diferença significativa entre a CC ($M = 3.53$; $DP = 0.42$) e a CE2 ($M = 2.0$; $DP = 0.35$) com $p = .018$. Aquando do momento pós-intervenção, as diferenças são significativas entre a CC ($M = 3.40$; $DP = 0.42$) e CE1 ($M = 1.86$; $DP = 0.35$) com $p = .017$. As médias dos grupos nos dois momentos encontram-se apresentadas na Figura 9.

Figura 9

Análise Comparativa da Evolução da Média dos Participantes nas Três Condições (CC, CE1 e CE2) no Questionário de Atribuição (AQ-09) no Fator Perigosidade na Pré e Pós Intervenção (ANOVA Fatorial Mista 3x2).



Nota.CC=Condição de Controlo; CE1=Condição Experimental 1; CE2=Condição Experimental 2; AQ-09 = Questionário de Atribuição

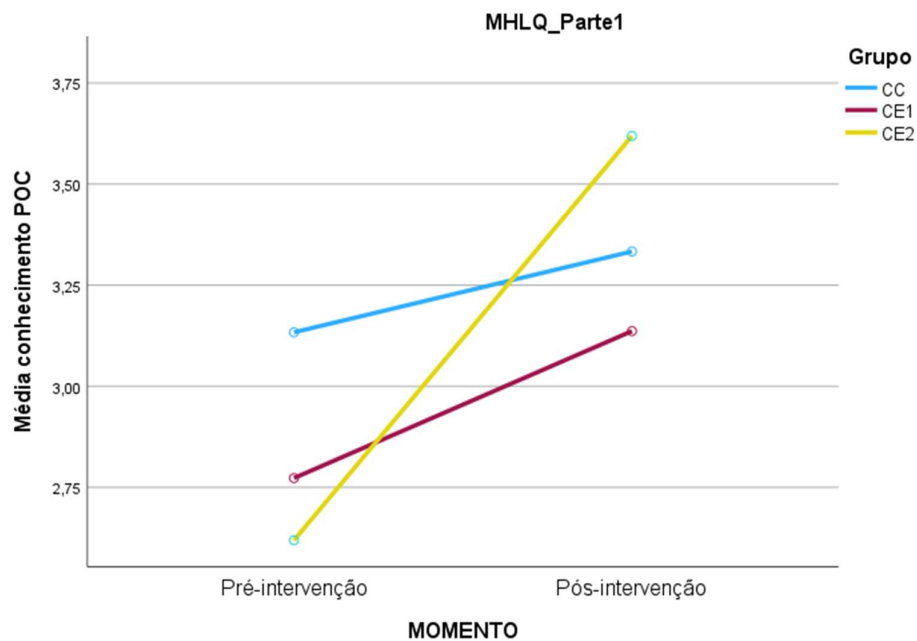
Procedeu-se à análise univariada do efeito da variável intra grupos (pré vs. pós-intervenção), nos diferentes grupos experimentais. Verificou-se efeito significativo de

magnitude moderada na variável de MHLQ Parte 1 no grupo da CE2, [F (1,110) = 15.313, $p < .001$, $\eta_p^2 = 0.122$].

Procedeu-se à observação das comparações *pairwise* que revelam as diferenças entre grupos para cada um dos momentos de avaliação. Relativamente ao efeito significativo para o MHLQ Parte 1, no grupo CE2, verificou-se um aumento significativo do conhecimento momento pré-intervenção ($M = 2.62$; $DP = 1.07$) para o momento pós-intervenção ($M = 3.62$; $DP = 0.67$) (Figura10).

Figura 10

Análise Comparativa dos Participantes nas Três Condições (CC, CE1 e CE2) No Questionário de Literacia Mental na POC (parte 1), na Pré e Pós Intervenção.



Nota. CC=Condição de Controlo; CE1=Condição Experimental 1; CE2=Condição Experimental 2; MHLQ = *Mental Health Literacy Questionnaire* versão de Chaves et al. (2022).

4. Discussão

Em Portugal a POC tem uma prevalência anual de cerca de 4,4% (Caldas de Almeida & Xavier, 2013), sendo a quarta perturbação mental mais comum (Kessler et al., 2005; Pampaloni et al., 2022), atingindo e 2 a 3% da população mundial (APA, 2014). Mesmo com esta prevalência, a grande maioria dos estudos está direcionado para perturbações mentais consideradas mais graves, pelo que é evidente a falta de estudos na literatura sobre problemas específicos de saúde mental (Zamorano et al., 2023), nomeadamente na POC.

Atualmente, através dos media e internet, quase “levianamente” se fala da POC. O êxito de 1997 de “Melhor é Impossível” com Jack Nicholson, a comédia espanhola da Netflix “TOC TOC”, ou os podcasts do humorista Raminhos que expõe a sua POC, entre outros, são alguns exemplos de como a temática da POC já é divulgada, ainda que algumas vezes seja veiculada informação enviesada e por vezes romantizada desta perturbação tão complexa.

Algumas pesquisas referem que esta popularidade da abordagem das perturbações mentais nos filmes e televisão, é responsável pela transmissão de informação frequentemente errada e estereotipada, o que contribui para que os telespectadores tendam a desenvolver atitudes negativas em relação a perturbações mentais e pessoas com doenças mentais (Harper, 2008; Kimmerle & Cress 2013; Wahl, 2000). Kimmerle & Cress (2013) referem especificamente que as pessoas assistem mais tempo televisão apresentam menos conhecimento sobre a esquizofrenia e a POC.

A complexidade do quadro clínico da POC (Pampaloni, 2022), e o frequente subdiagnóstico (Hollander, 1997) leva ao atraso na procura de tratamento, muito devido à falta de conhecimento, às crenças negativas e aos fatores inerentes ao estigma (Mino et al., 2001). É, portanto, de primordial importância promover programas que aumentem a LSM nesta área.

O aumento da LSM está intrinsecamente ligado à promoção de saúde e prevenção da doença na sociedade. A literatura científica evidencia que pessoas com baixa literacia em saúde apresentam uma menor capacidade de compreensão dos conteúdos e material informativo disponível, bem como maior dificuldade em pesquisar selecionar e assimilar informação em saúde disponível na internet. Isto, consequentemente, está relacionado com dificuldade na prevenção e gestão dos problemas de saúde bem como com

comportamentos ineficazes de saúde, implicando mais custos associados (Antunes, 2014).

A internet por sua vez, é a maior fonte de informação para o público, incluindo informação sobre perturbações mentais, ainda que estudos científicos mostrem a informação disponibilizada não é sempre a adequada (Pedro, 2016).

Com o presente estudo, na versão piloto, propusemo-nos a analisar a viabilidade e eficácia de um programa de intervenção para sobre literacia na POC, com o objetivo de melhorar a atitude para a procura de serviços de saúde mental, aumentar o conhecimento e reduzir o estigma e distância social, recorrendo para isso às redes sociais: Facebook, Instagram e YouTube, destinado a profissionais de instituições de saúde. Procurámos num primeiro momento conhecer os níveis de LSM na amostra total, e no segundo momento, testámos a eficácia de um programa de intervenção para aumento de literacia na POC, com a criação de três grupos experimentais (condição de controlo, condição experimental 1 e 2).

A escolha das redes sociais para divulgar os conteúdos, deveu-se à ao facto de estas se apresentarem como as novas plataformas de interação, comunicação e troca de informações entre os seus utilizadores, de fácil utilização e de baixo custo (Antoci et al., 2019; Arora et al., 2019).

Mais especificamente, quisemos perceber se a intervenção poderia aumentar a LSM na POC, comparando os grupos experimentais com o de controlo, bem como avaliar se existem diferenças nos resultados relativamente aos conteúdos partilhamos na CE1 e CE2 onde foi abordada a POC com obsessões de contaminação e de agressão, respetivamente.

4.1. Literacia na POC na Amostra Total

O primeiro objetivo a que nos propusemos foi explorar os níveis de LSM na amostra total, esperando encontrar uma relação entre as variáveis sociodemográficas e os níveis de literacia na POC, à semelhança do que é descrito na literatura.

Relativamente ao efeito das variáveis sociodemográficas na LSM na POC observámos diferenças significativas em inúmeras variáveis em estudo, quando relacionadas com os dados sociodemográficos: sexo, idade e escolaridade.

No sexo, verificou-se que os homens pontuaram mais no item segregação e as mulheres apresentam melhor atitude face à procura de serviços de saúde mental, apresentado maiores níveis de abertura psicológica e indiferença ao estigma. De facto, estas diferenças corroboram com o descrito em numerosos estudos, que referem as mulheres como sendo mais recetivas e prestativas, expressando menos raiva, ainda que com mais medo em relação a indivíduos com problemas mentais (González-Sanguino et al., 2019; Holzinger et al., 2012). Além disso, também identificam melhor as perturbações mentais (Furnham & Lousley, 2013), tendem a recomendar mais ajuda profissional e a preferir a psicoterapia, ao passo que os homens preferem lidar com a sintomatologia de forma autónoma, recorrendo por exemplo à internet. É igualmente descrita uma maior oposição das mulheres às restrições dos direitos civis dos indivíduos com perturbações mentais, remetendo para níveis mais baixos de segregação do que os homens, o que vai de encontro aos resultados do nosso estudo (Holzinger et al., 2012).

As mulheres apresentam atitudes mais favoráveis do que os homens em relação às pessoas com perturbações apresentando níveis mais elevados de LSM do que os homens (Furnham & Lousley, 2013; Holzinger et al., 2012; Tay et al., 2018; Zamorano, et al., 2023), o que está de acordo com os resultados obtidos.

Relativamente à idade dos participantes, quando correlacionada com o estigma social, na escala AQ-09 que avaliava nove estereótipos relativamente à doença mental, apresentou uma correlação positiva entre a idade e a coerção. Assim, parece que perante o aumento da idade, os participantes pontuaram níveis mais elevados de coerção relativamente pessoas com perturbações mentais. Também estes resultados estão em conformidade com o descrito na literatura, que atesta a existência interações positivas entre a idade e o estigma social revelando que quanto maior a idade, maior o nível de estigma (González-Sanguino et al., 2019; Zamorano, et al. 2023), ainda que nesta amostra se tenha verificado significância apenas para o item da coerção.

Quanto à escolaridade, verificaram-se diferenças significativas para a perigosidade e coerção, o que revelou que quanto menor a escolaridade maior a pontuação para a perceção de perigosidade e para a coerção. Por outro lado, os dados indicaram que quanto maior a escolaridade maior a abertura psicológica e maior a indiferença ao estigma. Estes resultados são semelhantes ao descritos por Neto et al. (2021) no trabalho de Adaptação e Validação da Escala *Mental Health Literacy* para a População Portuguesa, onde verificou que a LSM é estatisticamente mais baixa em escolaridade igualmente

reduzida, comparativamente com indivíduos que têm mais habilitações. Os resultados também são coerentes com estudos internacionais que apontam no mesmo sentido (Doğan et al.,2022; Kim et al., 2017; Lee et al., 2019), podendo ser justificado em parte pelo facto de indivíduos com maior escolaridade terem mais competências para aceder, compreender e avaliar informações relacionadas com a saúde (Doğan et al.,2022).

De uma forma geral, os resultados foram de encontro aos da literatura (Chaves et al., 2021, Glazier et al.,2013; Koutoufa, & Furnham 2014), mostrando que ainda existe muita margem para aumentar a LSM nomeadamente na POC, especificamente nos profissionais de instituições de saúde.

4.2. Eficácia do programa para aumento de literacia relativamente à POC

Relativamente ao objetivo principal deste estudo, que era testar a eficácia de um programa de intervenção dirigido a profissionais de instituições de saúde, orientado para aumentar a LSM e reduzir o estigma associado à POC, utilizando as redes sociais, ainda que tenha apresentado pouco resultados com significância estatística, estes devem ser interpretados no enquadramento do modelo de estudo piloto. O objetivo principal destes estudos é examinar a viabilidade de uma abordagem de intervenção que se pretenda utilizar num estudo de maior escala, bem como identificar aspectos a melhorar para conceber um programa mais eficaz (Leon et al., 2011).

No sentido de colmatar algumas lacunas identificados noutros estudos de literacia na POC, neste estudo, nas intervenções experimentais optámos por incluir vídeos de duas dimensões da POC: na CE1 abordavam obsessões com conteúdos de contaminação, que são os mais prevalentes (Rasmussen & Eisen, 1992), e mais facilmente associadas à POC (McCarty et al., 2017; Ponzini e Steinman, 2021) e, na CE2 apresentamos obsessões com conteúdos de agressão (CE2), menos reconhecidos e alvo de maior estigma (McCarty et al., 2017; Ponzini e Steinman, 2021).

Os resultados encontrados com significância estatística foram nos itens da perigosidade, incluído na escala AQ-09 que avalia o estigma social, e no MLHQ parte 1 que avalia o conhecimento na POC.

No que se refere à perigosidade, os valores significativos encontrados registaram-se na comparação entre grupos em ambas as fases de intervenção. Apesar da atribuição aleatória dos grupos, no primeiro momento a CE2 (obsessões de agressão) apresentava pontuações significativamente inferiores ao da CC. Já na fase de pós intervenção esta

diferença significativa verificou-se entre a CC e a CE1 (obsessões de contaminação), sendo que neste grupo se verificou uma diminuição da pontuação na resposta a este item. Não foram, no entanto, encontrados valores significativos entre momentos e na interação grupo*momento.

Este item de perigosidade pode ter suscitado dúvidas nos participantes pois face à pergunta: “*Quão perigoso acha que o Samuel é?*”, a resposta pode ter sido relacionada com a percepção de que pessoas com doença mental não são seguras (Corrigan et al., 2003), ou ter refletido uma preocupação de que pessoas com esta perturbação se possam tornar violentas não por causa da obsessão pela agressão, mas devido à angústia extrema que sentem quando alguém, inadvertidamente ou deliberadamente, tenta impedir ou acabar com a compulsão (Veale et al., 2009).

No que se refere à avaliação do conhecimento, encontraram-se valores significativos entre momentos no MHLQ parte 1, na CE2. Este foi um resultado positivo e alinhado com os objetivos. Verificou-se que estes participantes demonstraram um aumento no reconhecimento da POC como sendo um problema de saúde mental e na identificação do tratamento psicológico como sendo o mais indicado. Estes resultados são semelhantes aos descritos para este item por Chaves et al. (2021) num estudo que avaliava o conhecimento dos professores e atitudes estigmatizantes associadas à POC depois de uma intervenção psicoeducacional.

Estes resultados na condição experimental onde se abordava a POC com obsessões de agressão, pode estar condicionada pelo facto de a vinheta do MHLQ apresentar uma descrição concreta e detalhada dos sintomas experienciados por um indivíduo com POC com este tipo de obsessões, permitindo que os participantes da condição CE2 identificassem com mais facilidade a perturbação descrita, relativamente aos outros grupos, que não tiveram acesso a esta informação. De facto, de muitas vezes, estes sintomas são erroneamente associados à esquizofrenia ou depressão major, sendo reconhecidos com muito menos frequência (Durna et al., 2019; García-Soriano & Roncero, 2017).

Ao contrário do que preconizamos, não se apuraram mais dados com relevância estatística que confirmassem os restantes objetivos a que nos propusemos, o que pode estar relacionado com os valores de consistência interna de alguns dos questionários, especificamente para o instrumento AQ-09, e as subescalas do IAPSSM, Abertura

Psicológica e Propensão para a Procura de Ajuda, cujos resultados foram apenas aceitáveis. Contudo, através de análise visual dos gráficos das médias, foi possível verificar uma tendência de melhoria de respostas referentes às atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM), que foi entendida como uma melhoria na reação à procura de ajuda para lidar com problemas psicológicos e emocionais. Em todas as subescalas se verificou este aumento tendencial nas respostas: na Abertura Psicológica que mostra que uma maior disponibilidade para reconhecer a presença de um problema psicológico e de procurar ajuda para esse problema; na Propensão para Procura de Ajuda que demonstra uma melhoria na disponibilidade e capacidade para procurar ajuda para problemas psicológicos; e na Indiferença ao Estigma que mostra um menor grau de preocupação e desconforto se as pessoas da rede social do indivíduo soubessem que estaria a receber apoio psicológico. Todavia, este instrumento pode não ter dado a resposta que pretendíamos relativamente à LSM na POC, uma vez que o questionário era dirigido a problemas psicológicos e emocionais de uma forma geral, não era dirigido especificamente à POC.

Esta tendência de melhoria de resultados também se observou relativamente ao conhecimento relativamente à POC (MHLQ; Chaves, 2020), evidenciando um melhor reconhecimento do problema e identificação da POC como perturbação mental, com a perceção da causa e escolha de tratamento eficaz, com o aumentando o conhecimento acerca de obsessões e compulsões.

