

BÁRBARA DE BRITO GOMES

“SOCIALMente”

A EDUCAÇÃO SOCIAL COMO FERRAMENTA DE
DESENVOLVIMENTO DE LITERACIA EM SAÚDE
MENTAL DOS ADOLESCENTES



BÁRBARA DE BRITO GOMES

“SOCIALMente”

A EDUCAÇÃO SOCIAL COMO FERRAMENTA DE
DESENVOLVIMENTO DE LITERACIA EM SAÚDE
MENTAL DOS ADOLESCENTES

Mestrado em Educação Social

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Dra. Emília Isabel Martins Teixeira da Costa



Título:

“SOCIALMente”: A Educação Social como ferramenta de desenvolvimento de Literacia em Saúde Mental dos adolescentes.

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.

Assinatura

Copyright

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

Estendo os meus mais sinceros e profundos agradecimentos às seguintes pessoas:

À Professora Doutora Emília Costa, pela sua incrível gentileza, sabedoria, disponibilidade, compreensão e amizade ao longo de todo o percurso de orientação que foi levado a cabo durante este ano. Por me conduzir na direção certa, facultar apoio e informação, e me fazer ver que, apesar de parecer que está tudo a correr mal, há sempre algo a retirar e a aprender daquilo que vivemos, fazemos, experienciamos. Tudo é útil, nada é descartável, por muito que não seja aquilo que se esperava. Com certeza tenho a agradecer pelo impacto que teve no meu crescimento pessoal e profissional no final desta jornada e na realização deste projeto. Levarei este crescimento para a minha futura carreira e para a minha vida inteira. Muito grata, professora.

Ao pessoal da Associação Sê Mais Sê Melhor e do IPDJ pelos momentos, experiências e aprendizagens que partilhámos, por me fazerem sentir acolhida, por se disponibilizarem para me ajudar e apoiar, por me ajudarem a crescer. Um obrigada especial à fantástica Sofia, a minha tutora de estágio, pelo seu carinho, amizade, disponibilidade, mentoria e paciência. Foi um prazer cruzar o teu caminho e ter-te como minha mentora ao longo desta etapa desafiante da minha vida. Obrigada por seres a primeira a acreditar e a confiar em mim, e por sempre me dares ‘asas para voar’. Muito grata, Sofia.

À direção do Agrupamento de Escolas Pinheiro e Rosa, pela aprovação deste projeto e aos/às docentes da turma que este envolveu, pela sua disponibilidade para a realização do mesmo. Em especial, obrigada à diretora de turma e docente Tânia Martins por tornar a realização deste projeto possível, pelo seu interesse e voto de confiança em mim para trabalhar com a sua turma, pela sua disponibilidade e competência em todos os aspetos que envolveram a nossa colaboração, muito grata!

À turma que participou no projeto, pela sua colaboração e paciência. Obrigada por me aturarem, mesmo quando não queria. Por fazerem um esforço e participarem nas tarefas que eu tinha para vocês. Obrigada pelos momentos magníficos e as aprendizagens que em mim despertaram. Espero ter feito a mínima diferença para vocês também. Muito sucesso para o resto da vossa vida.

Ao grupo de estagiários da licenciatura de Educação Social, com o qual partilhei os meus meses de estágio na Associação. Obrigada por terem feito parte deste projeto, por me acompanharem durante as sessões, facilitarem o processo e ajudarem a que tudo parecesse muito mais ‘leve’. Obrigada por me convidarem a participar nas vossas atividades, pelos momentos e aprendizagens que partilhámos. Obrigada pela amizade e os risos. Muito sucesso nesta próxima etapa da vossa vida.

À minha família, sobretudo à minha mãe, à minha irmã, à minha avó e à Lucy, por todo o apoio incondicional que me ofereceram, não apenas na realização deste projeto, mas ao longo de todo o meu percurso como estudante neste mestrado e estagiária na Associação. Sem vocês não teria a força nem a confiança para avançar nestes momentos-chave da minha vida e manter a minha saúde mental, afinal é disso que aqui falamos. Obrigada, mãe, sem ti não conseguiria ter chegado até aqui. Guardo o teu amor, carinho, apoio, dedicação e força com muita gratidão, para sempre, no meu ser. Bia, obrigada por me obrigares a trabalhar, por me ajudares da maneira que podes, por nunca me deixares desistir, procrastinar, deixar de acreditar em mim e nas minhas capacidades. Ter-te ao meu lado durante este trajeto foi das coisas mais preciosas que tive a sorte de experienciar

nestes anos, podes ter a certeza que farei o mesmo por ti quando chegar a tua vez. Muito grata por ti irmã.

Às minhas amigas, as que estão perto e as que estão longe, as que já estavam na minha vida e as que se juntaram a ela nestes anos de mestrado. Obrigada por se juntarem a mim em dias e noites de trabalho, celebrarem-me, motivarem-me e fazerem-me acreditar no meu potencial e nas minhas capacidades para alcançar os meus objetivos. Por servirem de exemplo como mulheres determinadas, lutadoras, bondosas e magníficas que são. Por marcarem o meu percurso pessoal e profissional desde sempre e moldarem a pessoa que sou hoje. Não podia ter pedido melhores amizades para a minha vida. Vocês são raras, muito grata por vocês meus amores.

Por último, obrigada a mim por não ter desistido, por me ter superado e aos meus receios e inseguranças, e ter tido a coragem de concretizar os meus objetivos todos estes anos. Obrigada pelo esforço, o trabalho e a resiliência. Muito grata a mim.