Ao longo do estudo identificámos algumas limitações e aspectos que podem ser melhorados. Uma das limitações foi a amostra que além de reduzida, foi recrutada por conveniência e recomendação, verificando-se pouca diversidade a nível das profissões dos participantes (maioria TSDT e Farmacêuticos), o que faz com que tenhamos de ser prudentes nas conclusões que se possam retirar deste estudo, tanto a nível de eficácia do programa, como na generalização e aplicação à população em geral.

Outra questão que se levantou, foi a escolha de um homem para personagem da história dos vídeos partilhados, que pode ter condicionado algumas respostas, uma vez que alguns estudos apontam que os doentes do sexo feminino são considerados menos perigosos do que os doentes do sexo masculino (Holzinger et al., 2012), pelo que sugerimos que na pré-seleção de uma personagem sejam incluídos rostos femininos e masculinos.

Também o questionário de informação pessoal deveria ter recolhido mais informação, nomeadamente, deveria ter sido questionado se o participante se ao longo da sua vida já tinha sido diagnosticado com uma perturbação mental, ou se já tinha tido contacto com alguma pessoa nessa situação, uma vez que os estudos sugerem que o nível de LSM é mais elevado em indivíduos que têm uma doença mental ou conhecem alguém que esteja nessa posição, e estão mais capacitados para gerir o processo relacionado com a doença (compreender facilmente a informação de saúde, cumprir procedimentos e instruções médicas, aceder facilmente aos serviços de saúde, etc.) (Doğan et al.,2022, Lee et al., 2019). Também não foi questionado se tinham filhos, e uma vez que a história partilhada na investigação nas condições experimentais narra a história de um pai com POC e a relação com a sua filha recém-nascida. Sendo esta numa temática pouco abordada e pouco descrita na literatura (Abramowitz et al.,2001), era importante recolher esta informação, podendo conjecturar-se outros motivos para os resultados obtidos.

Outra eventual condicionante para os resultados, poderá ter sido a escolha das vinhetas para os instrumentos aplicados, podendo enviesar alguns resultados, uma vez que foram utilizadas descrições de vários conteúdos das obsessões da POC, mas cada grupo experimental só teve acesso a um dos conteúdos, sendo expectável que a melhoria de valores na resposta aos instrumentos, estivesse diretamente relacionada com a semelhança do caso da vinheta com a história do José a que tiveram acesso.

Deveriam ter sido ponderadas estratégias para analisar a aceitabilidade dos participantes neste programa de intervenção, colocando questões de compreensão em pontos chave durante o processo de partilha dos vídeos, contribuindo também para a atestar que os participantes tinham visualizado os vídeos, antes de responder aos instrumentos da fase pós intervenção. Era igualmente importante realizar um *follow up* de modo averiguar a estabilidade temporal dos resultados da intervenção. Sugere-se de futuro incluir estas duas vertentes no desenho de programa para aumento da LSM.

A aplicação de um questionário de sugestões de melhoria, teria sido uma mais-valia, para perceber quais os pontos a melhorar, contudo, foi possível recolher *feedback* de alguns dos participantes, por pertencer ao círculo social e laboral de uma das autoras. Uma crítica que foi unânime foi o grande número de questões colocadas, o que nos leva a sugerir que talvez seja mais produtivo abordar os vários construtos que integram LSM em intervenções distintas. A utilização de páginas em configuração pessoal nas redes sociais Instagram e Facebook (para que apenas os “amigos”/seguidores pudessem

visualizar os vídeos da condição em que estavam colocados) criou algumas dúvidas, uma vez que o participante teria de fazer um pedido de amizade ao José. Sugere-se neste caso a criação de páginas noutra configuração, ou propor parcerias com outras páginas dedicadas à saúde mental.

Recebemos igualmente inúmeras críticas e observações positivas. Enquanto decorria o período de partilha dos conteúdos, alguns participantes relataram estarem ansiosos e curiosos pelo próximo vídeo, tendo sido perceptível que havia interesse e expectativa para o episódio seguinte na história do José, ainda que não tenha sido possível aferir se quem visualizou os vídeos respondeu na fase pós intervenção. Observações do tipo: “*que interessante*”, “*não fazia ideia*” ou “*já aprendi alguma coisa*” foram comuns durante a intervenção. Uma das participantes escreveu numa mensagem: “*Acho que vou ter saudades dos vídeos do José. Simples, conciso, objetivo, e muito esclarecedor*”. Outro dos participantes agradeceu a oportunidade de ter participado, pois identificou na irmã mais nova muitos sinais que lhe parecia coincidir com o que assistiu nos vídeos, e já tinha recomendado a procura de apoio psicológico especializado.

Contudo, não se pode ignorar a taxa de *dropout* neste estudo. O abandono foi de quase de metade dos participantes, algo que deve ser tido em conta e colocado em perspectiva para refletir.

Analisar estatisticamente este abandono não foi contemplado inicialmente nos objetivos, mas deve ser, no entanto, alvo de discussão. Após uma análise superficial das variáveis sociodemográficas dos participantes, não foi possível identificar alguma que se tenha destacado no grupo que abandonou a investigação e, ainda que não tenham sido efetuadas análises estatísticas mais específicas, nenhum destes fatores parece ter sido um fator determinante para o caso. Seria profícuo, em situações idênticas, analisar estes dados de mortalidade para perceber qual o perfil das pessoas que não prosseguiram no estudo, retirando daí indicações para melhorias no futuro, visando cativar as pessoas que à partida não parecem motivadas para modificar os seus níveis de literacia em saúde mental.

Não sendo possível apresentar dados concretos, leva-nos a conjecturar sobre outras questões, sobretudo se as instruções foram claras. Algumas pessoas relataram não ter percebido que iria existir uma segunda fase, o que significa que não fomos esclarecedores na mensagem relativamente ao procedimento experimental, o que deve ser repensado numa futura investigação. Parece facilitar o procedimento e aumentar a adesão dos

participantes quando o investigador está presente e explica o procedimento, como o descrito em Chaves et al. (2020), ou se existir um contacto telefónico com os participantes ou mesmo encontros presenciais (Gürbüz, et al.,2020), pelo que deveria ser pensada uma abordagem mais individualizada que permitisse incentivar e esclarecer os participantes.

Esta mortalidade também se pode dever a uma reduzida familiaridade na utilização das redes sociais seleccionadas para este estudo, o que pode levar a uma elevada abstenção na participação (Wantland, et al.,2004), devendo este fator ser tido em conta numa futura investigação, sendo essencial ajustar os conteúdos e o meio de divulgação da informação à população a que se dirige o programa.

Também não foi incluído nenhuma compensação ou recompensa pela participação, o que poderia também ser um fator adicional de motivação (e.g. sortear um vale de compras, um livro, um pequeno dispositivo eletrónico, bilhetes de cinema, ou facultar um certificado de participação no estudo).

Devemos ressaltar que esperávamos uma maior participação no estudo, uma vez que foi divulgado por via oficial na ULSALG, para todos os profissionais desta instituição, bem como partilhado por conveniência para profissionais outros serviços de saúde. Tendo em conta o universo amplo de profissionais, era a expectável uma maior taxa de participação, o que nos leva a refletir, à semelhança do raciocínio efectuado para a mortalidade da amostra, numa forma de tornar mais atrativa a participação em ações desta natureza.

Ainda são evidentes as limitações na avaliação da LSM e, em geral, os níveis são baixos em diferentes grupos populacionais e em problemas específicos de saúde mental, pelo que devem ser consideradas prioritárias ações específicas que requerem um maior desenvolvimento de programas aplicáveis à informação e prevenção de problemas de saúde mental (González et al., 2023).

Assim, este estudo permitiu-nos chegar as várias conclusões:

A primeira será que as limitações apresentadas não inviabilizam a aplicação de um programa de intervenção para aumento da LSM com este desenho, muito pelo contrário, forneceram indicações de algumas modificações necessárias a aplicar num estudo em larga escala no âmbito da LSM.

O recurso à internet, especificamente às redes sociais, parece ter sido bem aceite, bem como os conteúdos partilhados, o que contribuiu para os resultados promissores desta intervenção, evidenciando que ações desta natureza para o aumento de LSM em áreas específicas, como a POC, podem ser ferramentas eficazes para alterar as atitudes das pessoas, ainda que se anteveja a necessidade de um investimento em mais pesquisas e programas de grande impacto.

Incluir várias dimensões da POC revelou-se positivo, tendo-se verificado um aumento de conhecimento relativamente à sintomatologia associada às obsessões de agressão.

Em suma, no futuro em intervenções em maior escala, sugerimos uma abordagem mais focada em cada domínio da LSM, com um investimento maior na divulgação do estudo, com uma intervenção mais ativa junto dos participantes, considerando a hipótese de utilização de alguma compensação que possa motivar a participação e adesão ao estudo.

Seria importante investir na LSM na POC nos profissionais dos serviços de saúde, sem restringir grupos profissionais, dada a posição preeminente destes serviços na sociedade já que, de uma forma geral, estes profissionais são percecionados pela comunidade como pessoas de confiança e conhecedoras. É por isso importante muni-los de informação e ferramentas que lhes permitam identificar sinais e sintomas da POC, como também aconselhar e direcionar para apoio especializado.

5. Referências Bibliográficas

- Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2015). Obsessive-Compulsive and Related Disorders: A Critical Review of the New Diagnostic Class. *Annual Review of Clinical Psychology, 11*(Volume 11, 2015), 165–186. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153713>
- Abramowitz, J., Moore, K., Carmin, C., Wiegartz, P. S., & Purdon, C. (2001). Acute Onset of Obsessive-Compulsive Disorder in Males Following Childbirth. *Psychosomatics, 42*(5), 429–431. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.42.5.429>
- Acha-Anyi, A., Acha-Anyi, P. N., Asongu, S. A., & Tchamyu, V. S. (2020). Social media for health promotion: A visual analysis of “TB proof” South Africa’s Facebook page. *Technology in Society, 63*. <https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2020.101386>
- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Gonçalves-Pereira, M., Gusmão, R., Barahona Correa, B., Gago, J., Talina, M., & Silva, J. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1. o Relatório. World Mental Health Surveys Initiative. https://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2015/01/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- American Psychiatric Association [APA] (2014). DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: The oficial guide to APA style* (7th ed). American Psychological Association.
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., ... Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine, 44*(6), 1303–1317. <https://doi:10.1017/S0033291713001943>
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*(3), 163–179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>
- Antoci, A., Bonelli, L., Paglieri, F., Reggiani, T., & Sabatini, F. (2019). Civility and trust in social media. *Journal of Economic Behavior and Organization, 160*, 83–99. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2019.02.026>
- Antunes ML. (2014). A literacia em saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos. In *As bibliotecas da saúde, que futuro? Actas das XI Jornadas APDIS, 27 e 28 de março de 2014*, p. 123-33. Lisboa: APDIS. <http://hdl.handle.net/10400.26/28735>
- Arora, A., Bansal, S., Kandpal, C., Aswani, R., & Dwivedi, Y. (2019). Measuring social media influencer index- insights from facebook, Twitter and Instagram. *Journal of Retailing and Consumer Services, 49*, 86–101. <https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2019.03.012>

- Arriaga, M., Santos, B., Leiras, G., Carvalho, A., Pinto, A., Raposo, B., & Justo, A. (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030—Plano Estratégico*.
- Barlow, D. H. (2016). *Manual clínico dos transtornos psicológicos, tratamento passo a passo* (5^o ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Barrow, E., & Thomas, G. (2022). Exploring perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in adolescents: A systematic literature review. *Educational Psychology in Practice*, 38(2), 173–193. <https://doi.org/10.1080/02667363.2022.2051441>
- Belloch, A., Del Valle, G., Morillo, C., Carrió, C., & Cabedo, E. (2009). To seek advice or not to seek advice about the problem: The help-seeking dilemma for obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(4), 257–264. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0423-0>
- Brijnath, B., Protheroe, J., Mahtani, K. R., & Antoniadis, J. (2016). Do Web-based Mental Health Literacy Interventions Improve the Mental Health Literacy of Adult Consumers? Results From a Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 18(6), e5463. <https://doi.org/10.2196/jmir.5463>
- Carter, A. S., Pollock, R. A., Suvak, M. K., & Pauls, D. L. (2004). Anxiety and major depression comorbidity in a family study of obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 20(4), 165–174. <https://doi.org/10.1002/da.20042>
- Chan, J. Y. N., Mak, W. W. S., & Law, L. S. C. (2009). Combining education and video-based contact to reduce stigma of mental illness: “*The Same or Not the Same*” anti-stigma program for secondary schools in Hong Kong. *Social Science & Medicine*, 68(8), 1521–1526. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.02.016>
- Chaves, A., Arnáez, S., Castilla, D., Roncero, M., & García-Soriano, G. (2022). Enhancing mental health literacy in obsessive-compulsive disorder and reducing stigma via smartphone: A randomized controlled trial protocol. *Internet Interventions*, 29, 100560. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100560>
- Chaves, A., Arnáez, S., Roncero, M., & García-Soriano, G. (2021). Teachers’ Knowledge and Stigmatizing Attitudes Associated With Obsessive-Compulsive Disorder: Effectiveness of a Brief Educational Intervention. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 677567. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.677567>
- Chen, S.-P., Koller, M., Krupa, T., & Stuart, H. (2016). Contact in the Classroom: Developing a Program Model for Youth Mental Health Contact-Based Anti-stigma Education. *Community Mental Health Journal*, 52(3), 281–293. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9944-7>
- Christensen, H., & Griffiths, K. (2000). The Internet and Mental Health Literacy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(6), 975–979. <https://doi.org/10.1080/000486700272>
- Chung, E. Y., & Tse, T. T. (2022). Effect of human library intervention on mental health literacy: A multigroup pretest–posttest study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03725-5>

- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, *45*(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Cohen, J. (1973). Eta-Squared and Partial Eta-Squared in Fixed Factor Anova Designs. *Educational and Psychological Measurement*, *33*(1), 107–112. <https://doi.org/10.1177/001316447303300111>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). L. Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Corbière, M., Samson, E., Villotti, P., & Pelletier, J.-F. (2012). Strategies to Fight Stigma toward People with Mental Disorders: Perspectives from Different Stakeholders. *The Scientific World Journal*, *2012*, 516358. <https://doi.org/10.1100/2012/516358>
- Cordioli, Aristides (2013). TOC - Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (2.ª ed). Artmed Editora
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, *59*(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. (2008). A Toolkit for Evaluating Programs Meant to Erase the Stigma of Mental Illness. Illinois Institute of Technology
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, *30*(8), 907–922. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.004>
- Corrigan, P. W., & Wassel, A. (2008). Understanding and Influencing the Stigma of Mental Illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *46*(1), 42–48. <https://doi.org/10.3928/02793695-20080101-04>
- Corrigan, P. W., Gause, M., Michaels, P. J., Buchholz, B. A., & Larson, J. E. (2015). The California Assessment of Stigma Change: A Short Battery to Measure Improvements in the Public Stigma of Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, *51*(6), 635–640. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9797-5>
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *63*(10), 963–973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- DGS. (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde. Consultado em Junho de 2024: <https://ciencia.ucp.pt/ws/portalfiles/portal/28776366/literaciaManual.PDF>
- Doğan, R., Mercan, N., & Coşkun, S. (2022). Investigation of the relationship between mental health literacy of adults and attitude towards seeking psychological help and stigma by the immediate environment. *Perspectives in Psychiatric Care*, *58*(4), 1865–1872. <https://doi.org/10.1111/ppc.13000>

- Durna, G., Yorulmaz, O., & Aktaç, A. (2019). Public stigma of obsessive compulsive disorder and schizophrenic disorder: Is there really any difference? *Psychiatry Research*, 271, 559–564. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.065>
- Fonseca, A., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2017). Características psicométricas do Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental: Estudo em mulheres no período perinatal. *Psychologica*, 60(2), 65-81. https://doi.org/10.14195/1647-8606_60-2_4
- Furnham, A., & Lousley, C. (2013). Mental health literacy and the anxiety disorders. *Health*, 5(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.4236/health.2013.53A071>
- García-Soriano, G., & Roncero, M. (2017). What do Spanish adolescents think about obsessive-compulsive disorder? Mental health literacy and stigma associated with symmetry/order and aggression-related symptoms. *Psychiatry Research*, 250, 193–199. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.080>
- Glazier, K., Calixte, R. M., Rothschild, R., & Pinto, A. (2013). High rates of OCD symptom misidentification by mental health professionals. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 25(3), 201–209.
- González, R. Z., Barbero, F. L., & Bartolomé, M. V. P. (2023). Alfabetización en Salud Mental: Revisión Sistemática de la Literatura. *Psykhé*, 32(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2020.21787>
- González-Sanguino, C., Muñoz, M., Castellanos, M. A., Pérez-Santos, E., & Orihuela-Villameriel, T. (2019). Study of the relationship between implicit and explicit stigmas associated with mental illness. *Psychiatry Research*, 272, 663–668. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.172>
- González-Sanguino, C., Muñoz, M., Castellanos, M. A., Pérez-Santos, E., & Orihuela-Villameriel, T. (2019). Study of the relationship between implicit and explicit stigmas associated with mental illness. *Psychiatry Research*, 272, 663–668. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.172>
- Gouniai, J. M., Smith, K. D., & Leonte, K. G. (2022). Do clergy recognize and respond appropriately to the many themes in obsessive-compulsive disorder?: Data from a Pacific Island community. *Mental Health, Religion & Culture*, 25(1), 33–46. <https://doi.org/10.1080/13674676.2021.2010037>
- Griffiths, K. M. (2000). Quality of web based information on treatment of depression: Cross sectional survey. *BMJ*, 321(7275), 1511–1515. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7275.1511>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Gürbüz, A. A., Yorulmaz, O., & Durna, G. (2020). Reducing the Social Stigma Associated with Obsessive Compulsive Disorder: A Controlled Trial of an Intervention Program in a Turkish Community Sample. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 20(2), 101–120. <https://doi.org/10.24193/jebp.2020.2.14>