Resumo

O presente relatório retrata uma investigação/intervenção no âmbito de um estágio curricular referente ao Mestrado em Educação Social. Tem como principal objetivo apresentar e avaliar o projeto SOCIALMente levado a cabo na Associação Sê Mais Sê Melhor- Associação para a Promoção do Potencial Humano, tendo como público-alvo os/as alunos/as de uma turma do 3º ciclo de uma Escola Básica do concelho de Faro pertencente ao Agrupamento de Escolas Pinheiro e Rosa (AEPR). Dado o desenvolvimento e prevalência de perturbações mentais na adolescência, promover a Literacia em Saúde Mental (LSM) dos adolescentes é um fator determinante na prevenção da ocorrência de perturbações mentais e na promoção do bem-estar destes indivíduos a longo-prazo (Kelly, Jorm & Wright, 2007). A Educação Social pode desempenhar um papel importante neste sentido, capacitando os adolescentes através de competências e conhecimentos sobre a saúde e as perturbações mentais, num diálogo de saberes multidisciplinares inserido no plano do contributo das ciências sociais para a saúde coletiva (Canesqui, 2003). O projeto teve como objetivo promover o desenvolvimento da LSM através da implementação de uma ação socioeducativa com o público-alvo. A Investigação-ação foi o método de investigação utilizado, com uma abordagem metodológica mista. O procedimento envolveu a recolha de dados em três etapas: diagnóstico, ação e avaliação. A análise descritiva dos dados demonstrou que a maioria dos/as alunos/as tinha conhecimentos adequados acerca da ansiedade e depressão em ambos os momentos de análise, sem melhorias significativas após a sua participação na ação. A análise de conteúdo fez emergir três categorias principais da observação da ação socioeducativa: (1) as estratégias socioeducativas, (2) os desafios e (3) as percepções sobre o trabalho realizado. Esta investigação-ação permitiu o desenvolvimento e implementação de uma ação socioeducativa para a promoção da LSM, a compreensão dos fatores associados ao seu sucesso e a reflexão acerca das competências essenciais ao Educador Social neste tipo de projetos e com este público-alvo. Assim, apesar das suas limitações, considera-se que este estudo contribui para a evolução do conhecimento científico no campo teórico-prático da Educação Social, nomeadamente do seu potencial para a educação para a saúde, bem como para informar a futura realização de programas/intervenções que proponham o desenvolvimento da LSM com o público-alvo.

Termos-chave: Educação Social; Literacia em Saúde Mental; Adolescentes; Saúde mental; Investigação-ação; Ação Socioeducativa.

Abstract

This report portrays an investigation/intervention within the scope of a curricular internship relating to the Master's in Social Education. Its main objective is to present and evaluate the project SOCIALMente carried out at the Associação Sê Mais Sê Melhor – Associação para a Promoção do Potencial Humano, with the target audience being the students from a 3rd cycle class at a middle school in the municipality of Faro belonging to the Pinheiro e Rosa School Group. Given the development and prevalence of mental disorders in adolescence, promoting Mental Health Literacy (MHL) in adolescents is a determining factor in preventing the occurrence of mental disorders and promoting the well-being of these individuals in the long term (Kelly, Jorm & Wright, 2007). Social Education can play an important role in this sense, empowering adolescents through skills and knowledge about mental health and disorders, in a dialogue of multidisciplinary knowledge within the scope of the contribution of social sciences to collective health (Canesqui, 2003). The project aimed to promote the development of MHL through the implementation of a socio-educational action with the target audience. Action-research was the research method used, with a mixed methods approach. The procedure involved collecting data in three stages: diagnosis, action and evaluation. The descriptive analysis of the data demonstrated that most students had adequate knowledge about anxiety and depression at both moments of analysis, without significant improvements after their participation in the action. Content analysis revealed three main categories from the observation of the socio-educational action: (1) socio-educational strategies, (2) challenges and (3) perceptions about practice. This action-research allowed the development and implementation of a socio-educational action to promote MHL, the understanding of the factors associated with its success and to reflect upon the essential skills for the Social Educator in this type of projects and with this target audience. Thus, despite its limitations, it is considered that this study contributes to the evolution of scientific knowledge in the theoretical-practical field of Social Education, namely its potential for mental health education, as well as to inform the future implementation of programs/ interventions that aim to develop the MHL of adolescents.

Keywords: Social Education; Mental Health Literacy; Adolescents; Mental health; Action-research; Socio-educational action.

ÍNDICE DE CONTEÚDO

Introdução	1
Capítulo I	3
Revisão de Literatura e Fundamentação Teórica	3
1. Educação e Pedagogia Social	4
1.1. Contextualização histórica e desenvolvimento da Educação Social.....	4
1.2. A Educação Social em Portugal.....	7
1.3. Desafios contemporâneos.....	8
1.4. O Educador Social: Perfil e prática socioeducativa.....	10
2. Saúde Mental: O desafio do século XXI	14
2.1. Definição de saúde e perturbação mental.....	15
2.2. Perceções sobre a saúde mental.....	16
2.3. A adolescência: Um período conturbado para a saúde mental.....	18
2.4. Literacia em Saúde (Mental).....	20
2.4.1. Literacia em Saúde Mental dos adolescentes.....	25
2.4.2. Contributos da Educação Social.....	29
Capítulo II	31
Projeto SOCIALMente	31
1. Objetivos do projeto e estratégias de ação	32
2. Enquadramento Institucional (Associação Sê Mais Sê Melhor)	32
3. Caracterização do Contexto e do Grupo de Intervenção	35
4. Desenvolvimento do Projeto SOCIALMente	36
5. Implementação da ação socioeducativa	36
Capítulo III	43
Metodologia de Investigação	43
1. Metodologia de Investigação	44
1. Objetivos de Investigação	44
2. Método Investigação-ação	45
3. Paradigma de investigação	48
4. Abordagem Mista	49
5. Recolha de dados	50
5.1. Diagnóstico.....	50
5.2. Implementação.....	54
5.3. Avaliação.....	56

6. Tratamento e análise de dados	57
6.1. Procedimentos éticos de investigação	58
Capítulo IV	60
Resultados	60
1. Apresentação e interpretação dos dados	61
1.1. Pré-intervenção (Diagnóstico).....	61
1.2. Ação socioeducativa.....	85
1.3. Pós- intervenção (Avaliação)	97
2. Discussão dos resultados	121
Conclusão	131
Bibliografia	134
APÊNDICES	144
Apêndice A- Registos das atividades	145
Apêndice B- Materiais	152
Apêndice C- Grelha da observação estruturada não participante	161
Apêndice D- QuaLisMental versão digital (no <i>Google Forms</i>)	164
Apêndice E- Declaração de consentimento informado para os/as Encarregados/as de Educação	181
Apêndice F- Declaração de consentimento informado para os participantes	183
ANEXOS	185
Anexo I- Autorização do autor do QuaLisMental para utilização na investigação	186
Anexo II- Parecer Favorável do EPD da UAAlg	187
Anexo III- Autorização da Direção do AEPR	188

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Espiral de ciclos da Investigação-ação (Coutinho et al., 2009, p.366)	46
Figura 2. Grau de confiança para pedir ajuda (depressão).....	69
Figura 3. Nível de confiança para pedir ajuda (ansiedade).....	69
Figura 4. Grau de confiança para prestar ajuda (ansiedade)	73
Figura 5. Grau de confiança para prestar ajuda (depressão)	73