- Harper, S. (2008). Understanding mental distress in film and media: A new agenda? *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 128(4), 170–174. <https://doi.org/10.1177/1466424008092232>
- Hollander, E., Stein, D. J., Kwon, J. H., Rowland, C., Wong, C. M., Broatch, J., & Himelein, C. (1997). Psychosocial Function and Economic Costs of Obsessive-Compulsive Disorder. *CNS Spectrums*, 2(10), 16–25. <https://doi.org/10.1017/S1092852900011068>
- Holzinger, A., Floris, F., Schomerus, G., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries: A systematic review of population studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(1), 73–85. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000552>
- INE. (2023). *Instituto Nacional de Estatística*. Obtido 3 de setembro de 2024, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594921919&DESTAQUESmodo=2
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kim, Y. S., Lee, H. Y., Lee, M. H., Simms, T., & Park, B. H. (2017). Mental health literacy in Korean older adults: A cross-sectional survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(7), 523–533. <https://doi.org/10.1111/jpm.12395>
- Kimmerle, J., & Cress, U. (2013). The Effects of Tv and Film Exposure on Knowledge About and Attitudes Toward Mental Disorders. *Journal of Community Psychology*, 41(8), 931–943. <https://doi.org/10.1002/jcop.21581>
- Koutoufa, I., & Furnham, A. (2014). Mental health literacy and obsessive-compulsive personality disorder. *Psychiatry Research*, 215(1), 223–228. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.027>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Lauber, C. (2008). Stigma and discrimination against people with mental illness: A critical appraisal. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 17(1), 10–13. <https://doi.org/10.1017/S1121189X0000261X>
- Lee, H. Y., Hwang, J., Ball, J. G., Lee, J., & Albright, D. L. (2020). Is health literacy associated with mental health literacy? Findings from Mental Health Literacy Scale. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 393–400. <https://doi.org/10.1111/ppc.12447>

- Leon, A. C., Davis, L. L., & Kraemer, H. C. (2011). The role and interpretation of pilot studies in clinical research. *Journal of Psychiatric Research*, 45(5), 626–629. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.008>
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511–541. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>
- Macedo, A., & Pocinho, F. (2007). *Obsessões e compulsões: As múltiplas faces de uma doença* (2ª ed.). Quarteto Editora.
- Mackenzie, C. S., Knox, V. J., Gekoski, W. L., & Macaulay, H. L. (2004). An Adaptation and Extension of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale1. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(11), 2410–2433. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb01984.x>
- Mino, Y., Yasuda, N., Tsuda, T., & Shimodera, S. (2001). Effects of a one-hour educational program on medical students' attitudes to mental illness. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55(5), 501–507. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2001.00896.x>
- Mohammed, W., Alanzi, T., Alanezi, F., Alhodaib, H., & AlShammari, M. (2021). Usage of social media for health awareness purposes among health educators and students in Saudi Arabia. *Informatics in Medicine Unlocked*, 23. <https://doi.org/10.1016/j.imu.2021.100553>
- Muñoz, R. F. (2010). Using Evidence-Based Internet Interventions to Reduce Health Disparities Worldwide. *Journal of Medical Internet Research*, 12(5), e60. <https://doi.org/10.2196/jmir.1463>
- Neto, D. D., Rocha, I., Figueiras, M. J., & Da Silva, A. N. (2021). Measuring Mental Health Literacy: Adaptation and Validation of the Portuguese Version of the Mental Health Literacy Scale (MHLS). *European Journal of Mental Health*, 16(1), 64–77. <https://doi.org/10.5708/EJMH.16.2021.1.5>
- Newth, S., & Rachman, S. (2001). The concealment of obsessions. *Behaviour research and therapy*, 39(4), 457–464. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(00\)00006-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(00)00006-1)
- OCD-UK. (s.d.). A national OCD charity, run by, and for people with lived experience of OCD. <https://www.ocduk.org/ocduk/> acedido a 22 de Agosto a 2024.
- Oliveira, A. R. F., & Azevedo, S. M. (2014). Estigma na doença mental: Estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v30i4.11347>
- OMS. (2022) World mental health report: transforming mental health for all. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Östman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 181(6), 494–498. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.6.494>
- Pampaloni, I., Marriott, S., Pessina, E., Fisher, C., Govender, A., Mohamed, H., Chandler, A., Tyagi, H., Morris, L., & Pallanti, S. (2022). The global assessment of

- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pehlivan, Ş., Tokur Kesgin, M., & Uymaz, P. (2021). Psychological distress and mental health literacy in university students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(3), 1433–1441. <https://doi.org/10.1111/ppc.12709>
- Pereira, A., & Patrício, T. (2013). SPSS – *Guia prático de utilização – análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 8ªed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pettigrew, T. F. (1998). Intergroup contact theory. *Annual Review of Psychology*, 49, 65–85.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 15(4), 743–758.
- Rocha, I. (2016). Adaptação e Validação da Escala Mental Health Literacy para a População Portuguesa. (Dissertação de Mestrado). Campus Universitário de Almada Instituto de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24532/1/In%c3%aas%20Rocha%20-%20ISEIT.pdf>
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23(5), 571–583. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)
- Seedaket, S., Turnbull, N., Phajan, T., & Wanchai, A. (2020). Improving mental health literacy in adolescents: Systematic review of supporting intervention studies. *Tropical Medicine & International Health*, 25(9), 1055–1064. <https://doi.org/10.1111/tmi.13449>
- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, SPPSM <https://www.sppsm.org/informemente/perturbacao-mental-em-numeros/>
- Stuart, H. (2004). Stigma and work. *HealthcarePapers*, 5(2), 100–111. <https://doi.org/10.12927/hcpap..16829>
- Veale, D., Freeston, M., Krebs, G., Heyman, I., & Salkovskis, P. (2009). Risk assessment and management in obsessive-compulsive disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(5), 332–343. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004705>
- Wahl, O. F. (2000). Obsessive-Compulsive Disorder in Popular Magazines. *Community Mental Health Journal*, 36(3), 307–312. <https://doi.org/10.1023/A:1001913415961>
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Giralolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Karam,

- E. G., Kessler, R. C., Kovess, V., Lane, M. C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., ... Wells, J. E. (2007). Worldwide Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood, and Substance Disorders: Results from 17 Countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Lancet*, 370(9590), 841–850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7)
- Wantland, D. J., Portillo, C. J., Holzemer, W. L., Slaughter, R., & McGhee, E. M. (2004). The Effectiveness of Web-Based vs. Non-Web-Based Interventions: A Meta-Analysis of Behavioral Change Outcomes. *Journal of Medical Internet Research*, 6(4), e116. <https://doi.org/10.2196/jmir.6.4.e40>
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 15(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
- Yap, M. B. H., Wright, A., & Jorm, A. F. (2011). The influence of stigma on young people's help-seeking intentions and beliefs about the helpfulness of various sources of help. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(12), 1257–1265. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0300-5>
- Yustikasari, Y., Anisa, R., Dewi, R., Subekti, P., & Ananda, F. (2024). Social Media as a Catalyst: Exploring the Impact of Instagram on Health Promotion Practices in Private Hospitals of West Java. *Sociología y Tecnociencia*, 14(2), Artículo 2. <https://doi.org/10.24197/st.2.2024.23-39>
- Zabaleta González, R., Lezcano Barbero, F., & Perea Bartolomé, MV. (2023). Alfabetização em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Psique*, 32 (1). <https://doi.org/10.7764/psykhe.2020.21787>
- Zamorano, S., Sáez-Alonso, M., González-Sanguino, C., & Muñoz, M. (2023). Social Stigma Towards Mental Health Problems in Spain: A Systematic Review. *Clinica y Salud*, 34(1), 23–34. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a5>
- Zhu, H., Wu, H., Cao, J., Fu, G., & Li, H. (2018). Information dissemination model for social media with constant updates. *Physica A: Statistical Mechanics and its Applications*, 502, 469–482. <https://doi.org/10.1016/j.physa.2018.02.142>

Anexos

Anexo A

Parecer da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Algarve

Estudo: "Reduzir o estigma e distanciamento social associado à perturbação obsessivo-compulsiva: Eficácia de um programa para aumento da literacia dirigido a profissionais de saúde" (UAIF 207/2023) - Autorização

Bom dia Dr. Sónia Afonso

Na sequência do pedido de autorização para o estudo mencionado em epígrafe, informamos que o mesmo mereceu o parecer favorável da nossa Comissão de Ética, tendo sido autorizado pelo Senhor Diretor Clínico - Dr. José Almeida em 08-01-2024 nos termos propostos obrigatoriamente, a salvaguardar por esta Unidade de Apoio à Investigação.

Solicitamos que a Unidade Local de Saúde do Algarve (ULSALG) seja referida em todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, etc... decorrentes do estudo.

Deve ainda dar o conhecimento a este serviço de todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, etc decorrentes do estudo, bem como a data de encerramento do mesmo, e enviar o relatório final da investigação até 90 dias após a sua conclusão.

Com os melhores cumprimentos,

R

Téc

Centro Investigação e Documentação (CID)

Departamento Ensino, Inovação e Investigação (DEII)



Anexo B

Link do EUSurvey dos Questionários

Reduzir o estigma e distanciamento social associado à perturbação obsessivo-compulsiva: Eficácia de um programa para aumento da literacia dirigido a...

ec.europa.eu

https://ec.europa.eu/eusurvey/runner/Lit_POC

https://ec.europa.eu/eusurvey/runner/Lit_POC

Anexo C

Attribution Questionnaire (AQ-09; Corrigan et al., 2003, versão portuguesa Oliveira & Azevedo, 2014)

AQ 09 - Attribution Questionnaire

O Samuel é um homem de 30 anos que trabalha num banco e mora sozinho. Recentemente, falou acerca da experiência de pensamentos involuntários, recorrentes e angustiantes. Tem sérias dúvidas sobre se deixa as torneiras da casa de banho abertas quando sai de casa para ir trabalhar. Ele teme que, ao deixar as torneiras abertas, possa causar uma inundação, o que danificará não só sua casa, mas também os outros apartamentos do prédio. Por causa destes pensamentos ele realiza inúmeras verificações antes de sair de casa e até mesmo depois. Também verifica repetidamente se tem aparelhos ligados à corrente elétrica, como o ferro de engomar, a máquina de café, a máquina de barbear, entre outros. Ao sair de casa tem dúvidas se fechou bem a porta de casa, a porta da frente e a caixa de correio, tem de voltar repetidamente para casa para verificar 10 vezes se cada porta está bem fechada. Ele não verifica mais vezes porque fica "envergonhado caso os vizinhos o vejam". Isso causa muita perda de tempo e angústia, chegando a demorar horas nestas verificações, o que têm repercussões na sua vida profissional e pessoal. Apesar nunca ter acontecido nenhum acidente e de saber que estas ideias são irracionais, as suas preocupações são constantes e controlam as suas atividades diárias.

Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale onde a afirmação se aplica a si, em que 1 representa não ou nada e o 9 sim ou muito. Não existem respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo a indicar a sua resposta para cada afirmação.

1 _____ 5 _____ 9
Não/Nada Neutro Sim/Muito

AQ 09

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
* 1) Eu sentiria pena do Samuel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* 2) Quão perigoso acha que o Samuel é?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* 3) Quão assustado do Samuel se iria sentir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* 4) Acho que o Samuel é culpado da sua condição presente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* 5) Acho que seria melhor para a comunidade do Samuel se ele fosse internado num hospital psiquiátrico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* 6) Quão zangado se sentiria com o Samuel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* 7) Qual a probabilidade de ajudar o Samuel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* 8) Eu iria tentar manter-me afastado do Samuel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* 9) Acha que o Samuel deveria ser forçado a fazer tratamento médico mesmo contra a sua vontade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo D

Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM; Mackenzie, Knox, Gekoski, & Macaulay, 2004; versão portuguesa: Fonseca & Canavarro, 2014)

IAPSSM - Inventário de atitudes face à procura de serviços de saúde mental

Nas questões apresentadas de seguida, a designação **profissional** refere-se a pessoas que receberam formação para lidar com problemas de saúde mental (por exemplo, psicólogos, psiquiatras e médicos de família). A designação **problemas psicológicos** indica as razões pelas quais uma pessoa pode consultar um profissional. Também podem ser designados como problemas de saúde mental, problemas emocionais, problemas mentais e dificuldades pessoais.

Por favor, responda às questões, colocando o número apropriado da escala abaixo:

- (0) Discordo totalmente
- (1) Discordo
- (2) Neutro
- (3) Concordo
- (4) Concordo totalmente

IAPSSM

	0	1	2	3	4
• 1) Há certos problemas que não devem ser discutidos com pessoas de fora da família mais próxima.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 2) Eu saberia bem o que fazer e com quem falar se decidisse procurar ajuda profissional devido a problemas psicológicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 3) Se eu sofresse de problemas psicológicos, eu não iria querer que o meu parceiro (mulher/marido, companheiro...) soubesse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 4) Manter a cabeça focada no trabalho é uma boa solução para evitar inquietações e preocupações pessoais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 5) Se um amigo próximo me pedisse conselhos sobre um problema psicológico, seria possível que eu lhe recomendasse consultar um profissional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 6) Ter tido uma doença do foro mental acarreta um fardo de vergonha.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 7) Provavelmente, é melhor não sabermos tudo acerca de nós próprios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 8) Se eu tivesse um problema psicológico grave nesta fase da minha vida, iria achar que a psicoterapia me ajudaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 9) As pessoas devem resolver os seus próprios problemas, receber ajuda profissional deve ser o último recurso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10) Se eu tivesse problemas psicológicos, poderia receber ajuda profissional se quisesse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 11) As pessoas importantes da minha vida teriam pior opinião acerca de mim se descobrissem que eu tinha problemas psicológicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 12) Os problemas psicológicos, como muitas coisas, tendem a resolver-se por si.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 13) Seria relativamente fácil para mim arranjar o tempo necessário para consultar um profissional devido a problemas psicológicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 14) Há experiências na minha vida sobre as quais eu não falaria com ninguém.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 15) Eu iria querer receber ajuda profissional, se eu estivesse preocupado ou desanimado durante um longo período de tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 16) Eu iria sentir-me desconfortável ao procurar ajuda profissional devido a problemas psicológicos, porque as pessoas do meu grupo social ou profissional poderiam descobrir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 17) Ter sido diagnosticado com uma perturbação mental é uma noção na vida de uma pessoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 18) Há algo de admirável na atitude das pessoas que estão dispostas a lidar com os seus conflitos e medos sem recorrer a ajuda profissional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 19) Se eu achasse que estava a ter um esgotamento mental, a minha primeira tendência seria receber ajuda profissional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 20) Eu sentir-me-ia pouco à vontade a consultar um profissional, devido ao que algumas pessoas iriam pensar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 21) As pessoas com uma personalidade forte conseguem ultrapassar os problemas psicológicos sozinhas e teriam pouca necessidade de ajuda profissional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 22) Eu estaria disposto a partilhar assuntos íntimos com uma pessoa adequada, se pensasse que isso poderia ajudar-me a mim ou a um familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 23) Se eu tivesse recebido tratamento devido a problemas psicológicos, não iria sentir que deveria esconder isso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 24) Eu iria sentir-me envergonhado se o meu vizinho me visse a entrar no consultório de um profissional que lida com problemas psicológicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo E

Link Social Distance Scale (LSDS; Link et al., 1987)

SDS -Social Distance Scale - Questionário de distância social

A Alice é uma mulher de 40 anos que tem pensamentos intrusivos, indesejados e frequentes, no que toca a coisas que possam estar sujas ou contaminadas. Perde pelo menos de 3 horas por dia com comportamentos de higiene, para garantir que não se contaminou. Estes rituais de limpeza proporcionam alívio temporário, mas as preocupações da Alice pouco depois regressam, obrigando-a a repetir todos os rituais. Quando chega a casa tem de desinfetar tudo 7 vezes, as suas mãos são lavadas com sabonete e fica com as mãos debaixo de água enquanto conta até 100. Tem sempre de tomar pelo menos um banho, que não leva menos do que 60 minutos.

Devido a estes medos, a Alice evita lugares potencialmente contaminados. Ela sabe que este comportamento é excessivo e irracional e que lhe causa sofrimento e diminuição da qualidade de vida, contudo não os consegue evitar, por achar que se algo de mau acontecer a culpa será sua.

Tendo em conta a história da Alice, indique por favor como as afirmações se aplicam a si, colocando o número apropriado da escala abaixo:

A - Distância social

- (1) Definitivamente estou disposto
- (2) Provavelmente estou disposto
- (3) Provavelmente não estou disposto
- (4) Definitivamente não estou disposto

SDS_A

	1	2	3	4
• 1) Como se sentiria ao alugar um quarto da sua casa a uma pessoa como a Alice?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 2) E se fosse trabalhador no mesmo emprego com alguém como a Alice?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 3) Como se sentiria se tivesse alguém como a Alice como sua vizinha?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 4) E se fosse alguém que tivesse de cuidar dos seus filhos durante algumas horas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 5) Como se sentiria se um filho seu fosse casado com alguém como a Alice?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 6) Como se sentiria se tivesse de apresentar alguém como a Alice?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 7) Como se sentiria se tivesse de recomendar alguém como a Alice para um emprego a trabalhar para um amigo seu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo F

Mental Health Literacy Questionnaire (MHLQ; Chaves 2022)

MHL - Mental health literacy - Questionário de literacia em saúde mental (POC)

Este questionário está dividido em duas partes. Para cada questão deve selecionar **UMA** opção que julgue ser a mais adequada.

Manuel é um homem de 50 anos, que frequentemente tem pensamentos e imagens de dor. Por exemplo, ontem enquanto jantava, a ideia de atacar sua parceira com a faca do pão começou a passar-lhe pela cabeça. Ele evita usar quaisquer objetos pontiagudos e, sempre que tem um pensamento agressivo obriga-se a raciocinar sobre ele, o que o leva a ter consciência de que nunca lhe iria fazer mal. Quando leva o cão para passear, se vir um pedaço de pau no chão, surgem pensamentos agressivos, imaginando-se a bater-lhe na cabeça.

Estes pensamentos causam grande desconforto porque embora ele não queira atacar nem a ele próprio nem a ninguém, tem medo de perder o controle e fazê-lo. Além disso, passa várias horas por dia a verificar se não vai causar dano. Tudo isso dificulta a sua vida a nível familiar, a companheira não entende por que ele se recusa a cozinhar e porque nunca mais quis levar o cão a passear. Isto também afeta o seu desempenho no trabalho.

Manuel nunca exibiu atos de violência até agora, mas ainda assim vive muito preocupado com isso.

Parte 1 - Responda às questões tendo em conta a história do Manuel.

* 1.1) O que acontece com o Manuel é motivo de preocupação?

- Sim
- Não
- Não sei

* 1.2) O que acha que pode estar a acontecer com o Manuel?

- Problemas familiares
- Problemas de ajustamento
- Perturbação de ansiedade
- Perturbação de ansiedade generalizada
- Esquizofrenia
- Perturbação obsessivo-compulsiva
- Depressão

* 1.3) O que pensa ser a principal causa que desencadeia o problema do Manuel?

- Stress
- Trauma experienciado
- Personalidade
- Problemas familiares
- Vírus ou deficiência nutricional
- Alteração orgânica ou física
- Problema de saúde mental

* 1.4) Na sua opinião, qual tratamento poderia ser mais útil para o Manuel?

- Medicamentos (prescritos ou não pelo especialista)
- Prática de atividades de lazer
- Prática de desporto
- Cursos de relaxamento, meditação, aprender a lidar com o stress
- Tratamento psicológico

Parte 2 - Conhecimento geral sobre o POC

* 2.1) A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) é:

- Um distúrbio de aprendizagem
- Uma perturbação mental
- Um conjunto de hobbies

* 2.2) As obsessões são:

- Preocupações indesejadas da vida diária
- Alucinações
- Pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos indesejados

* 2.3) As compulsões são:

- Comportamentos repetitivos com o objetivo principal de chamar a atenção
- Comportamentos repetitivos para reduzir o desconforto das obsessões
- Comportamentos repetitivos sem importância

* 2.4) As estratégias e compulsões que a pessoa realiza para se sentir melhor, a LONGO PRAZO faz com que:

- Que a POC fique mais intensa
- Que a pessoa não tenha ansiedade
- Que a pessoa não tenha obsessões

Apêndices

Apêndice I

Consentimento Informado

Consentimento Informado

O meu nome é Sónia Afonso e encontro-me a realizar uma investigação no âmbito da minha dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, sob orientação da Professora Doutora Antónia Ros. Este é um estudo experimental, e tem como objetivo testar a eficácia de programas de intervenção dirigidos a profissionais da área da saúde, utilizando as redes sociais, orientados para aumentar a literacia em Saúde. Serão utilizados exclusivamente meios digitais, pelo que os participantes deverão ter acesso a telemóvel, tablet ou computador que lhes permitam o preenchimento dos questionários online, bem como acesso às redes sociais (Instagram e/ou Facebook). Será pedido a cada participante que:

1. Após consentimento informado, preencha alguns questionários. Estimamos que o preenchimento demore cerca de 20 minutos.
2. Que consulte a rede social da sua preferência com alguma periodicidade (no mínimo semanalmente).
3. Aceda ao link disponibilizado e siga a página sugerida.
4. Serão partilhados conteúdos diariamente em formato de vídeos curtos (com cerca de 2 minutos). Serão 12 vídeos no total.
5. Não partilhe informação relativa a esta investigação, no período em que ela decorre, com outros profissionais que possam eventualmente estar a participar no mesmo estudo.
6. Após cerca de 4 semanas, responda novamente a alguns questionários.

Todos os dados são recolhidos apenas para efeitos da investigação **“Reduzir o estigma e distanciamento social associado à perturbação obsessivo-compulsiva: Eficácia de um programa para aumento da literacia dirigida a profissionais de saúde”**, ficando garantida a confidencialidade do seu tratamento e a utilização exclusiva pela Universidade do Algarve, com um período de retenção dos dados mínimo necessário para a realização do projeto, e sendo o seu tratamento realizado nos termos e condições da Política de Proteção de Dados que se encontra acessível em www.ualg.pt.

Garantimos, assim, a total confidencialidade uma vez que os seus dados serão tratados de forma estatística em conjunto com os restantes participantes e não serão divulgados individualmente de alguma forma.

Para qualquer informação ou esclarecimento de dúvidas, pode contactar Sónia Afonso, pelo e-mail a57258@ualg.pt.

A sua participação é voluntária. Se não quiser participar no estudo, ou mesmo que agora aceite participar, e mais tarde quiser desistir, não terá qualquer consequência.

▪ Aceito participar neste estudo, onde os dados serão utilizados apenas e só para efeitos científicos:

- Sim
 Não

* Autorizo expressamente o tratamento dos dados pessoais pela Universidade do Algarve, para efeitos da participação no projeto “**Reduzir o estigma e o distanciamento social associado à perturbação obsessivo-compulsiva: Eficácia de um programa para aumento da literacia dirigido a profissionais de saúde**” de acordo com os termos de informação sobre tratamento de dados e a Política de Proteção de Dados que se encontram disponíveis em www.ualg.pt. Estou consciente de que posso retirar o consentimento ou exercer os direitos de proteção de dados, designadamente os direitos de reclamação, acesso, retificação, oposição, limitação do tratamento ou apagamento, através de contacto com o Encarregado da Proteção de Dados da Universidade do Algarve pelo correio eletrónico rgpd@ualg.pt, e caso assim o considere necessário, apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados, através dos contatos disponíveis em www.cnpd.pt.

Sim

Não

* É a primeira vez que vai preencher questionários para este estudo?

Sim

Não, é a segunda vez.

* Para tal é necessário que disponibilize o seu e-mail, para onde enviaremos o link da rede social que escolher, e informaremos acerca do início da partilha dos vídeos para que os possa visualizar.

Os e-mails que iremos enviar seguem com a seguinte identificação: **Literacia_Saúde** (literacia.saude.2024@gmail.com)

Email para o qual devemos enviar o link do estudo:

* Rede Social da sua preferência:

Facebook

Instagram

* Para reforçar esta confidencialidade solicitamos que crie um código de participante, que será utilizado como identificação dos questionários, nunca sendo utilizado o nome ou outros dados de identificação pessoal. Para a criação deste código solicitamos que utilize os últimos 3 dígitos do número do cartão de cidadão seguidos de 2 letras, a primeira do primeiro nome e a primeira do apelido. Tomemos por exemplo a Sr.^a **Maria Fátima Pereira**, com o cartão de cidadão número: 987654**321**, o seu código de participante seria **321MP**.

No máximo, 6 carater(es)

Apêndice II

Formulário de Informação Pessoal

Formulário de informação pessoal

* Idade

* Sexo

- Feminino
- Masculino
- Outro

* Nacionalidade

- Portuguesa
- Outra

* Localidade Residência

- Açores
- Aveiro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda
- Leiria
- Lisboa
- Madeira
- Portalegre
- Porto
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu

* Estado Civil

- Solteiro/a
- Casado/a
- União de facto
- Divorciado/a
- Viúvo/a
- Outro

• **Escolaridade**

- Não frequentou o sistema de ensino formal
- 1º Ciclo do ensino básico (4ª classe)
- 2º Ciclo do ensino básico (ensino preparatório, 6º ano)
- 3º Ciclo do ensino básico (9º ano)
- Ensino secundário (12º ano)
- Curso tecnológico/profissional/outros (equivalente ensino secundário)
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro

• **Profissão**

- Assistente Operacional/Técnico Auxiliar
- Assistente Social
- Assistente Técnico
- Enfermeiro
- Engenheiro
- Farmacêutico
- Informático
- Médico
- Psicólogo
- Técnico de Emergência Pré-Hospitalar
- Técnico Superior de Saúde
- Técnico Superior Diagnóstico e Terapêutica
- Técnico Superior
- Outro

Apêndice III

Links: Vídeos Youtube; Facebook e Instagram

Vídeos POC Agressão

Youtube:

Vídeo 1/12 - <https://youtu.be/cznnAa0zoe0>

Vídeo 2/12 - <https://youtu.be/sAHzkYpSPuo>

Vídeo 3/12 - <https://youtu.be/kr8iG2aA1hw>

Vídeo 4/12 - <https://youtu.be/yC0jSpSAmZA>

Vídeo 5/12 - <https://youtu.be/1zX6d4wk7dk>

Vídeo 6/12 - <https://youtu.be/jiMjZD4CDXY>

Vídeo 7/12 - https://youtu.be/DH_incyp5oU

Vídeo 8/12 - <https://youtu.be/Fv3BjKDnlpM>

Vídeo 9/12 - <https://youtu.be/903uAPPTYoo>

Vídeo 10/12 - <https://youtu.be/IYxwT0gn2iI>

Vídeo 11/12 - <https://youtu.be/NosLZrM0gZU>

Vídeo 12/12 - <https://youtu.be/JHwXOspzg7Y>

Instagram

https://www.instagram.com/joseantonio_literacia?igsh=aThqaTlxNHRlaG5z

Facebook

<https://www.facebook.com/profile.php?id=61559021255514>



Vídeos POC Contaminação

Vídeo 1/12 - <https://youtu.be/7e6pFOi-ehw>

Vídeo 2/12 - <https://youtu.be/AG2zbnQ0jpl>

Vídeo 3/12 - <https://youtu.be/Zxd2cgWRVTY>

Vídeo 4/12 - <https://youtu.be/ViHxcWjnuqA>

Vídeo 5/12 - <https://youtu.be/NK81w5FSrak>

Vídeo 6/12 - <https://youtu.be/9W514565J5k>

Vídeo 7/12 - <https://youtu.be/niLOihc7fF0>

Vídeo 8/12 - <https://youtu.be/VLT2YCiorUE>

Vídeo 9/12 - <https://youtu.be/48uo6aXpCBg>

Vídeo 10/12 - <https://youtu.be/FuWi6Y11PAw>

Vídeo 11/12 - <https://youtu.be/34Qsr93A1TM>

Vídeo 12/12 - https://youtu.be/bJ_miQz_jNA

Instagram

<https://www.instagram.com/josecarlosccc2?igsh=NTBra3hyNm10OTN2>

Facebook

<https://www.facebook.com/profile.php?id=61559979626333>



Videos Enfarte

Vídeo 1/12 - <https://youtu.be/xnSLfUXmcS0>

Vídeo 2/12 - https://youtu.be/7ubVXhZP_tk

Vídeo 3/12 - <https://youtu.be/W08u0Wbrfjc>

Vídeo 4/12 - https://youtu.be/T1hh_7iv7Is

Vídeo 5/12 - <https://youtu.be/YBNUZJpP8nk>

Vídeo 6/12 - <https://youtu.be/gvyjBQrFzyM>

Vídeo 7/12 - <https://youtu.be/Zk-1OhuUzjI>

Vídeo 8/12 - <https://youtu.be/t9Ip3PKfPXk>

Vídeo 9/12 - <https://youtu.be/ZoJS0MRbwHo>

Vídeo 10/12 - <https://youtu.be/bN079cJK8jo>

Vídeo 11/12 - <https://youtu.be/b01HA1vpyZg>

Vídeo 12/12 - <https://youtu.be/3aXS61T7HUQ>

Instagram

<https://www.instagram.com/jose.eduardo.dcv?igsh=MWhtZWFkb21uYzExaQ==>

Facebook

<https://www.facebook.com/profile.php?id=61559552835816>



Apêndice IV

Rostos pré teste

Pré-teste para seleção de rosto da personagem José

Para seleção da imagem a utilizar na investigação, foi realizado um pré-teste para escolha da mesma. Foi utilizado o site de criação de imagens com inteligência artificial *Craiyon* com a hiperligação <https://www.craiyon.com/>. O *Prompt* utilizado foi "Men In Its 35'S Normal Looking Portrait".



Figura 1- Imagem A



Figura 2- Imagem B



Figura 3- Imagem C



Figura 4 - Imagem D

A imagem que reuniu mais consenso foi a imagem C, ($M= 49,10$; $DP= 10,38$)

	N	Mínimo	Máximo	M	DP
soma_a	39	11,00	68,00	45,3846	12,88127
soma_b	39	18,00	73,00	47,1026	11,47949
soma_c	39	19,00	77,00	49,1026	10,37658
soma_d	39	13,00	77,00	48,5897	12,63187

Apêndice V

Questionário para Seleção Rosto

Seleção Rosto Masculino_InvestigaçãoPOC

Este questionário destina-se a uma pré testagem para seleção de imagens, que irão ser utilizadas no numa investigação no âmbito de um estudo relacionado com a literacia em saúde, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

Irão ser apresentados vários rostos masculinos criados através de inteligência artificial.

O objetivo deste questionário é perceber como é que cada rosto descrito por si, e qual dos rostos apresenta maior consenso entre os participantes.

A cada imagem apresentada é solicitado que escolha uma das características/atributos que ache que melhor descreva o rosto apresentado.

Este questionário é anónimo. Serão pedidos alguns dados pessoais apenas para tratamento estatístico, não sendo utilizados para nenhum outro fim.

Formulário de informação pessoal

Idade

Sexo

- Masculino
- Feminino
- Outro

Nacionalidade

- Portuguesa
- Outra

Habilitações Literárias

- Não frequentou o sistema de ensino formal
- 1º Ciclo do ensino básico (4ª classe)
- 2º Ciclo do ensino básico (ensino preparatório, 6º ano)
- 3º Ciclo do ensino básico (9º ano)
- Ensino secundário (12º ano)
- Curso tecnológico/profissional/outras (equivalente ensino secundário)
- Bacharelato
- Licenciatura

Para cada uma das imagens escolha a resposta que, na sua opinião, melhor descreve a fotografia, em que 1 corresponde a nada/desconfortável e 7 a completamente/confiante.

1. É um tipo de pessoa com que me sinto identificado/a.
2. Esta pessoa parece-me psicologicamente saudável.
3. Teria dificuldade em confiar nesta pessoa.
4. Poderia ser amigo/a desta pessoa.
5. Como se sentiria se tivesse de recomendar alguém como a pessoa da fotografia para um emprego a trabalhar para um amigo seu?
6. Como se sentiria se uma filha sua fosse casada com alguém como a pessoa da fotografia?
7. Como se sentiria ao alugar um quarto na sua casa a uma pessoa como a da fotografia?
8. Como se sentiria se tivesse alguém como a pessoa da fotografia como seu vizinho?
9. Como se sentiria se tivesse de apresentar alguém como a pessoa da fotografia, a uma mulher jovem, que é sua amiga?
10. E se fosse trabalhador no mesmo emprego que alguém como a pessoa da fotografia?
11. E se fosse alguém que tivesse de cuidar dos seus filhos durante algumas horas?