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Cronograma do projeto SOCIALMente	36
Tabela 2. Cronograma das sessões socioeducativas de LSM.....	37
Tabela 3. Planificação das atividades	37
Tabela 4. Vinhetas a retratar as perturbações mentais utilizadas no QuaLisMental (Correia, 2012).....	53
Tabela 5. Caracterização sociodemográfica dos participantes	65
Tabela 6. Reconhecimento Ansiedade e Depressão (%)	67
Tabela 7. Frequências e Percentagens da Utilidade das Frases de Apoio.....	70
Tabela 8. Crenças sobre ações de prestação de ajuda (%)	74
Tabela 9. Crenças sobre Utilidade Pessoas/Profissionais na prestação de ajuda (%)	76
Tabela 10. Utilidade dos medicamentos/produtos na ajuda prestada (%)	78
Tabela 11. Crenças sobre utilidade de ações/intervenções de autoajuda (%)	80
Tabela 12. Crenças sobre ações de prevenção na saúde mental (%).....	81
Tabela 13. Atitudes/crenças estigmatizantes e distância social (medidas de tendência centrais e de dispersão).....	83
Tabela 14. Estratégias socioeducativas e subcategorias.....	85
Tabela 15. Desafios associados à intervenção e sub-categorias.....	88
Tabela 16. Perceções sobre o trabalho realizado.....	94
Tabela 17. Reconhecimento da ansiedade (antes e depois).....	98
Tabela 18 . Reconhecimento da depressão (antes e depois).....	99
Tabela 19. Comparação da componente “procurar ajuda” para a ansiedade (antes e depois).....	100
Tabela 20. Comparação da componente “procurar ajuda” para a depressão (antes e depois).....	101
Tabela 21. Confiança para pedir ajuda no cenário da ansiedade (antes e depois).....	101
Tabela 22. Confiança para pedir ajuda no cenário da depressão (antes e depois).....	101
Tabela 23. Comparação utilidade frases de apoio para a ansiedade (antes e depois)	102
Tabela 24. Comparação utilidade frases de apoio para a depressão (antes e depois).....	104
Tabela 25. Confiança para prestar ajuda no cenário da ansiedade (antes e depois)	106
Tabela 26. Confiança para prestar ajuda no cenário da depressão (antes e depois)	106
Tabela 27. Crenças sobre ações de prestação de ajuda no cenário da depressão (antes e depois).....	107
Tabela 28. Crenças sobre ações de prestação de ajuda no cenário da ansiedade (antes e depois).....	109
Tabela 29. Utilidade de medicamentos/produtos no cenário da ansiedade (antes e depois)	111
Tabela 30. Utilidade de medicamentos/produtos no cenário da depressão (antes e depois)	112

Tabela 31. Utilidade de ações/intervenções de autoajuda para a ansiedade (antes de depois).....	113
Tabela 32. Utilidade de ações/intervenções de autoajuda para a depressão (antes de depois).....	114
Tabela 33. Crenças sobre prevenção da ansiedade (antes e depois).	116
Tabela 34. Crenças sobre prevenção da depressão (antes e depois).	117
Tabela 35. Comparação atitudes/crenças estigmatizantes para a ansiedade (antes e depois).....	117
Tabela 36. Comparação atitudes/crenças estigmatizantes para a depressão (antes e depois).....	118

LISTA DE ABREVIATURAS

AEPR- Agrupamento de Escolas Pinheiro e Rosa

LSM- Literacia em Saúde Mental

WHO- World Health Organization

QuaLisMental- Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do Mestrado de Educação Social da Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve e visa apresentar o Projeto SOCIALMente, levado a cabo no ano letivo 2022/2023 no âmbito do estágio curricular realizado na Associação Sê Mais Sê Melhor- Associação para a Promoção do Potencial Humano, bem como a investigação que lhe foi inerente. Assim, este relatório tomará conta do trabalho académico desenvolvido, cuja elaboração teve, simultaneamente, uma componente de intervenção e de investigação.

O projeto SOCIALMente consistiu na implementação de uma ação socioeducativa com adolescentes a fim de promover o desenvolvimento dos seus conhecimentos e competências no domínio da saúde mental e, conseqüentemente, o aumento da Literacia em Saúde Mental (LSM). A investigação teve por base a avaliação da respetiva intervenção no sentido de perceber o seu sucesso e os fatores que estiveram por trás do mesmo. Para este efeito foi adotada uma metodologia de Investigação-ação (IA) que permite combinar os aspetos práticos e teóricos numa investigação, estudar a prática e reformulá-la consoante os seus resultados e conseqüentes reflexões, e a abordagem à recolha de dados foi mista, com recurso a técnicas e instrumentos de cariz simultaneamente quantitativo e qualitativo.

Este relatório pretende contribuir com conhecimento prático e inovador para o aprimoramento da profissão e ação dos profissionais de Educação Social, numa das suas abordagens emergentes e ainda subdesenvolvidas - a saúde mental. Procurou-se avaliar e refletir acerca da prática e do papel dos profissionais de Educação Social no panorama da intervenção socioeducativa com adolescentes em contexto escolar, bem como a eficiência e o sucesso das estratégias adotadas no terreno de modo a pautar intervenções futuras semelhantes e as boas práticas associadas às mesmas. É ainda de esperar que o contributo deste trabalho seja de utilidade para enfrentar os desafios associados à profissionalização dos/as educadores/as sociais e à valorização desta disciplina como área de conhecimento científico em Portugal, ao demonstrar a pertinência da mesma e dos projetos socioeducativos.

Como primeira etapa do processo investigativo e no sentido de definir o fio condutor desta investigação, definiu-se como pergunta de partida: “Como pode a ES contribuir para o desenvolvimento de LSM com adolescentes?”. A escolha da associação de acolhimento de estágio foi feita com base no público-alvo, bem como nos valores e missão da mesma para a cidadania, melhoria do bem-estar e qualidade de vida dos adolescentes e desenvolvimento do potencial humano, os quais se alinham com os objetivos e valores do respetivo projeto e da investigadora.

Relativamente à sua estrutura, o relatório encontra-se dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo diz respeito à fundamentação e enquadramento teórico da investigação, no qual é feito um esboço da contextualização histórica da Educação Social, onde se pretendeu caracterizar a evolução da mesma como disciplina e profissão ao longo dos tempos, tanto no contexto europeu como nacional. Esta caracterização visou delinear alguns dos principais fundamentos e elementos que facilitam a compreensão desta área de estudo e do atual perfil profissional dos/as educadores sociais. Ainda neste capítulo, insere-se a apresentação do panorama da saúde mental dos adolescentes, e a introdução dos conceitos de Literacia em Saúde e LSM como poderosas ferramentas de prevenção de perturbações da saúde mental ao longo da vida, dando a conhecer alguns dos principais modelos conceptuais neste campo de estudo, bem como intervenções práticas que têm sido efetuadas no sentido de colmatar as brechas existentes entre os adolescentes e jovens e as suas necessidades educativas no domínio da saúde mental.