Apêndice VI.

Guião dos Vídeos da POC com Obsessões de Contaminação

Guião II POC_Contaminação

_____Vídeo_1_____

- **Frame 1**
 - Sou o José Tenho 35 anos
 - Profissão Engenheiro Civil
- **Frame 2**
 - Nasci e cresci numa aldeia perto da cidade de Tomar
- **Frame 3**
 - Fui uma criança bem-comportada, de uma maneira geral era obediente!
- **Frame 4**
 - A limpeza e arrumação sempre fizeram parte do meu dia a dia. Sendo filho de uma médica dentista e de um contabilista, para mim era normal a preocupação com a higiene e organização!
- **Frame 5**
 - Sempre fui um aluno acima da média. Era muito metódico, e os meus colegas diziam que eu era “*um pouco esquisito*”.
- **Frame 6**
 - Era muito competitivo, perfeccionista, organizado e cauteloso!
 - ... e também um pouco ansioso!
- **Frame 7**
 - Tirei o curso de engenharia civil em Coimbra
- **Frame 8**
 - Na viagem de finalistas conheci a Madalena. Nunca mais nos separámos!
- **Frame 9**
 - Terminado o curso mudo-me para Lisboa, para junto da Madalena.
 - A adaptação foi difícil e com muito stress: Emprego novo; Novas rotinas; Muito trânsito; Menos amigos ...
- **Frame 10**
 - Comecei a trabalhar em Lisboa. E trabalho há 12 anos na mesma empresa.
- **Frame 11**
 - Três anos depois casámos, tínhamos 26 anos e a vida toda pela frente!
- **Frame 12**
 - ... Mas quando a minha filha Maria nasceu, as coisas mudaram!
 - Eu nunca fui capaz de tocar nela, sem tomar um banho antes!!!
- **Frame 13**
 - Desde esse dia, tudo me parecia estar contaminado! Tudo tinha de ser limpo e desinfetado...
- **Frame 14**
 - Sentia-me invadido por pensamentos sobre sujidade e contaminação, sempre com receio de causar alguma doença à Maria.
 - Eram pensamentos recorrentes, voltavam uma e outra vez, sem que me pudesse livrar deles ou controlá-los!
- **Frame 15**
 - Se tiverem algum tempo...
 - ...irei partilhar convosco uma parte da minha vida, em que fui apanhado de surpresa e para a qual não estava preparado!
- **Frame 16**
 - Muito obrigada pela atenção!

- Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Vídeo_2C_____

- **Frame 1**
 - A situação foi-se agravando.
- **Frame 2**
 - Os meus pensamentos de contaminação e toda a situação que comecei a viver depois do nascimento da Maria, pioraram muito.
- **Frame 3**
 - Na tentativa de ter tudo limpo e desinfetado, perdia muito tempo do meu dia a lavar-me ou a desinfetar objetos... Isto afetava cada vez mais a minha vida profissional e pessoal.
- **Frame 4**
 - Também no trabalho tinha estes comportamentos... Começou a ser um pesadelo ter trabalhos no exterior ou almoços de trabalho! Comecei a evitar o que me fazia sair do escritório, mas não era possível fugir a tudo...
- **Frame 5**
 - Estes pensamentos eram constantes.
 - Demorava no mínimo 1 hora no banho, e às vezes tomava vários banhos por dia.
- **Frame 6**
 - Lavava as mãos de forma ritualizada, esfregava com sabonete 7 vezes, deixava a água a correr enquanto contava até 100...
- **Frame 7**
 - Isto parecia-me uma “maluquice”, uma mania, que me envergonhava!
 - E tinha a certeza de que as pessoas me achavam louco, mas nunca pensei nisto como uma doença.
- **Frame 8**
 - Durante muito tempo, achei-me ridículo e fraco! Mas percebia que estes pensamentos não faziam sentido! Sentia-me a enlouquecer e queria esconder, fui-me isolando...
- **Frame 9**
 - Já não tinha controlo...Tive de procurar ajuda!
- **Frame 10**
 - Fui ao médico, que me medicou e indicou um psicólogo. Disse que a melhor forma de “tratar este problema” era com terapia. A medicação ajudaria nesta fase aguda, mas precisava de ajuda especializada.
- **Frame 11**
 - Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Vídeo_3C_____

- **Frame 1**
 - Vamos tentar perceber melhor a minha situação...
- **Frame 2**
 - Lembrem-se que vos disse que o meu médico me aconselhou a procurar um psicólogo para os meus pensamentos e comportamentos de contaminação?
- **Frame 3**
 - Procurei uma psicóloga que, depois da avaliação psicológica, finalmente deu um nome a este meu “problema”: Perturbação Obsessivo-Compulsiva POC
 - Assumo que foi um alívio, perceber que não era louco, mesmo não sabendo ainda o que era a POC!

- **Frame 4**
 - Desde a primeira sessão a psicóloga sempre me deu muita informação acerca da minha perturbação.
 - Esta psicoeducação foi constante ao longo do processo!
- **Frame 5**
 - A psicóloga disse-me que a POC é uma perturbação que é caracterizada pela presença de obsessões e/ou compulsões.
- **Frame 6**
 - Obsessões, podem ser pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos que interrompem o curso normal do pensamento, são recorrentes, inaceitáveis ou não desejados, causam acentuado sofrimento e mau estar, sendo geradores de ansiedade.
- **Frame 7**
 - Compulsões, são atos ou rituais que nos sentimos obrigados a fazer para diminuir a culpa ou ansiedade que as obsessões provocam. Com frequência pretendem impedir ou evitar de forma mágica, algum acontecimento temido, tal como a morte, a doença ou algum desastre.
- **Frame 8**
 - A psicóloga disse-me também, que tal como eu, a maioria das pessoas reconhece a insensatez ou o exagero destes comportamentos.
- **Frame 9**
 - O que gera um ciclo vicioso, que alimenta esta perturbação. O alívio conseguido com a compulsão é temporário, realimentando a incerteza, o que leva o indivíduo a reproduzir o comportamento.
- **Frame 10**
 - Para facilitar a compreensão do Ciclo da POC...



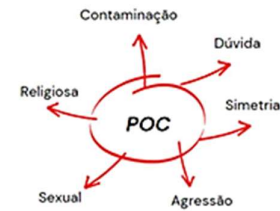
- **Frame 11**
 - Um dos critérios para ser atribuído um diagnóstico de POC, as obsessões e/ou compulsões têm de consumir tempo (levar mais de 1 hora por dia)
- **Frame 12**
 - A POC afeta entre 2 a 3% da população mundial, atingindo cerca de 1 em cada 40 adultos. A OMS introduziu esta perturbação na lista das dez condições mais debilitantes em todo o mundo.
- **Frame 13**
 - Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Vídeo_4C_____

- **Frame 1**
 - Continuando a perceber a POC

- **Frame 2**
 - O desenvolvimento da POC tende a ser gradual, seguindo frequentemente um curso crónico, com aumento e diminuição de sintomas.
- **Frame 3**
 - Diferentes manifestações da POC
 - Limpeza (obsessões de contaminação e compulsões de limpeza);
 - Simetria (obsessões de simetria e ordem e compulsões de contagem e repetição);
- **Frame 4**
 - Diferentes manifestações da POC
 - Pensamentos proibidos ou tabus (obsessões religiosas, sexuais ou agressivas e compulsões de rituais mentais);
 - Dano/prejuízo (medo de se magoar a si próprio ou a outro e compulsões de verificação).

▪ **Frame 5**
Tipos de Obsessões



▪ **Frame 6**
Tipos de Compulsões



- **Frame 7**
 - Os diferentes conteúdos das obsessões dependem: História pessoal; Valores; Interesses; Vulnerabilidades; Contexto social; Temas a que a pessoa dá importância
- **Frame 8**
 - As crenças e os valores de cada um alimentam esta perturbação.
- **Frame 9**
 - E a quem afeta a POC?
- **Frame 10**
 - É uma perturbação que afeta todos os que rodeiam o indivíduo que sofre de POC
 - É comum, para quem sofre de POC, acabe por pedir a quem o acompanha, para realizar os mesmos rituais.
 - Contribuindo para o aumento da ansiedade das pessoas mais próximas.
- **Frame 11**
 - A POC pode ser uma doença frustrante e assustadora. Muitas vezes a pessoa sente-se incompreendida, isolada e envergonhada, sendo difícil para os seus familiares e amigos lidar com a situação.
- **Frame 12**
 - Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Vídeo_5C_____

- **Frame 1**

- Diagnóstico POC: O que acontece se não se tratar?
- **Frame 2**
 - A pessoa: Viverá prisioneira dos seus próprios pensamentos e dos seus comportamentos repetidos. O isolamento vai aumentar. Vai continuar a viver com o medo.
 - A ansiedade tendencialmente, continuará a crescer.
 - A sua vida continuará condicionada e gradualmente irá perder toda a vida social, profissional e pessoal.
- **Frame 3**
 - No entanto é possível viver com esta doença, de forma mais equilibrada e funcional, como vos irei contar mais à frente!
- **Frame 4**
 - Eu tinha a necessidade de entender por que motivo tudo isto me acontecia...
- **Frame 5**
 - Então a psicóloga explicou-me que a investigação diz-nos que a maioria das pessoas tem pensamentos, imagens ou impulsos, muito parecidos com as obsessões, chamam-se intrusões.
 - Mas nem todas as intrusões se tornam obsessivas.
- **Frame 6**
 - O que parece fazer com que uma intrusão se torne numa obsessão, é a forma como a intrusão é interpretada.
 - Se a intrusão for interpretada de forma muito negativa, devido às crenças da pessoa, esse pensamento vai gerar a tal ansiedade e tendencialmente o pensamento começa a ficar preso, originando o ciclo da POC.
- **Frame 7**
 - Intrusões de dúvida
 - Quem nunca ficou na dúvida se fechou o carro? E a porta de casa? Ou se deixou o ferro de engomar ligado??
- **Frame 8**
 - Existem semelhanças entre intrusões e obsessões clínicas:
 - Involuntárias Indesejadas Repetitivas Interrompem Conteúdos similares
 - ...Mas nas intrusões o sujeito tem uma perceção de controlo sobre o pensamento!
- **Frame 9**
 - Na obsessão não existe esse controlo
 - Existe um medo associado
 - Estes pensamentos podem ocorrer como ideias, imagens ou impulsos e perturbam a pessoa pela frequência e/ou pelo conteúdo desagradável ou absurdo, gerando ansiedade.
- **Frame 10**
 - Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Vídeo_6C_____

- **Frame 1**
 - Continuando a perceber a POC
- **Frame 2**
 - Os pensamentos intrusivos, aparecem de todos os lados, a qualquer momento, mediante estímulo ou não.
 - Quando chegam, dominam qualquer outro pensamento, e apoderam-se de quem vive com a POC.

v

- **Frame 3**
 - O fluxo de pensamento de cada um é interrompido por distrações diariamente.
- **Frame 4**
 - No meu caso, quando ia ter com a minha filha, era "assaltado" automaticamente pelo seguinte pensamento: "E se eu lhe passo uma doença mortal?"
- **Frame 5**
 - Esse pensamento causava-me ansiedade extrema, porque se tal acontecesse eu seria o responsável pelo sofrimento da minha filha.
 - Na minha cabeça o desfecho era sempre terrível para a nossa família.
- **Frame 6**
 - Por isso, ia a correr lavar as mãos. Quando o fazia, o medo de poder fazer com que a minha filha adoecesse, diminuía, tal como a minha ansiedade.
 - Ficava mais calmo.
- **Frame 7**
 - O problema é que o alívio era temporário e aos poucos e poucos tinha de me lavar novamente, mais e melhor.
 - Eu tinha de me desinfetar constantemente, pois se não o fizesse, na minha cabeça, a Maria podia adoecer!!!
- **Frame 8**
 - Tinha de mudar de roupa, colocar na máquina a lavar e tomar banho.
 - Eu cheguei a colocar roupa no lixo, porque julgava que podia estar contaminada.
- **Frame 9**
 - Por tudo isto... Comecei a ficar obcecado e tudo à minha volta tinha de ser limpo e desinfetado constantemente.
 - Se acontecesse alguma coisa à Maria...
 - A culpa seria MINHA!!!
- **Frame 10**
 - Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Vídeo_7C_____

- **Frame 1**
 - Como me senti muitas vezes...
- **Frame 2**
 - A falta de conhecimento foi uma grande barreira para identificar estes comportamentos como sendo uma perturbação!
- **Frame 3**
 - Cresci com a preocupação de manter tudo limpo e, durante algum tempo, estes comportamentos pareciam normais... Até que começaram a afetar muito a minha vida!
- **Frame 4**
 - A capacidade de reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos de sofrimento psíquico, ajuda na procura de ajuda precoce. E isso fará toda a diferença!
- **Frame 5**
 - Na verdade, a minha falta de conhecimento, levou-me a sentir que não fazia parte da sociedade.
- **Frame 6**
 - Quantas vezes pensei: "Sou doido varrido" "Porque é que não me consigo controlar? Sou fraco" "Olha a vergonha para a minha família e amigos" "O que lhes digo? Como explico?"
 - Era o meu preconceito, o meu auto-estigma.
- **Frame 7**

vi

- Contudo, este preconceito também vinha de fora! Senti-me julgado muitas vezes. As pessoas afastavam-se ou faziam comentários maliciosos. É o estigma social!

▪ **Frame 8**

- Infelizmente ainda é muito comum na nossa sociedade, e eu não fui diferente, pensar que: "Só vai ao psicólogo ou psiquiatra quem é fraco ou louco!!!"

▪ **Frame 9**

- Muito obrigada pela atenção!
- Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____ Vídeo_8C _____

▪ **Frame 1**

- Continuando a falar no estigma que acompanha a POC.

▪ **Frame 2**

- Conseguia sentir a discriminação, por exemplo: "As pessoas com doença mental são um perigo para os outros." "Ele é meio maluco, mas a culpa é dele." "É melhor afastarmo-nos dele..."
- O estigma pode ser muito cruel principalmente com quem ainda não conhece a sua patologia.

▪ **Frame 3**

- Este rótulo, fez com que eu começasse a sentir vergonha, a querer disfarçar os meus comportamentos, às vezes inventando muitas desculpas. Sentia-me culpado!!!!
- O medo levou-me a comportamentos de evitamento!!
- Cada vez duvidava mais de mim! A minha autoestima diminuiu...

▪ **Frame 4**



▪ **Frame 5**

- Aceitar, sem recriminações ou receios, o sofrimento psicológico, é o ponto de partida! Porque, só assim, poderemos de alguma forma alcançar uma sociedade mais saudável em toda a sua vertente biopsicossocial.

▪ **Frame 6**

- Estratégias para lidar com o estigma que a POC me fazia sentir...

▪ **Frame 7**

- Criar estratégias para lidar com estes meus pensamentos e comportamentos foi mais um obstáculo para identificar que eu tinha um problema real.

▪ **Frame 8**

- Como deixei de saber o que dizer às pessoas ... ou como explicar...

▪ **Frame 9**

- Passei a evitar espaços públicos, comecei a evitar a minha família, na tentativa de os proteger deste sofrimento... Em muitas alturas senti-me excluído da sociedade, como se o meu comportamento pudesse "contaminar" alguém...

▪ **Frame 10**

- Muito obrigada pela atenção!
- Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____ Vídeo_9C _____

▪ **Frame 1**

- Continuando a conhecer a POC...

▪ **Frame 2**

- O medo e a vergonha faziam-me viver num ciclo de: Pensamentos Ansiedade Compulsões Alívio temporário

▪ **Frame 3**



▪ **Frame 4**

- Ajuda especializada

▪ **Frame 5**

- A POC, quanto mais cedo for diagnosticada e tratada, maior é a hipótese de sucesso terapêutico.

▪ **Frame 6**

- Quando dei por mim, estava a pedir à Madalena, que fizesse os mesmos rituais que eu... Trocar de roupa ao entrar em casa, esfregar as mãos várias vezes com a água correr tempo suficiente para se limpar.

▪ **Frame 7**

- Apenas quando senti o sofrimento da Madalena, percebi que teria de fazer algo por mim!

▪ **Frame 8**

- E como já vos contei cheguei à psicóloga!! No início do tratamento ela explicou-me no que consistia a perturbação, quais os ciclos que faziam com que a perturbação se mantivesse "alimentada"... E o processo começou...