No capítulo seguinte é apresentado o projeto SOCIALMente no seu todo, nomeadamente no que diz respeito à sua planificação, desenvolvimento e gestão, bem como ao contexto onde foi aplicado e grupo de intervenção. O terceiro capítulo dá conta da metodologia de investigação. É neste capítulo que são apresentados e discutidos os aspetos metodológicos da investigação, como os procedimentos, técnicas e instrumentos de recolha e análise de dados, bem como as suposições-base que justificam a escolha da sua aplicação. Por conseguinte, no quarto capítulo são reportados os resultados da investigação e interpretados e discutidos à luz do conhecimento científico, existente e previamente revisto, e da autorreflexão crítica. O último capítulo expõe as conclusões finais.

Capítulo I

Revisão de Literatura e Fundamentação Teórica

1. Educação e Pedagogia Social

A Educação Social constitui o objeto de estudo e o campo de prática da Pedagogia Social, a ciência pedagógica em que a Educação Social é sustentada, teorizada e conceptualizada (Díaz, 2006).

Ao longo do tempo, esta disciplina e campo de prática tem vindo a tomar diferentes contornos, nomeadamente naquilo que diz respeito ao seu contexto de intervenção, aos métodos de atuação e às funções desempenhadas pelos seus técnicos. Nesta primeira parte do capítulo, irá ser traçada a história e desenvolvimento da Educação Social enquanto campo científico e profissional, os fundamentos para a sua evolução em Portugal, bem como alguns dos desafios que enfrenta atualmente.

1.1. Contextualização histórica e desenvolvimento da Educação Social

A história da Educação Social é rica e complexa, variando entre diferentes contextos históricos e culturais (Díaz, 2006).

O conceito de Educação foi, durante muito tempo, considerado à luz da “escolarização” e da sua missão exclusivamente instrutiva e académica, direcionada ao conhecimento formal disciplinar e à formação de capital humano através de abordagens uniformizadas e institucionais. Contudo, o processo de modernização associado às reconfigurações sociais dos últimos séculos, tem contribuído para a desconstrução desta ideia de Educação e para a crescente consciencialização acerca da importância de colocar o sujeito no centro do fenómeno educativo (Canastra & Malheiro, 2009). Passa-se a entender a Educação como os processos de desenvolvimento dos indivíduos implicados nos e influenciados pelos seus contextos sociais e culturais próprios, ultrapassando os limites do individual para passar a abranger a comunidade e o social (Oliveira *et al.*, 2016). Esta nova conceção vem privilegiar a comunidade como espaço onde se estabelece a articulação entre os espaços e tempos educativos, onde surgem os principais desafios para a educação e formação ao longo da vida, e onde são articuladas aprendizagens formais, não-formais e informais (Canastra & Malheiro, 2009; Gonçalves & Brás, 2020). Assim, a Pedagogia Social surge da necessidade de reavaliar o processo educativo a partir de novos significados e contextos, reposicionando o mesmo no seio social e comunitário e, consequentemente, conceptualizando novas formas de aproximar os processos educativos à participação comunitária, viabilizando as práticas sociopedagógicas na transição, navegação e participação do sujeito na sociedade, de forma crítica, empoderada

e responsável (Canastra & Malheiro, 2009). Esta evolução conceptual do construto e prática educativa foi influenciada ao longo do tempo por diferentes correntes de pensamento filosófico que vão desde Platão a Natorp (Díaz, 2006), e contou com vários contributos teórico-metodológicos importantes, com destaque para o contributo de autores como Paulo Freire (1921-1997), o qual pautou o caminho epistemológico da Pedagogia e Educação Social (Maciel, 2012).

Aliado a este fator, o desenvolvimento da Educação Social encontra-se associado à crescente complexidade do mundo atual, marcado por profundas e significativas transformações sociais que ocorreram nas estruturas políticas, económicas e culturais do mundo desde o auge da Revolução Industrial, à emergência da globalização e ao estabelecimento da sociedade de informação (Díaz, 2006). Estas alterações levaram as sociedades a enfrentar novos desafios relativamente aos seus modos de vida e dinâmicas de relacionamento, favorecendo o aumento dos ramos desfavorecidos da sociedade e da desigualdade, marginalização e exclusão social (Gonçalves & Brás, 2020). Toda esta conjuntura terá impulsionado a necessidade de desenvolver respostas inovadoras, criativas e emancipatórias face ao crescimento e diversificação dos desafios e problemas sociais que progressivamente se foram instalando nas sociedades modernas ao longo dos tempos, abrindo caminho à Educação Social e ao surgimento de um novo perfil profissional: a figura do Educador Social (Díaz, 2006).

O aparecimento dos primeiros traços inerentes à profissão do Educador Social pode ser delineado até ao século XIX, a par da emergência das primeiras formas de assistência social e modelos pedagógicos e educacionais alternativos à educação formal escolar, como a educação popular (Maciel, 2012). O seu desenvolvimento ocorreu gradualmente, ao longo de várias décadas, e foi influenciado por diversos fatores contextuais, históricos, sociais, políticos e educacionais (Díaz, 2006). Foi no século XX que a Educação Social começou a atingir o seu auge de desenvolvimento no panorama Europeu, aquando da necessidade de reconstrução, assistência e reconfiguração social após a Segunda Guerra Mundial (Díaz, 2006). A Declaração Universal dos Direitos Humanos veio consciencializar e valorizar os ideais humanitários de igualdade, justiça e solidariedade social, contribuindo desta forma para um crescente interesse pela reformulação de políticas socioeducativas e do trabalho social (Azevedo & Correia, 2013). A partir desta altura deu-se uma crescente preocupação com o bem-estar social e a inclusão dos grupos

sociais mais desfavorecidos, bem como com o uso da educação como ferramenta de desenvolvimento individual e coletivo (Azevedo & Correia, 2013).

Inicialmente, a emergência de estruturas e medidas sociais que visavam desempenhar funções de apoio, proteção, abrigo e de reintegração social de grupos desfavorecidos, vulneráveis e marginalizados da sociedade- como crianças e pessoas com deficiência- em contextos institucionalizados, moldou a eclosão de uma lógica de intervenção “psicopedagógica”, em que o Educador Especializado assumia funções educativas no sentido de apoiar a correção dos desvios normativos de indivíduos pertencentes a grupos socialmente excluídos, e os quais eram perspetivados numa lógica de défice, como carentes de reparação e reabilitação (Canastra & Malheiro, 2009). Esta perspetiva assentava numa lógica de intervenção face aos problemas sociais, de prevenção e controlo face ao “erro” social de modo a repor a ordem social (Delgado *et al.*, 2014). Posteriormente, surgem novas perspetivas promotoras de uma visão mais abrangente do papel deste profissional nas novas configurações sociais e educativas, para além do acolhimento e socialização dos setores sociais excluídos, valorizando a ação socioeducativa como estratégia de inclusão de todos os indivíduos e como mediadora privilegiada entre os espaços e tempos subjetivos articulados cultural e socialmente (Canastra & Malheiro, 2009; Candeias, 2021; Gonçalves & Brás, 2020).

Assim, é na rutura com os paradigmas e modelos de assistencialismo e caridade social, e na valorização de modelos pedagógicos inovadores, que a Educação Social ganha palco como novo eixo de transformação positiva das sociedades e forma de intervenção simultaneamente social e educativa, num diálogo de saberes e fazeres capazes de responder às necessidades e dificuldades da complexa realidade social e de contribuir para o desenvolvimento dos indivíduos de forma autónoma, emancipatória e mais sustentável (Azevedo & Correia, 2013).

1.2. A Educação Social em Portugal

Tal como no resto da Europa, a emergência e expansão da Educação Social em Portugal relacionou-se com a necessidade de dar resposta à crescente complexidade social e ao aumento dos problemas decorrentes das constantes e velozes mudanças das sociedades, do seu modo de viver e relacionar (Delgado *et al.*, 2014). O seu desenvolvimento foi influenciado por modelos de outros países europeus com uma tradição na área da educação e intervenção social mais antiga (como Espanha, França e Alemanha), pela eclosão de movimentos solidários sociais e de apoio comunitário, e pela reavaliação e reformulação de políticas educativas e sociais procedentes do chamado Estado de Bem-Estar Social ou Estado-Providência (Azevedo & Correia, 2013; Delgado *et al.*, 2014; Gonçalves & Brás, 2020).

Face aos sintomas de crise e precaridade resultantes das rápidas alterações da realidade social em Portugal - desde o aumento das desigualdades, da pobreza, do desemprego e da exclusão social, à crise económica e social - foi necessário apoiar o desenvolvimento de profissionais e modos de intervenção social inovadores e que possuíssem valências de adaptação, responsabilidade, solidariedade, justiça e compromisso social na sua formação e atividade profissional (Azevedo & Correia, 2013). Complementarmente, uma maior consciência das limitações dos sistemas educativos e da educação formal, aliada a mudanças na forma de perceber a socialização e educação dos indivíduos, ocasionou a valorização de métodos pedagógicos emergentes e promotores de competências pessoais, sociais e profissionais, cruciais no desenvolvimento justo, solidário, cívico e emancipado da sociedade (Cardoso, 2014). A noção de educação presa à ideia de formalidade e de sala de aula passa a equacionar processos educativos de desenvolvimento ao longo da vida e em diversos contextos sociais, reconhecendo a educação não-formal e informal como métodos igualmente relevantes no desenvolvimento dos indivíduos e na sua formação para a cidadania (Canastra & Malheiro, 2009; Delgado *et al.*, 2014).

Assim, começaram a surgir oportunidades de formação na área da Educação Social por volta dos anos 80 em Portugal, como cursos profissionais específicos de equivalência ao ensino secundário. Mais tarde surgiram os primeiros cursos de ensino superior, nomeadamente a nível da licenciatura, em várias instituições públicas e privadas do país (Delgado *et al.*, 2014). Na última década deu-se um aumento no número de instituições de ensino superior que oferecem cursos de Educação Social e de educadores

sociais que frequentam e concluem programas de doutoramento o que contribui para a profissionalização da área (Azevedo & Correia, 2013). Nos anos 2000, a profissão de Educador Social foi regulamentada em Portugal, o que significou o estabelecimento de critérios específicos de formação, prática e ética profissional. A regulamentação também permitiu uma maior legitimação da profissão no âmbito das políticas públicas e na sociedade em geral. Passados anos continua a evoluir e, em 2008, é fundada a Associação dos Profissionais Técnicos Superiores de Educação Social (APTSES) com um papel importante na representação e promoção dos interesses dos educadores sociais e para a sua afirmação em termos profissionais (Estatutos APTSES, 2023).

Assim, é neste contexto que surge a Educação Social em Portugal, de forma gradual e compassada e com os seus desafios, como não poderia deixar de ser.

1.3. Desafios contemporâneos

Apesar do crescente reconhecimento da Educação Social em Portugal, este é um campo profissional relativamente recente e que enfrenta diversas dificuldades de afirmação como disciplina científica e atividade no eixo da intervenção social (Azevedo, 2021). A sua natureza polivalente e multidisciplinar confere-lhe uma grande complexidade e tende a gerar algum desentendimento quanto às suas valências e dos seus profissionais, enquanto profissão, simultaneamente, social e educativa (Azevedo & Correia, 2013). Se por um lado, isto poderia constituir uma maior vantagem no mercado de trabalho e sucesso profissional comparativamente a profissões menos versáteis, por outro lado, arrevesa a explicitação do seu campo de ação e perfil profissional (Delgado *et al.*, 2014). Por outro lado, a aproximação ao trabalho social, mais comumente entendido e perspetivado da ótica da assistência social, gera uma certa promiscuidade com esta e outras áreas sociais congéneres, dificultando a sua precisa distinção, e conseqüente entendimento (Azevedo & Correia, 2013).

Estes fatores de caráter natural e intrínseco à Educação Social impõem desafios à profissionalização e afirmação da identidade profissional dos educadores sociais em Portugal e à sua inserção laboral (Azevedo & Correia, 2013). Isto pode resultar na escassez de futuros profissionais nesta área, uma vez que a torna menos apelativa em relação à restante oferta existente. Por esse motivo é que é essencial procurar compreender a Educação Social como disciplina e profissão.