▪ **Frame 9**

- Muito obrigada pela atenção!
- Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____ Vídeo_10C _____

▪ **Frame 1**

- Terapias mais eficazes na POC

▪ **Frame 2**

- A terapia que tem demonstrado mais eficácia para o tratamento da POC, é a terapia Cognitivo Comportamental (TCC).
- Trata-se de uma terapia que procura trabalhar as questões comportamentais, ensinando a pessoa a lidar com a ansiedade provocada pelas obsessões, ajudando a identificar e reduzir as compulsões e interrompendo aquele ciclo.

▪ **Frame 3**

- Um dos objetivos principais da TCC é demonstrar às pessoas que, embora NÃO possam controlar todos os aspetos do mundo ao seu redor, podem assumir o controlo de como pensam, interpretam e interagem com aquilo que os rodeia.

▪ **Frame 4**

- Embora a maioria das pessoas com POC tenha de conviver sempre com alguns sintomas, aprendem a geri-los sem causar sofrimento extremo.
- A TCC combina técnicas cognitivas e comportamentais, que se baseiam no princípio de: De que forma pensamos (cognição)? Como sentimos (emoção)? Como agimos (comportamento)? De que forma estes interagem entre si.

▪ **Frame 5**

- Se eu pensar que ao sair à rua, vou ficar contaminado (pensamento), vou ficar com medo (emoção), e vou reagir para evitar o medo (comportamento).

▪ **Frame 6**

- A psicóloga nas primeiras sessões foi muito clara relativamente às fases da terapia
- Começou por aplicar alguns questionários, e elaborámos em conjunto o plano de tratamento. Traçámos objetivos específicos e aos poucos fomos, devagar, atingindo as metas!!!

▪ **Frame 7**

- Algumas das estratégias utilizadas comigo foram:
- Observação direta de alguns dos meus comportamentos; Automonitorização (tinha de registar os meus pensamentos, sensações e comportamentos)

▪ **Frame 8**

- Experiências comportamentais (expor-me a algo ativador da obsessão e evitar realizar a compulsão)
- Exposição e prevenção da resposta

▪ **Frame 9**

- Discussão Cognitiva (identificarmos as crenças que me faziam acreditar que as minhas obsessões eram muito importantes e discutirmos a veracidade e a importância das mesmas.)

▪ **Frame 10**

- Muito obrigada pela atenção!
- Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____ Vídeo_11C _____

▪ **Frame 1**

- Como a Terapia funcionou comigo

▪ **Frame 2**

- Na terapia fui sendo encorajado a identificar e desafiar padrões de pensamentos negativos e comportamentos que interferem com o meu modo de funcionamento.

▪ **Frame 3**

- A psicóloga foi-me ajudando a perceber a minha perturbação, e desconstruindo as crenças. Falávamos de como surgiam os pensamentos e quais os meus comportamentos. E como me sentia depois de os realizar...

▪ **Frame 4**



▪ **Frame 5**

- Fomos encontrando pensamentos alternativos, permitindo-me mudar a forma como me sentia em relação a determinadas situações.

▪ **Frame 6**

▪ **Frame 6**

- Análise racional e validade do pensamento.
- Por exemplo, quando pensava que a Maria podia ficar doente se eu não tomasse banho antes de lhe tocar, a psicóloga questionava-me qual a probabilidade de isto acontecer? Conhece casos em que isso tenha acontecido?

▪ **Frame 7**

- Exposição e prevenção da resposta
- Gradualmente a terapeuta foi-me solicitando que não realizasse as compulsões. Por exemplo, Um dia pediu-me que fosse beber um café e não lavasse as mãos...

▪ **Frame 8**

- Aquilo pareceu-me impossível... Mas eu sabia que se não contrariasse "as minhas manias" elas iriam "comer-me"! Foi difícil ao início... Mas ao contrariar-me, fui perdendo toda aquela avalanche de pânico!

▪ **Frame 9**

- Muito obrigada pela atenção!
- Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____ Vídeo_12C _____

▪ **Frame 1**

- Como funciona a Terapia comigo até hoje!

▪ **Frame 2**

- Passo a passo, fui-me comprometendo a não fazer os rituais, e o que ao início me provocava muita ansiedade, aos poucos foi-se dissipando, dando lugar à liberdade que há muito tempo não sentia!!!

▪ **Frame 3**

- Fui aprendendo que não posso controlar tudo, mas posso disciplinar os meus comportamentos, através da importância que dou aos meus pensamentos.

▪ **Frame 4**

- Em vez olhar para o mundo e apenas ver contaminação, passei a olhar como: ok pode haver contaminação, mas há inúmeras coisas mais...

▪ **Frame 5**

- Hoje sinto-me livre. Livre para amar a minha filha, sem medo de a contagiar... Posso amar e ser amado pela minha mulher... Posso ir ao supermercado, sem que isso represente um

peso enorme... Posso ir ao café beber uma cerveja, sem ter de desinfetar tudo em meu redor...

▪ **Frame 6**

- A prisão tornou-se um lugar longínquo...

▪ **Frame 7**

- Sou uma pessoa mais feliz e saudável psicologicamente, e este bem-estar reflete-se em todas as esferas da minha vida... sendo a mais valiosa a minha família!

▪ **Frame 8**

- Podemos sempre mudar a nossa história...

▪ **Frame 9**

- Trate bem da sua saúde mental! É um bem precioso!
- "A nossa maior ilusão é acreditar que somos o que pensamos ser." Henri Amiel

▪ **Frame 10**

- Muito obrigada pela atenção nos últimos dias!
- Até um dia...

Apêndice VII

Guião dos Vídeos da POC com Obsessões de Agressão

Guião III POC_Agressão

_____Vídeo_1_____

- **Frame 1**
 - Sou o José Tenho 35 anos
 - Profissão Engenheiro Civil
- **Frame 2**
 - Nasci e cresci numa aldeia perto da cidade de Tomar
- **Frame 3**
 - Tenho memórias de uma infância feliz!
- **Frame 4**
 - Fui uma criança cheia de energia, e também era muito meigo (dizem os meus pais!)
- **Frame 5**
 - Sou filho de uma médica dentista e de um contabilista! Eles sempre me apoiaram!
- **Frame 6**
 - Sempre fui um bom aluno! Mas também sempre me diverti muito com os meus amigos!
- **Frame 7**
 - Eles diziam que eu era o “animador” do grupo! Sempre me considereei naturalmente bem-disposto!
- **Frame 8**
 - Tirei o curso de engenharia civil em Coimbra
- **Frame 9**
 - Na viagem de finalistas conheci a Madalena. Nunca mais nos separámos!
- **Frame 10**
 - Terminado o curso mudo-me para Lisboa, para junto da Madalena.
 - A adaptação foi difícil e com muito stress: Emprego novo; Novas rotinas; Muito trânsito; Menos amigos ...
- **Frame 11**
 - Comecei a trabalhar em Lisboa. E trabalho há 12 anos na mesma empresa.
- **Frame 12**
 - Três anos depois casámos, tínhamos 26 anos e a vida toda pela frente!
- **Frame 13**
 - Passados dois anos a Madalena engravida!!
 - Era o nosso sonho realizado!
- **Frame 14**
 - ... Mas quando a minha filha Maria nasceu, as coisas mudaram!
 - Comecei a ter pensamentos absurdos!
- **Frame 15**
 - Eram pensamentos recorrentes, voltavam uma e outra vez, sem que me pudesse livrar deles ou controlá-los!
 - Eram pensamentos agressivos... eu poderia magoá-la de alguma forma?
 - Como era possível??? A Maria era o meu AMOR MAIOR, era tudo o que sempre sonhei!
- **Frame 16**
 - Se tiverem algum tempo...
 - ...irei partilhar convosco uma parte da minha vida, em que fui apanhado de surpresa e para a qual não estava preparado!
- **Frame 17**
 - Muito obrigada pela atenção!

- Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Vídeo_2C_____

- **Frame 1**
 - A situação foi-se agravando.
- **Frame 2**
 - Os meus pensamentos agressivos e toda a situação que comecei a viver depois do nascimento da Maria, pioraram muito.
- **Frame 3**
 - Começou a ser um pesadelo explicar os meus comportamentos e evitamentos.
 - Não conseguia controlar estes pensamentos com imagens terríveis onde eu magoava a Maria!
- **Frame 4**
 - Evitava ao máximo estar sozinho com a Maria.
 - E jamais poderia pegar numa faca ou tesoura perto dela... Tinha muito medo de a magoar!
- **Frame 5**
 - Estes pensamentos eram constantes.
 - As imagens que passavam pela minha mente eram de terror puro!! Eu estava completamente dominado pelo MEDO e pela DÚVIDA!
- **Frame 6**
 - Estava constantemente a questionar a Madalena se tinha feito algo de errado com a Maria... Se ela estava bem?
 - Precisava desta tranquilização!
- **Frame 7**
 - Nunca fui agressivo, não me lembro sequer de “zaragatas” em criança ou adolescente...
 - Como era possível ter estes pensamentos? E com a Maria?
 - Ficava sempre na dúvida: “Se tenho estes pensamentos significa que os consigo ou quero concretizar?”
- **Frame 8**
 - Isto parecia-me uma loucura, que eu não conseguia entender!
 - E tinha a certeza de que se contasse a alguém também não entenderiam!! Mas nunca pensei nisto como uma doença.
- **Frame 9**
 - Tinha vergonha e medo de que pensassem que eu era um perigo para a minha filha e informassem as autoridades! Sentia-me a enlouquecer e queria esconder, fui-me isolando...
- **Frame 10**
 - Já não tinha controlo...Tinha de procurar ajuda!
- **Frame 11**
 - Fui ao médico, que me medicou e indicou um psicólogo. Disse que a melhor forma de “tratar este problema” era com terapia. A medicação ajudaria nesta fase aguda, mas precisava de ajuda especializada.
- **Frame 12**
 - Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

Video_3C

- **Frame 1**
 - Vamos tentar perceber melhor a minha situação...
- **Frame 2**
 - Lembram-se que vos disse que o meu médico me aconselhou a procurar um psicólogo para os meus pensamentos de agressão?
- **Frame 3**
 - Procurei uma psicóloga que, depois da avaliação psicológica, finalmente deu um nome a este meu “problema”: Perturbação Obsessivo-Compulsiva POC
 - Assumo que foi um alívio, perceber que não era louco, mesmo não sabendo ainda o que era a POC!
- **Frame 4**
 - Desde a primeira sessão a psicóloga sempre me deu muita informação acerca da minha perturbação.
 - Esta psicoeducação foi constante ao longo do processo!
- **Frame 5**
 - A psicóloga disse-me que a POC é uma perturbação que é caracterizada pela presença de obsessões e/ou compulsões.
- **Frame 6**
 - Obsessões, podem ser pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos que interrompem o curso normal do pensamento, são recorrentes, inaceitáveis ou não desejados, causam acentuado sofrimento e mau estar, sendo geradores de ansiedade.
- **Frame 7**
 - Compulsões, são atos ou rituais que nos sentimos obrigados a fazer para diminuir a culpa ou ansiedade que as obsessões provocam. Com frequência pretendem impedir ou evitar de forma mágica, algum acontecimento temido, tal como a morte, a doença ou algum desastre.
- **Frame 8**
 - A psicóloga disse-me também, que tal como eu, a maioria das pessoas reconhece a insensatez ou o exagero destes comportamentos.
- **Frame 9**
 - A POC gera um ciclo vicioso. O alívio conseguido com a compulsão é temporário, realimentando a incerteza, o que leva o indivíduo a reproduzir o comportamento.
- **Frame 10**
 - Para facilitar a compreensão do Ciclo da POC...



- **Frame 11**
 - Um dos critérios para ser atribuído um diagnóstico de POC, as obsessões e/ou compulsões têm de consumir tempo (levar mais de 1 hora por dia).

- **Frame 12**
 - A POC afeta entre 2 a 3% da população mundial, atingindo cerca de 1 em cada 40 adultos. A OMS introduziu esta perturbação na lista das dez condições mais debilitantes em todo o mundo.
- **Frame 13**
 - Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

Video_4C

- **Frame 1**
 - Continuando a perceber a POC
- **Frame 2**
 - O desenvolvimento da POC tende a ser gradual, seguindo frequentemente um curso crónico, com aumento e diminuição de sintomas.
- **Frame 3**
 - Mas nem sempre é assim. A investigação diz que em alguns casos, como no período da gravidez ou depois do nascimento de um filho, a POC pode ter um início súbito.
- **Frame 4**
 - Diferentes manifestações da POC
 - Pensamentos proibidos ou tabus (obsessões religiosas, sexuais ou agressivas e compulsões de rituais mentais);
 - Dano/prejuízo (medo de se magoar a si próprio ou a outro e compulsões de verificação).
- **Frame 5**
 - Diferentes manifestações da POC
 - Limpeza (obsessões de contaminação e compulsões de limpeza);
 - Simetria (obsessões de simetria e ordem e compulsões de contagem e repetição);

- **Frame 6**

Tipos de Obsessões



- **Frame 7**

Tipos de Compulsões



- **Frame 8**
 - Os diferentes conteúdos das obsessões dependem: História pessoal; Valores; Interesses; Vulnerabilidades; Contexto social; Temas a que a pessoa dá importância
- **Frame 9**
 - As crenças e os valores de cada um alimentam esta perturbação.
- **Frame 10**
 - A quem afeta a POC?
- **Frame 11**

- É uma perturbação que afeta todos os que rodeiam o indivíduo que sofre de POC
 - É comum, para quem sofre de POC, acabar por pedir a quem o acompanha, para realizar os mesmos rituais.
 - Contribuindo para o aumento da ansiedade das pessoas mais próximas.
- **Frame 12**
- A POC pode ser uma perturbação frustrante e assustadora. Muitas vezes a pessoa sente-se incompreendida, isolada e envergonhada, sendo difícil para os seus familiares e amigos lidar com a situação.
- **Frame 13**
- Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____ Video_5C _____

- **Frame 1**
- Diagnóstico POC: O que acontece se não se tratar?
- **Frame 2**
- A pessoa: Viverá prisioneira dos seus próprios pensamentos e dos seus comportamentos repetidos. O isolamento vai aumentar. Vai continuar a viver com o medo.
 - A ansiedade tendencialmente, continuará a crescer.
 - A sua vida continuará condicionada e gradualmente irá perder toda a vida social, profissional e pessoal.
- **Frame 3**
- No entanto é possível viver com esta doença, de forma mais equilibrada e funcional, como vos irei contar mais à frente!
- **Frame 4**
- Eu tinha a necessidade de entender por que motivo tudo isto me acontecia...
 - Porque é que a minha mente era invadida por pensamentos e imagens de horror como por exemplo: "Magoar a Maria com uma faca..."
- **Frame 5**
- Então a psicóloga explicou-me que a investigação diz que a maioria das pessoas tem pensamentos, imagens ou impulsos, muito parecidos com as obsessões, chamam-se intrusões.
 - Mas nem todas as intrusões se tornam obsessivas.
- **Frame 6**
- Explicou-me que nesta fase do nascimento de um filho, surge naturalmente um aumento súbito da responsabilidade para com esse bebé, o que pode levar a um maior receio de causar dano ao bebé.
- **Frame 7**
- O que parece fazer com que uma intrusão se torne numa obsessão, é a forma como a intrusão é interpretada.
 - Se a intrusão for interpretada de forma muito negativa, devido às crenças da pessoa, esse pensamento vai gerar a tal ansiedade e tendencialmente o pensamento começa a ficar preso, originando o ciclo da POC.
- **Frame 8**
- Intrusões de dúvida?"
 - "Quem nunca ficou na dúvida se fechou o carro? E a porta de casa? Ou se deixou o ferro de engomar ligado?"

- **Frame 9**
- Muitos são os que já experimentaram intrusões de agressão. Por exemplo: estar parado numa passeadeira e ser assaltado pelo pensamento: "e se eu acelerasse o carro e o atropelasse?"
 - "Mas que pensamento parvo! Claro que não o faria!"
- **Frame 10**
- O fluxo de pensamento de cada um é interrompido por distrações diariamente.
- **Frame 11**
- Existem semelhanças entre intrusões e obsessões clínicas: Involuntárias, Indesejadas, Repetitivas, interrompem, Conteúdos similares.
 - ...mas nas intrusões o sujeito tem uma perceção de controlo sobre o pensamento!
- **Frame 12**
- Na obsessão não existe esse controlo
 - Existe um medo associado
 - Estes pensamentos podem ocorrer como ideias, imagens ou impulsos e perturbam a pessoa pela frequência e/ou pelo conteúdo desagradável ou absurdo, gerando ansiedade.
- **Frame 13**
- Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____ Video_6C _____

- **Frame 1**
- Continuando a perceber a POC
- **Frame 2**
- Os pensamentos intrusivos, aparecem de todos os lados, a qualquer momento, mediante estímulo ou não. Quando chegam, dominam qualquer outro pensamento, e apoderam-se de quem vive com a POC.
- **Frame 3**
- No meu caso, quando ia ter com a minha filha, era "assaltado" automaticamente por pensamentos do tipo: "É se eu lhe faço mal? Posso sufocá-la com a almofada...ou queimá-la no banho..."
- **Frame 4**
- Esses pensamentos causavam-me ansiedade extrema, como podia pensar isto??? Ela é o meu grande AMOR! Como poderia pensar em magoá-la?
 - Na minha cabeça o desfecho era sempre terrível!
- **Frame 5**
- Por isso saía depressa de perto dela. Só ficava calmo quando estava mais alguém presente.
 - Estava constantemente a questionar se tinha feito tudo bem? Se a Maria estava bem?
- **Frame 6**
- O problema é que o alívio era temporário, porque logo depois era necessário alimentar, lavar e cuidar da Maria... e a Madalena não conseguia fazer tudo sozinha...
 - Eu queria muito ser bom pai, presente e capaz! Mas não estava a conseguir.
- **Frame 7**
- E vejam algumas das coisas que fiz para tentar minimizar a minha ansiedade...
- **Frame 8**
- Mudei todas as facas de sítio na cozinha (escondia-as), e joguei para o lixo as maiores.
 - E nunca tinha nenhuma visível quando estava com a Maria.
- **Frame 9**
- Instalei câmaras de vigilância em todas as divisões.