Delgado e colegas (2014) defendem que outro desafio dos educadores sociais portugueses consiste na clarificação do conhecimento epistemológico, isto é, o saber científico em que se baseiam e que utilizam na implementação da sua prática. Estes autores referem que, apesar da Pedagogia Social ser a “sua referência matricial de excelência”, esta ainda é revogada em alguns planos de formação inicial e contínua (Delgado *et al.* (2014, p.117). Para além disso, os cursos de Educação Social em Portugal têm um histórico de apresentar uma grande variedade de competências socioeducativas e módulos disciplinares distintos, o que, mesmo que não seja tão acentuado agora, tem a sua influência no modo de trabalho dos profissionais antigos. Isto contribui para causar mais confusão e dissonância na área, dificultando a definição da identidade profissional do Educador Social (Delgado *et al.*, 2014). Do ponto de vista da formação dos profissionais de Educação Social, é necessário estabelecer, por um lado, um currículo claro e criterioso, alinhado com os objetivos e fundamentos da mesma enquanto campo de estudo da prática socioeducativa, bem como com o desenvolvimento de competências-chave à *praxis* dos educadores sociais- não apenas técnicas, como pessoais, humanas e relacionais, que permitam uma operacionalização especializada nos contextos cada vez mais complexos (Camões, Vaz, Machado & Sá, 2020). Por outro lado, as permanentes mudanças a que as questões sociais se encontram sujeitas requer a estipulação de um percurso de formação autónoma e contínua, no sentido de promover a constante atualização de saberes e aptidões socioeducativas para o seu desenvolvimento profissional (Camões *et al.*, 2020). Esta necessidade de autoformação contínua pode constituir uma preocupação e desafio para os profissionais, principalmente perante a sua disponibilidade para o fazer no horário pós-laboral.

A prática dos profissionais de Educação Social tem sido progressivamente guiada pela produção de conhecimento teórico na investigação académica e científica, sucedida em grande parte, pelos contributos da investigação de teses de mestrado e doutoramento, publicações científicas em livros, e outros (Azevedo, 2021). Isto permite o acesso atualizado a conhecimento válido, objetivo e sistematizado, fundamental à aprendizagem, aquisição e desenvolvimento de competências e ações socioeducativas (Azevedo, 2021). Porém, persiste uma reduzida investigação e produção de literatura que permitam transmitir o trabalho realizado pelos profissionais da área em Portugal, traduzindo-se numa escassez de recursos, dificultando a afirmação da Educação Social como uma

ciência e profissão, e impedindo a divulgação de boas práticas e de experiências técnico-científicas aos profissionais do presente e do futuro (APTSES – Publicações, 2023).

1.4. O Educador Social: Perfil e prática socioeducativa

O profissional de Educação Social tem a função de educar para o desenvolvimento integral e bem-estar dos indivíduos e grupos, estimulando o seu empoderamento face a situações de exclusão e condições de vida adversas de modo a favorecer a sua inclusão e participação ativa na sociedade (Canastra & Malheiro, 2009). O eixo de atuação do Educador Social desenvolve-se no âmbito da intervenção socioeducativa, a qual assenta na transmissão de valores educativos e normas essenciais ao desenvolvimento e autonomia dos sujeitos, à sua integração e participação social, e eventualmente à mudança social (Delgado *et al.*, 2014). Trata-se de uma prática profissional que preconiza a autodeterminação do sujeito, agora responsável na coprodução de respostas e vias para o seu desenvolvimento e emancipação ao longo da vida, no quadro de uma mediação institucional (Canastra & Malheiro, 2008). Como refere Baptista (2006, p. 61) os técnicos de Educação Social são “promotores privilegiados de uma utopia do humano” que têm no seio do seu trabalho “as pessoas e os seus projetos. Pessoas reconhecidas na sua vulnerabilidade, mas também, e sobretudo, na sua perfectibilidade”. Na sua ação, utiliza métodos e estratégias sociopedagógicas da educação não-formal, de natureza participativa, comunicativa, crítica e emancipatória, valorizando os indivíduos na sua experiência biopsicossocial e implicando-os na sua aprendizagem, ao mesmo tempo que mantém uma postura flexível, reflexiva e ética (Serapicos, 2006; Azevedo & Correia, 2013). Isto obriga a que este profissional conduza a sua ação pelas especificidades dos indivíduos e contextos com os quais atua, nomeadamente as suas histórias, aspirações, necessidades, valências e projetos de vida, canalizando-as e mobilizando-as de forma a transformá-las em potencialidades únicas (Canastra & Malheiro, 2009; Azevedo & Correia, 2013). Neste âmbito, a sua abordagem deve “procurar sempre uma aproximação direta e humana com as pessoas, favorecendo nelas processos educativos que lhes permitem um crescimento pessoal positivo e uma inserção crítica na comunidade a que pertencem.” (APTSES, 2015, p.4).

Os contextos em que o Educador Social atua são muito diversificados, tanto quanto aos espaços como às pessoas e problemáticas com que intervém. O seu domínio de intervenção abrange pessoas de todas as faixas etárias, desde crianças e jovens, a adultos e idosos; múltiplas problemáticas sociais específicas, por exemplo no âmbito da

violência, toxicod dependência e pobreza; certos espaços de saúde, culturais, escolares, familiares, estabelecimentos prisionais, centros de dia, lares de idosos, autarquias e centros comunitários; e abrange atividades ao nível da prevenção, da ocupação dos tempos livres, do desenvolvimento local, da sensibilização, da reabilitação e (re)inserção social, bem como da implementação e avaliação de projetos educativos e sociais (Serapicos, 2006; Ricardo, 2013; Delgado *et al.*, 2014). Neste sentido, a figura do Educador Social é polivalente e multifacetada, exigindo uma necessidade de adaptação constante e conforme os contextos da sua atividade profissional, de modo a dar resposta aos desafios únicos dos mesmos. Ainda, a colaboração com profissionais de outras áreas e especialidades distintas, numa lógica de organização em rede e atuação multidisciplinar, constitui um forte marco desta profissão e é disto que depende, muitas vezes, o sucesso da sua prática, acrescentando uma nova camada de complexidade ao exercício das funções do Educador Social (Serapicos, 2006).

Todo este conjunto de fatores heterogêneos, inerentes ao desempenho da profissão do Educador Social, predeterminam a existência de uma gama de competências multidimensionais, fundamentais à sua prática (Azevedo & Correia, 2013). Para além das competências técnicas e instrumentais que o preparam para o exercício da ação socioeducativa (saber aplicar estratégias de intervenção e outras técnicas necessárias à ação e à produção de conhecimento científico), deve também desenvolver competências humanas fundamentais, tais como a empatia e o autocontrolo (Vieira & Vieira, 2016). Na literatura surgem repetidamente certos atributos necessários à prática competente e transformadora do Educador Social. São algumas delas: (1) capacidade de adaptação com uma postura aberta a mudanças, aprendizagens, contextos, necessidades e desafios diferentes (2) ser capaz de desenvolver abordagens inovadoras e criativas à educação e intervenção social e à resolução de problemas nos respetivos contextos, (3) ser capaz de mediar conflitos e relações entre os indivíduos e os diferentes elementos sociais e institucionais que os envolvem (4) possuir competências relacionais e de comunicação favoráveis ao relacionamento positivo e saudável com as pessoas, à colaboração e cooperação, (5) competências de organização e planeamento de projetos, intervenções e atividades de modo eficiente, e (6) ser reflexivo e autocrítico da sua própria prática, bebendo da mesma para a informar e aprimorar (Serapicos, 2006; Canastra & Malheiro, 2008; Canastra & Malheiro, 2009; Gonçalves & Brás, 2020).

Para além destas competências, existe ainda a necessidade de atuar em conformidade com princípios e valores ético-morais, conducentes de uma prática profissional exigente, rigorosa e responsável, congruente com os princípios da justiça, igualdade, solidariedade e educação (Azevedo, 2021). O Código Deontológico dos Técnicos Superiores de Educação Social (APTSES, 2021) delinea os princípios e as diretrizes pelo qual o Educador Social se deve autorreger no exercício da prática socioeducativa, nomeadamente no que diz respeito às necessidades de qualificação e formação, à qualidade de intervenção e relação com os outros, aos seus deveres para com o sujeito e a sociedade, e articulação com outros profissionais, estabelecendo um conjunto de critérios, nomeadamente éticos, que devem regular a prática do Educador Social (Azevedo & Correia, 2013). A ética integra um dos eixos estruturantes dos profissionais do campo das ciências humanas e sociais, onde são estabelecidas relações de proximidade, confiança e responsabilidade com os sujeitos de educação e onde situações delicadas são suscetíveis de emergir no seio das relações interpessoais e no contacto com populações vulneráveis. Dados os contornos e exigências deste trabalho, importa valorizar as questões inerentes à conduta do Educador Social na sua *praxis* (de Souza Neto, 2012). Na intervenção socioeducativa são inúmeros os desafios que protagonizam o debate do compromisso ético do Educador Social. A relação com os sujeitos constitui, simultaneamente a sua principal ferramenta técnica e o seu propósito (Baptista, 2006). Para de Souza Neto (2012), a ética do Educador Social deve ser criada e ajustada nas relações do profissional no seu quotidiano, num processo dinâmico e afetivo, de partilha e aquisição, de reflexão e de proteção e cuidado, com base no amor e na humanização do sujeito. Como parte desta humanização do sujeito, este técnico deve respeitar o direito do outro à sua individualidade, diferença e mistério, abraçando estes contactos intersubjetivos com uma postura sigilosa, humilde, recetiva, hospitaleira e altruísta (Baptista, 2006). Deve ser capaz de equilibrar as dimensões objetivas e subjetivas seladas na sua natureza, sabendo fazer uso da emoção e da razão, sempre de forma a corresponder ao contexto e situação encontrados (de Souza Neto, 2012). Isto é, é necessário manter laços de proximidade e confiança com o outro, ao mesmo tempo que se é capaz de manter uma distância crítica, essencial à afirmação da autoridade pedagógica (Baptista, 2006). Para além da dimensão interpessoal, importa não cingir ingenuamente a *praxis* do Educador Social ao sujeito, quando o seu papel como mediador o coloca numa teia de compromissos e contratos institucionais, condicionantes dos trajetos pessoais e da sua ação, e os quais deve saber conciliar de forma realista, digna e transparente (Baptista,

2006). O Educador Social abarca, assim, uma grande responsabilidade junto dos indivíduos, grupos e comunidades, desempenhando o papel de agente potenciador/mediador da realização de projetos de vida, da libertação e emancipação face a condições humanas existentes e da transformação individual e social (Canastra & Malheiro, 2009).

2. Saúde Mental: O desafio do século XXI

A prevalência de perturbações mentais e a forte contribuição das mesmas para a carga de doença global tem vindo a pautar uma crescente preocupação com a promoção da saúde mental e prevenção de perturbações mentais, globalmente. Dados recentes demonstram que um bilhão de pessoas sofre com alguma perturbação mental a nível mundial, uma estimativa de cerca de uma em cada quatro pessoas (World Health Organization [WHO], 2022). O *Global Burden of Disease Report* demonstrou que de entre as dez principais causas de incapacidade, cinco representam perturbações mentais (Almeida *et al.*, 2013). A nível nacional, o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º relatório, demonstrou que Portugal era, em conjunto com a Irlanda do Norte, o país onde a prevalência de perturbações psiquiátricas na Europa é maior, com destaque para a incidência de perturbações de ansiedade e perturbações de humor na população portuguesa (Almeida *et al.*, 2013). Ainda, este estudo permitiu captar diferenças na prevalência de perturbações mentais de acordo com a idade, sendo que cerca de 50% do grupo mais jovem apresentava pelo menos uma (Almeida *et al.*, 2013). Recentemente, o aparecimento da pandemia COVID-19 e todas as mudanças sociais resultantes, constituiu um fator de risco acrescentado ao desenvolvimento de patologias mentais na população, principalmente entre os grupos mais vulneráveis, nomeadamente os adolescentes e jovens (da Silva & Rosa, 2021).

A incidência de perturbações mentais tem consequências debilitantes, não apenas para o indivíduo, mas também para a sua família, comunidade e para a sociedade em geral, o que torna este um problema, não apenas da esfera pessoal e do foro íntimo, mas também social. As pessoas que sofrem com perturbações mentais apresentam uma maior vulnerabilidade socioeconómica, uma vez que a incapacidade associada à incidência destas patologias constitui uma entrave ao emprego e à empregabilidade destes indivíduos, resulta no aumento do absentismo, das baixas por doença, e na necessidade de apoio e cuidados informais ao familiar doente, pelo que constitui uma elevada ameaça à produtividade económica e à justiça e igualdade social (Palha & Palha, 2016; Brain *et al.*, 2018; Chen *et al.*, 2019). Para além do mais, os custos associados ao acompanhamento e tratamento de perturbações mentais representam um fardo acrescentado para o indivíduo, a sua família, e para o sistema de saúde (Palha & Palha, 2016).