- E passava horas a confirmar se não tinha feito nada de errado (principalmente à noite) para ter a certeza de que não tinha magoado a menina.
- **Frame 10**
- Por tudo isto... comecei a ficar obcecado tinha comportamentos “absurdos”, que ninguém entendia! Nos primeiros meses nunca dei um banho à bebé!
 - Se acontecesse alguma coisa à Maria...
 - A culpa seria MINHA!!!
- **Frame 11**
- Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Vídeo_7C_____

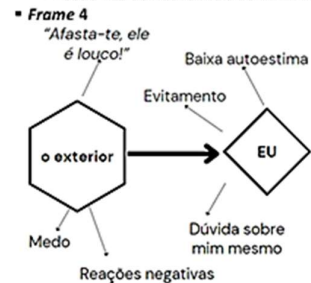
- **Frame 1**
- Como me senti muitas vezes...
- **Frame 2**
- A falta de conhecimento foi uma grande barreira para identificar estes pensamentos e comportamentos como sendo uma perturbação!
- **Frame 3**
- Nunca tinha experienciado nada parecido, e nunca me tinha sentido desta forma!
 - A paternidade aumentou muito o meu sentido de responsabilidade!! E eu só queria ser o melhor Pai!
- **Frame 4**
- A capacidade de reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos de sofrimento psíquico, ajuda na procura de ajuda precoce. E isso fará toda a diferença!
- **Frame 5**
- Na verdade, a minha falta de conhecimento, levou-me a sentir que não fazia parte da sociedade e que era uma “aberração”.
- **Frame 6**
- Quantas vezes pensei: “Enlouqueci, sou um psicopata sem sentimentos?” “Sou um péssimo pai?” “Olha a vergonha para a minha família e amigos” “O que lhes digo? Como explico?”
 - Era o meu preconceito, o meu auto-estigma.
- **Frame 7**
- Contudo, este preconceito também vinha de fora! Senti-me julgado muitas vezes. As pessoas não percebiam os meus comportamentos e comentavam muito!
 - É o estigma social!
- **Frame 8**
- Infelizmente ainda é muito comum na nossa sociedade, e eu não fui diferente, pensar que: “Só vai ao psicólogo ou psiquiatra quem é fraco ou louco!!!”
 - Ou então: “Isso não é doença, tu és é má pessoa... e para isso não há tratamento!”
- **Frame 9**
- Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Vídeo_8C_____

- **Frame 1**
- Continuando a falar no estigma que acompanha a POC.
- **Frame 2**

- Conseguia sentir a discriminação, por exemplo: “As pessoas com doença mental são um perigo para os outros.” “Ele é meio maluco, mas a culpa é dele.” “É melhor afastarmos dele...”
- O estigma pode ser muito cruel principalmente com quem ainda não conhece a sua patologia.

- **Frame 3**
- Este rótulo, fez com que eu começasse a sentir vergonha, a querer disfarçar os meus comportamentos, às vezes inventando muitas desculpas. Sentia-me culpado!!!
 - O medo levou-me a comportamentos de evitamento!!
 - Cada vez duvidava mais de mim! A minha autoestima diminuiu...



- **Frame 5**
- Aceitar, sem recriminações ou receios, o sofrimento psicológico, é o ponto de partida! Porque, só assim, poderemos de alguma forma alcançar uma sociedade mais saudável em toda a sua vertente biopsicossocial.
- **Frame 6**
- Estratégias para lidar com o estigma que a POC me fazia sentir...
- **Frame 7**
- Criar estratégias para lidar com estes meus pensamentos e comportamentos foi mais um obstáculo para identificar que eu tinha um problema real.
- **Frame 8**
- Como não sabia o que dizer às pessoas... ou como explicar...
- **Frame 9**
- Além do que já vos contei que fiz em casa com as facas e as câmaras...
- **Frame 10**
- Passei a evitar situações em que estivesse sozinho com a Maria. Durante muito tempo arranjei desculpas para me afastar!
 - Em muitas alturas senti-me a pior pessoa do mundo, o mais covarde! “Um rato que abandona o barco...”
- **Frame 11**
- Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Vídeo_9C_____

- **Frame 1**
- Continuando a conhecer a POC...
- **Frame 2**

- O medo e a vergonha faziam-me viver num ciclo de: Pensamentos, Ansiedade, Compulsões, Alívio temporário

▪ **Frame 3**



▪ **Frame 4**

- Quando dei por mim, quase não passava tempo com a Maria.

▪ **Frame 5**

- Apesar da minha esposa me ter dado apoio no início dos sintomas, acabou por perder a paciência e reear que eu nunca mais voltasse ao meu "modo de funcionamento normal".

▪ **Frame 6**

- Ela sentia-se triste e indignada por ter de assumir todas as tarefas relacionadas com a Maria.

▪ **Frame 7**

- A Madalena estava exausta e o meu casamento quase desfeito.... Também meus pais não me reconheciam nestes comportamentos!
- Fiquei tão abalado que acabou por afetar também o meu trabalho - eu não aguentava mais stress e pressão.

▪ **Frame 8**

- Foi apenas quando senti o sofrimento da Madalena, que percebi que teria de fazer algo por mim! Foi nessa altura que procurei ajuda especializada.

▪ **Frame 9**

- E como já vos contei cheguei à psicóloga!! No início do tratamento ela explicou-me no que consistia a perturbação, quais os ciclos que faziam com que a perturbação se mantivesse "alimentada" ...
- E o processo começou...

▪ **Frame 10**

- A POC, quanto mais cedo for diagnosticada e tratada, maior é a hipótese de sucesso terapêutico.

▪ **Frame 11**

- Muito obrigada pela atenção!
- Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Vídeo_10C_____

▪ **Frame 1**

- Terapias mais eficazes na POC

▪ **Frame 2**

- A terapia que tem demonstrado mais eficácia para o tratamento da POC, é a terapia Cognitivo Comportamental (TCC).

- Trata-se de uma terapia que procura trabalhar as questões comportamentais, ensinando a pessoa a lidar com a ansiedade provocada pelas obsessões, ajudando a identificar e reduzir as compulsões e interrompendo aquele ciclo.

▪ **Frame 3**

- Um dos objetivos principais da TCC é demonstrar às pessoas que, embora NÃO possam controlar todos os aspetos do mundo ao seu redor, podem assumir o controlo de como pensam, interpretam e interagem com aquilo que os rodeia.

▪ **Frame 4**

- Embora a maioria das pessoas com POC tenha de conviver sempre com alguns sintomas, aprendem a geri-los sem causar sofrimento extremo.
- A TCC combina técnicas cognitivas e comportamentais, que se baseiam no princípio de: De que forma pensamos (cognição)? Como sentimos (emoção)? Como agimos (comportamento)? De que forma estes interagem entre si.

▪ **Frame 5**

- Se eu pensar que vou magoar a Maria (pensamento), vou ficar com medo (emoção) e vou reagir para evitar o medo (comportamento).

▪ **Frame 6**

- A psicóloga nas primeiras sessões foi muito clara relativamente às fases da terapia
- Começou por aplicar alguns questionários, e elaborámos em conjunto o plano de tratamento. Traçámos objetivos específicos e aos poucos fomos, devagar, atingindo as metas!

▪ **Frame 7**

- Algumas das estratégias utilizadas comigo foram:
- Observação direta de alguns dos meus comportamentos.
- Automonitorização (tinha de registar os meus pensamentos, sensações e comportamentos).

▪ **Frame 8**

- Experiências comportamentais (expor-me a algo ativador da obsessão e evitar realizar a compulsão)
- Exposição e prevenção da resposta

▪ **Frame 9**

- Discussão cognitiva (identificarmos as crenças que me faziam acreditar que as minhas obsessões eram muito importantes e discutirmos a veracidade e a importância das mesmas).

▪ **Frame 10**

- Muito obrigada pela atenção!
- Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Vídeo_11C_____

▪ **Frame 1**

- Como a Terapia funcionou comigo!

▪ **Frame 2**

- Na terapia fui sendo encorajado a identificar e desafiar padrões de pensamentos negativos e comportamentos que interferem com o meu modo de funcionamento.

▪ **Frame 3**

- A psicóloga foi-me ajudando a perceber a minha perturbação, e desconstruindo as crenças. Falávamos de como surgiam os pensamentos e quais os meus comportamentos. E como me sentia depois de os realizar...

▪ **Frame 4**



▪ **Frame 5**

- Fomos encontrando pensamentos alternativos, permitindo-me mudar a forma como me sentia em relação a determinadas situações.

▪ **Frame 6**

- Análise racional e validade do pensamento.
- Por exemplo quando pensava podia magoar a Maria com uma faca, a psicóloga questionava-me: *Qual a probabilidade de isto acontecer? "Já alguma vez magoou alguém com uma faca? Ou de outra forma intencionalmente? Ou magoou a sua filha?"*

▪ **Frame 7**

- Exposição e prevenção da resposta
- Gradualmente a terapeuta foi-me solicitando que não realizasse as compulsões e evitamentos.
- Nesta fase o apoio da Madalena foi fundamental. Ela sabia de tudo o que se passava e confiava em mim e no processo.

▪ **Frame 8**

- Um dia a psicóloga pediu-me que trocasse a fralda da Maria sozinho... A Madalena ficou na cozinha!!
- E que noutro dia lhe desse banho.

▪ **Frame 9**

- Aquilo pareceu-me impossível... Mas eu sabia que se não contrariasse "as minhas manias" elas iriam "comer-me"! Foi difícil ao início... Mas ao contrariar-me, fui perdendo toda aquela avalanche de pânico!

▪ **Frame 10**

- Muito obrigada pela atenção!
- Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

-----Vídeo_12C-----

▪ **Frame 1**

- Como funciona a Terapia comigo até hoje!

▪ **Frame 2**

- Passo a passo, fui-me comprometendo a não fazer as compulsões e evitamentos, e o que ao início me provocava muita ansiedade, aos poucos foi-se dissipando, dando lugar à liberdade que há muito tempo não sentia!

▪ **Frame 3**

- Fui aprendendo que não posso controlar tudo, mas posso disciplinar os meus comportamentos, através da importância que dou aos meus pensamentos.

▪ **Frame 4**

- A paternidade invadiu-me de responsabilidades e medos... Que afinal são naturais e comuns!
- Passei a ter a certeza que: "Pensamentos, são só pensamentos, não são ações! É impossível controlar todos os pensamentos, mas controlo as minhas ações! Eu jamais magoaria a minha bebé!"

▪ **Frame 5**

- A psicóloga disse-me que a investigação na POC com conteúdos agressivos tem sido estudada na gravidez e pós-parto.
- Esta é uma fase de grandes alterações nas vidas dos pais!

▪ **Frame 6**

- Pode acontecer uma interpretação errada de pensamentos que são comuns no pós-parto e atribuir-lhes significado relacionado com a segurança do bebé.
- Ter comportamentos e precauções para ir contra estas obsessões vai reforçar o problema.

▪ **Frame 7**

- No meu caso, depois de algumas semanas de terapia comecei a sentir muitas melhoras. Já não evitava as situações, já conseguia estar sozinho com a Maria. Os pensamentos ainda me visitavam de vez em quando, mas eu não os deixava ficar!
- Retirei quase todas as câmaras, e deixei de ver as filmagens!

▪ **Frame 8**

- Já passaram uns anos...
- Hoje a Maria já tem 6 anos... Não vou dizer que sou completamente descontraído, ainda tenho dúvidas e receios, mas...

▪ **Frame 9**

- ... hoje sinto-me mais leve e capaz!
- Livre para amar a minha filha, sem medo de a magoar... estar com ela sozinho sem limitações.
- Posso amar e ser amado pela minha mulher.
- Já sei identificar os sinais, e procuro apoio quando preciso.

▪ **Frame 10**

- A prisão tornou-se um lugar longínquo...
- Sei que não sou louco nem má pessoa... E sou um pai e marido presente!

▪ **Frame 11**

- Sou uma pessoa mais feliz e saudável psicologicamente, e este bem-estar reflete-se em todas as esferas da minha vida... sendo a mais valiosa a minha família!

▪ **Frame 12**

- Podemos sempre mudar a nossa história...

▪ **Frame 13**

- Trate bem da sua saúde mental! É um bem precioso!
- "A nossa maior ilusão é acreditar que somos o que pensamos ser." Henri Amiel

▪ **Frame 14**

- Muito obrigada pela atenção nos últimos dias!
- Até um dia...

Apêndice VIII

Guião dos Vídeos do Enfarte Agudo do Miocárdio

Guião I Enfarte Miocárdio

_____Vídeo_1E_____

- **Frame 1**
 - Sou o José Tenho 35 anos
 - Profissão Engenheiro Civil
- **Frame 2**
 - Nasci e cresci numa aldeia perto da cidade de Tomar
- **Frame 3**
 - Tenho memórias de uma infância feliz!
- **Frame 4**
 - Na adolescência comecei a ganhar peso...; ...mas nunca me senti mal com isso.
- **Frame 5**
 - Fui estudar engenharia civil em Coimbra
- **Frame 6**
 - Quando fui para a universidade tornei-me mais sedentário, com uma alimentação desadequada e comecei a fumar...
- **Frame 7**
 - Continuava acima do peso...
 - ... mas não tinha problemas nem queixas. Sentia-me bem!!!
- **Frame 8**
 - Não tinha o hábito de fazer consultas de rotina, mesmo com a insistência da minha mãe.
 - “temos muitas doenças na família” dizia ela.
- **Frame 9**
 - Na viagem de finalistas conheci a Madalena. Nunca mais nos separámos!
 - O meu peso nunca foi um problema para ela, mas sempre me chamou à atenção para o meu estilo de vida pouco saudável!
- **Frame 10**
 - Terminado o curso mudei-me para Lisboa, para junto da Madalena.
 - A adaptação foi difícil e com muito stress: Emprego novo; Novas rotinas; Muito trânsito; Menos amigos ...
- **Frame 11**
 - Comecei a trabalhar em Lisboa. E trabalho há 12 anos na mesma empresa.
- **Frame 12**
 - Três anos depois casámos, tínhamos 26 anos e a vida toda pela frente!
- **Frame 13**
 - Sou casado com a Madalena há 9 anos!
- **Frame 14**
 - E somos pais muito orgulhosos da Maria!
- **Frame 15**
 - ... e se tiverem algum tempo...
 - ...irei partilhar convosco uma parte da minha vida, em que fui apanhado de surpresa e para a qual não estava preparado!
- **Frame 16**
 - Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Vídeo_2E_____

- **Frame 1**
 - Tudo estava bem!
- **Frame 2**
 - A Maria nasce a 22 de Agosto de 2017 quando eu tinha 28 anos. O dia mais feliz da minha vida!
- **Frame 3**
 - Mas tudo mudou a 15 de Janeiro de 2018
 - Era segunda-feira, e quando acordei já não me sentia muito bem, estava indisposto, no entanto, fui trabalhar.
 - Quando saí do metro senti uma dor no peito, falta de ar, tonturas... e não me recorde de mais nada.
- **Frame 4**
 - “Sr. José, teve um enfarte do miocárdio”
 - As palavras do médico, que eu nunca irei esquecer... Não acreditava!!
- **Frame 5**
 - Depois de uma cirurgia, muitos exames, análises e uns dias de internamento voltei para casa.
 - Mas tinha um longo caminho pela frente... tinha de mudar o meu estilo de vida.
- **Frame 6**
 - Tudo o que me conduziu aqui!
- **Frame 7**
 - Agora era tempo de mudança!!
 - E tudo o que aprendi partilharei convosco!
- **Frame 8**
 - Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Vídeo_3E_____

- **Frame 1**
 - Vamos perceber o que me aconteceu...
- **Frame 2**
 - As doenças cardiovasculares (cardio = coração; vasculares = vasos sanguíneos) afetam o sistema circulatório, ou seja, o coração e os vasos sanguíneos (artérias, veias e vasos capilares).
- **Frame 3**
 - As doenças cardiovasculares (DCV) são de vários tipos, sendo as mais preocupantes a doença das artérias coronárias (artérias do coração) e a doença das artérias do cérebro.
- **Frame 4**
 - Quase todas as DCV são provocadas por aterosclerose, ou seja, pelo depósito de placas de gordura e cálcio no interior das artérias, o que dificulta a circulação sanguínea nos órgãos e pode mesmo chegar a impedi-la.
- **Frame 5**
 - Quando a aterosclerose se desenvolve nas artérias do cérebro, pode originar sintomas como alterações de memória, tonturas e acidente vascular cerebral (AVC).
- **Frame 6**
 - Quando a aterosclerose aparece nas artérias coronárias, pode causar sintomas e doenças como a angina de peito, ou provocar um enfarte do miocárdio.
- **Frame 7**

- O controlo dos fatores de risco é a melhor forma de prevenir as doenças cardiovasculares.
- **Frame 8**
 - Os fatores de risco podem ser modificáveis ou não modificáveis.
 - Irei falar-vos sobre esses fatores, e quais deles foram (e alguns ainda são) os meus.
- **Frame 9**
 - Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____ Vídeo_4E _____

- **Frame 1**
 - Vamos perceber alguns dos fatores de risco modificáveis para prevenção de um enfarte.
- **Frame 2**
 - Fatores de risco modificáveis
 - Colesterol elevado (hipercolesterolemia); Triglicéridos elevados (hipertrigliceridemia)
- **Frame 3**
 - Fatores de risco modificáveis
 - Açúcar elevado no sangue (diabetes); Pressão arterial elevada (hipertensão arterial)
- **Frame 4**
 - Fatores de risco modificáveis
 - Excesso de peso e obesidade; Hábito de fumar; Abuso de bebidas alcoólicas; Pouco exercício físico (sedentarismo)
- **Frame 5**
 - Colesterol elevado (Hipercolesterolemia)
 - O colesterol é uma das gorduras que circulam no sangue.
- **Frame 6**
 - Existem 2 tipos de colesterol: o HDL que ajuda a remover o colesterol LDL da parede das artérias que se acumula no interior destas e provoca a aterosclerose, levando a doenças graves, como o enfarte do miocárdio ou o AVC.
- **Frame 7**
 - Colesterol elevado (Hipercolesterolemia)
 - Os valores recomendados são: colesterol total < 190 mg/dl; colesterol LDL < 115 mg/dl; colesterol HDL ≥ 40-45 mg/dl
- **Frame 8**
 - Triglicéridos elevados (hipertrigliceridemia)
 - Os valores são muito dependentes da alimentação e, normalmente, valores altos indicam uma alimentação rica em gorduras.
- **Frame 9**
 - Habitualmente, pessoas com triglicéridos elevados têm valores reduzidos de HDL. Valores de HDL baixos são um fator de risco para as doenças cardiovasculares. Recomenda-se ter um valor de triglicéridos abaixo de 150 mg/dl.
- **Frame 10**
 - Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____ Vídeo_5E _____

- **Frame 1**
 - Continuando nos fatores de risco modificáveis para prevenção de um enfarte.
- **Frame 2**
 - Diabetes

- A diabetes aparece sempre que, por alguma razão, o nosso organismo não consegue produzir insulina suficiente. A insulina ajuda a controlar os níveis de açúcar no sangue.
- **Frame 3**
 - Tipo 1: diagnosticada em criança ou jovem (maioria das vezes tem origem genética). Tipo 2: identificada em idades mais tardias, tem uma origem ligada aos estilos de vida. Tipo MODY: normalmente diagnosticada nos jovens (origem genética).
- **Frame 4**
 - Pressão arterial elevada (hipertensão arterial)
 - Quando se tem hipertensão arterial, significa que o sangue está a fluir com uma pressão muito grande no interior das artérias, e isto pode provocar o aparecimento de lesões nas suas paredes.
- **Frame 5**
 - O nosso corpo tenta reparar essas lesões, mas pode levar ao espessamento e perda de elasticidade da parede das artérias, formando-se, por vezes, coágulos que levam à sua oclusão e ao compromisso da circulação sanguínea.
- **Frame 6**
 - Considera-se hipertensão arterial quando: pressão máxima ≥ 140 mmHg (14) ou pressão mínima ≥ 90 mmHg (9)
- **Frame 7**
 - Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____ Vídeo_6E _____

- **Frame 1**
 - Falando um pouco mais dos fatores de risco modificáveis para prevenção de uma doença cardiovascular.
- **Frame 2**
 - Excesso de peso e obesidade
 - A obesidade e o excesso de peso já são considerados uma grande epidemia deste século. Deve-se a estilos de vida pouco saudáveis dos tempos modernos.
- **Frame 3**
 - A falta de exercício físico, o baixo consumo de legumes e fruta, o consumo de refrigerantes e de refeições pré-cozinhadas são dos fatores que mais têm contribuído para esta epidemia no mundo inteiro.
- **Frame 4**
 - Pouco exercício físico (sedentarismo)
 - De acordo com o estudo "Os Portugueses e o Sedentarismo": 64% das pessoas praticam menos de 1,5 h de exercício físico por semana; Com o avançar da idade, esta tendência de hábitos sedentários aumenta.
- **Frame 5**
 - Hábitos tabágicos (inclui o fumo passivo)
 - A inalação do fumo e dos químicos do tabaco é responsável por grande parte dos cancro do pulmão, traqueia e por muitas outras doenças.
- **Frame 6**
 - O hábito de fumar é um importante fator de risco cardiovascular.
- **Frame 7**
 - O tabaco contribui para o endurecimento e menor elasticidade das paredes das artérias, promovendo a aterosclerose (a acumulação de gordura e de outros químicos que leva à formação de trombos) e, assim, contribuindo para doenças graves como o AVC ou o enfarte do miocárdio.

- **Frame 8**
 - Abuso de bebidas alcoólicas
 - O álcool, além de causar doenças do fígado, como a cirrose, também prejudica muito outros órgãos, como o coração, o cérebro e os testículos, enfraquecendo as artérias e danificando ou matando as células.
- **Frame 9**
 - O consumo excessivo de bebidas alcoólicas está diretamente associado ao aumento dos triglicéridos e do colesterol, além de prejudicar o funcionamento de vários órgãos.
- **Frame 10**
 - Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Video_7E_____

- **Frame 1**
 - Vamos agora perceber alguns dos fatores de risco não modificáveis para prevenção de uma doença cardiovascular.
- **Frame 2**
 - Fatores de risco não modificáveis
 - Idade; Sexo; Genética (inclui a história familiar de doenças cardiovasculares)
- **Frame 3**
 - Ser-se do sexo masculino é um fator de risco para as doenças cardiovasculares, que agrava com o envelhecimento.
- **Frame 4**
 - As mulheres, até à menopausa, estão mais protegidas, pois as hormonas femininas defendem-nas.
- **Frame 5**
 - No entanto, antes da menopausa, as mulheres também se devem preocupar com os seus níveis de colesterol e outros fatores de risco cardiovascular, especialmente com o hábito de fumar e a má alimentação, pois a doença cardiovascular está a aumentar no sexo feminino, e desde idades jovens.
- **Frame 6**
 - Fatores genéticos
 - Hipercolesterolemia familiar; Diabetes tipo 1 e tipo MODY; Alteração nos genes envolvidos na coagulação
- **Frame 7**
 - Se alguém da sua família teve uma doença cardiovascular em idade jovem, a sua probabilidade de vir a ter também uma doença cardiovascular prematura é maior do que a de outra pessoa que não tenha uma história familiar destas doenças.
- **Frame 8**
 - Deve contar sempre ao seu médico a sua história de saúde familiar porque isso pode ajudar a prevenir o aparecimento dessas doenças.
- **Frame 9**
 - Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Video_8E_____

- **Frame 1**
 - Continuando a falar do Risco Cardiovascular
- **Frame 2**

- O risco cardiovascular global é muito importante e significa que se deve ter atenção a todos os fatores de risco ao mesmo tempo, e não só a cada um isoladamente. O combate aos fatores de risco deve fazer-se em conjunto, de forma a tentar controlar todos em simultâneo.
- **Frame 3**
 - Os fatores de risco potenciam-se uns aos outros, ou seja, ter excesso de peso ou obesidade irá aumentar a probabilidade de ter diabetes e colesterol elevado.
- **Frame 4**
 - Fatores de risco na população portuguesa
 - Num estudo desenvolvido no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge mostrou que, numa população entre os 18 e os 79 anos, cerca de 55% das pessoas têm 2 ou mais fatores de risco cardiovasculares.
- **Frame 5**
 - Fatores de risco em Portugal
 - Mais de metade tem excesso de peso ou obesidade; Cerca de 40% têm hipertensão arterial; 1/4 são fumadores; Cerca de 30% têm colesterol muito elevado; Elevado número de pessoas com diabetes.
- **Frame 6**
 - Estes números mostram que, em Portugal, ainda há muito por fazer para baixar o risco de doença cardiovascular, sobretudo do AVC, em que somos um dos países com maior mortalidade na Europa.
- **Frame 7**
 - Avaliar o risco de doença cardiovascular
 - Prever o risco cardiovascular de uma pessoa é muito importante para os profissionais de saúde na prevenção de doenças cardiovasculares.
- **Frame 8**
 - Existem várias ferramentas e métodos que são aplicados por profissionais de saúde tendo em conta vários fatores no cálculo da avaliação de risco.
- **Frame 9**
 - Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Video_9E_____

- **Frame 1**
 - Agora é tempo de tratar do nosso coração e mantê-lo saudável!
- **Frame 2**
 - Seja ativo
 - A prática de exercício físico aumenta a qualidade de vida!
- **Frame 3**
 - Praticar atividade física de intensidade moderada, meia hora por dia, pelo menos 5 dias por semana, ajuda a reduzir o risco de doença cardíaca.
- **Frame 4**
 - Controle o seu nível de colesterol
 - colesterol total < 190 mg/dl colesterol LDL < 115 mg/dl
- **Frame 5**
 - Uma boa alimentação e a prática de exercício físico contribuem para baixar o seu colesterol. Contribui para que as suas artérias se mantenham limpas e impede que se criem obstruções.
- **Frame 6**
 - Coma melhor

- Tenha hábitos alimentares saudáveis (coma mais fruta, vegetais, fibras e peixe e reduza o consumo de gorduras, açúcar e sal).
- **Frame 7**
- A comida saudável é o combustível que o nosso corpo usa para construir novas células e para produzir a energia de que precisamos para viver e combater as doenças.
- **Frame 8**
- Perca peso
 - Se tiver muita gordura acumulada, especialmente no abdómen, tem maior risco de ter pressão arterial alta, colesterol elevado e diabetes.
- **Frame 9**
- Se tiver excesso de peso, mesmo que perca só 3 a 5 kg isso já pode ajudar a diminuir a sua pressão arterial.
- **Frame 10**
- Procure saber o seu Índice de massa corporal (IMC) IMC ideal <25kg/m²; Para calcular divida o seu peso em quilogramas pela sua altura em metros ao quadrado peso (kg)/altura² (em metros)
 - disponível em www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt.
- **Frame 11**
- Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Vídeo_10E_____

- **Frame 1**
- Continuando a tratar do nosso coração e a mantê-lo saudável!
- **Frame 2**
- Controle a sua pressão arterial
 - Pressão arterial < 140/90 mm Hg
- **Frame 3**
- Quando a pressão arterial está dentro dos limites recomendados, o seu coração, artérias e rins não estão sobrecarregados, o que contribui para os manter saudáveis por mais tempo.
- **Frame 4**
- Reduza o açúcar
 - Deve diminuir o consumo de açúcares simples, que existem nos refrigerantes, doces, entre outros alimentos.
 - Glicemia normal (em jejum) <100 mg/dl
- **Frame 5**
- Deixe de fumar
 - Fumar danifica todo o seu sistema circulatório. Fumar também pode diminuir os valores do colesterol bom (HDL) e a sua capacidade respiratória, dificultando as atividades diárias.
- **Frame 6**
- Diminua o stress
 - A ansiedade ou tensão emocional exagerada (stress) pode levar à adoção de maus hábitos, como fumar, comer mal ou ser sedentário, que são fatores de risco para a doença cardiovascular.
- **Frame 7**
- Alterar o seu comportamento, controlando o stress, pode ajudá-lo a reduzir o risco de desenvolver uma doença cardiovascular.

- O exercício físico e a meditação têm um efeito muito positivo no controlo da ansiedade e do stress.
- **Frame 8**
- Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Vídeo_11E_____

- **Frame 1**
- As mudanças depois do enfarte...
- **Frame 2**
- Inicie o processo de Reabilitação Cardíaca
 - “é um programa multidisciplinar concebido para apoiar doentes com doenças cardíacas a fazer mudanças saudáveis no estilo de vida. O objetivo é retomar as atividades que interromperam após um episódio do foro cardíaco e identificar os comportamentos que podem ser mais amigos do coração.” <https://www.healthy-heart.org>
- **Frame 3**
- Esta reabilitação é promovida por uma equipa multidisciplinar de profissionais: cardiologistas, enfermeiros especializados, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos.
- **Frame 4**
- O programa é personalizado de acordo com os resultados e as preferências do doente. Estes testes serão repetidos ao longo do programa para monitorizar a evolução.
- **Frame 5**
- O treino supervisionado de exercícios aeróbicos e de resistência é uma parte muito importante da reabilitação cardíaca, e destina-se a aumentar a capacidade de exercício do doente.
- **Frame 6**
- A “dose” de exercício é prescrita individualmente e adaptada continuamente de acordo com a capacidade física e a situação específica.
- **Frame 7**
- Se fumar, deve parar de imediato e permanentemente.
- **Frame 8**
- Um nutricionista analisa os hábitos alimentares e sugere melhorias quando necessário.
- **Frame 9**
- Com base nas leituras da pressão arterial ou nos níveis de colesterol no sangue, o médico pode ajustar os medicamentos.
- **Frame 10**
- As doenças cardíacas podem ser uma experiência psicologicamente exigente. Um psicólogo ajuda a processar essas mudanças importantes.
- **Frame 11**
- Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

_____Vídeo_12E_____

- **Frame 1**
- Vida nova! Novos hábitos!
- **Frame 2**
- No meu caso, tive um enfarte do miocárdio sem complicações! Os meus fatores de risco mais evidentes foram: Hipercolesterolemia familiar – uma doença genética do colesterol;

- Hipertensão arterial; Excesso de peso aliado a má alimentação; Ser fumador; Ser sedentário.
- Elevados níveis de ansiedade e stress
- **Frame 3**
- Deixei de fumar!!!
 - ... mas foi difícil, não nego! Precisei de aconselhamento psicológico e tratamento farmacológico.
- **Frame 4**
- Emagreci
 - Inicialmente com apoio de uma nutricionista, passei a ter uma alimentação muito mais equilibrada e saudável. Passados 2 anos tinha menos 20 kg!!
 - Ainda cometo pequenos pecados da gula, mas só em ocasiões especiais.
- **Frame 5**
- Pratico exercício físico regularmente
 - Atualmente faço musculação 3 a 4 vezes por semana, e vou à natação com a Madalena e a Maria 2 vezes por semana.
- **Frame 6**
- Tive acompanhamento psicológico
 - E mantive a psicoterapia alguns meses...
- **Frame 7**
- Conhecimento é PODER
 - Foi muito importante ter acesso a esta informação que me ensinou a lidar com as exigências colocadas por este processo de reabilitação após o enfarte.
 - Agora dispondo de recursos pessoais que me permitem controlar e diminuir a minha vulnerabilidade à doença cardíaca.
- **Frame 8**
- Atualmente eu...
 - Mantenho a medicação para o colesterol e hipertensão; Tenho uma alimentação muito mais saudável e adequada; Pratico exercício físico com regularidade (e até gosto!!); Vou a consultas médicas de rotina;
- **Frame 9**
- O enfarte foi um momento muito difícil, mas de viragem na minha vida!! Tive a sorte de me cruzar com as pessoas certas e ter acesso a cuidados e informação, o que me permitiu fazer todas as escolhas até agora!
- **Frame 10**
- Sou uma pessoa mais saudável física e psicologicamente, e este bem-estar reflete-se em todas as esferas da minha vida... sendo a mais valiosa a minha família!
- **Frame 11**
- Trate bem da sua saúde! É um bem precioso!
 - "Uma boa cabeça e um bom coração são sempre uma combinação formidável." Nelson Mandela
- **Frame 12**
- Muito obrigada pela atenção nos últimos dias!
 - Até um dia...