2.1. Definição de saúde e perturbação mental

O conceito de saúde mental é abrangente e estabelece-se de forma desigual de acordo com aspetos culturais e subjetivos, pelo que defini-lo torna-se uma tarefa relativamente complexa. No entanto, parece existir um consenso de que este termo designa mais do que a mera ausência de perturbações mentais (WHO, 2001). Neste sentido, a definição deste conceito tem vindo a ser progressivamente alvo de transformações, sendo cada vez mais entendido como um produto de múltiplos e complexos fatores que contribuem para o bem-estar e o bom funcionamento dos indivíduos em sociedade (Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold & Sartorius, 2015). A *World Health Organization* (WHO) inclui, desde cedo, a saúde mental como componente essencial e integral da saúde global de um indivíduo, reconhecendo a interdependência da saúde física, mental e social para a plenitude do bem-estar individual (WHO, 2004). Consequentemente, a conceptualização de saúde mental engloba um conjunto de fatores de natureza física, psicológica, emocional e social, os quais estabelecem entre si uma relação dinâmica, capaz de ditar um estado de equilíbrio interno satisfatório (WHO, 2004; Galderisi *et al.*, 2015). Segundo Galderisi *et al.* (2015) este estado de bem-estar inclui capacidades cognitivas, sociais e emocionais, que permitem aos indivíduos reconhecer as suas valências; de as pôr em prática harmoniosamente à luz de valores universais; de interagir e estabelecer relações interpessoais satisfatórias; de desempenhar papéis sociais ativos; e de gerir eventos adversos da vida. Porém, importa reconhecer que estes componentes de bem-estar não constituem características estáticas e efetivas, mas sim contribuem de modo variado para o equilíbrio interno individual. Por isso, a saúde mental não representa algo inerte, mas sim uma condição dinâmica que não objetiva ignorar eventuais circunstâncias de crise inerentes à vida humana, mas sim mostrar resiliência face às mesmas (Galderisi *et al.*, 2015).

Por outro lado, quando o indivíduo enfrenta situações de *stress* e/ou períodos de crise intensos e/ou constantes, e não é capaz de se adaptar ou reagir de forma ajustada, isto pode originar desequilíbrios significativos a nível psicológico, emocional e comportamental que implicam mudanças significativas no modo do indivíduo pensar, sentir, agir, e se relacionar no seu quotidiano. Consequentemente, este processo de rutura coloca o indivíduo em risco de desenvolvimento de uma perturbação mental. As perturbações mentais consistem em alterações significativas a nível emocional, cognitivo e/ou comportamental, que comprometem substancialmente o bem-estar e o

funcionamento do indivíduo em diversos domínios da vida, nomeadamente a nível pessoal, familiar, profissional, comunitário e social (American Psychiatric Association [APA], 2018). Estas perturbações encontram-se categorizadas e classificadas de acordo com parâmetros clínicos específicos e incluem, entre muitas outras, a depressão, a perturbação bipolar, a esquizofrenia, as perturbações alimentares (anorexia e bulimia) e perturbações de ansiedade (Almeida *et al.*, 2013). O desenvolvimento de perturbações mentais encontra-se associado a uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais que incluem, não só a presença de eventos traumáticos e de *stress* na vida de um indivíduo, mas também a sua genética, os seus padrões cognitivos, o seu meio de desenvolvimento e fatores associados ao seu estilo de vida (WHO, 2001; Silva *et al.*, 2020).

2.2. Perceções sobre a saúde mental

Historicamente, é possível traçar a evolução dos conceitos de saúde e perturbação mental enquanto construtos sociais. A construção social da perturbação mental remete para a relação entre as descobertas científicas que definem e transformam este fenómeno, e as representações e significados sociais que lhe foram sendo e são atribuídos. Estas representações e significados são moldados por fatores da ordem social e cultural, que por sua vez influenciam um conjunto de crenças e atitudes associados às perturbações mentais e aos indivíduos que sofrem com este tipo de perturbações (Gonçalves, 2016).

Desde cedo, foram sendo cultivadas crenças, atitudes, mitos e preconceitos associados à perturbação mental e aos indivíduos que sofrem com este tipo de perturbações, alguns dos quais persistem até aos dias de hoje (Silveira & Braga, 2005). A transmissão de mensagens através de experiências pessoais ou de outros, de profissionais de saúde, dos meios de comunicação, do meio artístico, de tradições e legados geracionais, e do meio familiar, grupo social e/ou comunidade em que se inserem os indivíduos, contribui para as perceções que os mesmos formam acerca da saúde e perturbações mentais (Gonçalves, 2016; Stuart, 2012). Antigamente, a ideia de perturbação mental encontrava-se muito associada à noção de “loucura”, perspetivando os indivíduos que sofrem com perturbações deste género como loucos, estranhos e maníacos, representando um perigo para os demais e, conseqüentemente, promovendo a sua segregação e exclusão social, e até mesmo o abuso perante os mesmos (Silveira & Braga, 2005). Em algumas civilizações, explicações sobrenaturais eram inclusive, atribuídas à incidência de perturbações mentais, pelo que práticas, como o exorcismo,

eram aplicadas no seu tratamento. Alguns doentes chegaram mesmo a ser queimados com base na crença de que assim seriam libertados do “mal” que os assolava (Spadini & Souza, 2006). Outras formas populares de tratamento para os perturbações mentais envolviam o confinamento das pessoas com estes diagnósticos em manicómios e em hospitais, longe da sua família, da sua comunidade e da sociedade (Silveira & Braga, 2005).

Os *media* e a indústria do entretenimento oferecem, consistentemente, representações depreciativas das pessoas que sofrem com perturbações mentais, colocando-as constantemente como protagonistas de atos violentos e de criminalidade, conseqüentemente provocando a conceção de estereótipos estigmatizantes acerca destas perturbações aos olhos do público (Stuart, 2012). Por outro lado, o jornalismo reforça estas perceções negativas associadas às perturbações mentais, disseminando informação significativamente negativa e na maioria das vezes falsa, de modo a captar a atenção do público através de manchetes de jornal sensacionalistas. Este fenómeno, não só cultiva desinformação acerca das perturbações mentais, como intolerância e sentimentos de medo e repulsa para com os doentes mentais, com implicações várias para os mesmos e para as suas famílias (Stuart, 2012).

Todo este contexto aliado à falta de informação e conhecimento do público relativamente à saúde e às perturbações mentais, contribui para a perpetuação de um forte estigma social em torno desta temática (Jorm, 2000; Stuart, 2012). O estigma social consiste num conjunto de atitudes e crenças negativas, assentes no preconceito, no julgamento, nos estereótipos, na discriminação e na inferiorização de indivíduos ou grupos, dificultando a sua inclusão social (Link & Phelan, 2001). Apesar dos esforços direcionados ao combate deste fenómeno, o estigma social associado à perturbação mental persiste na sociedade moderna e em muito se deve aos fatores mencionados no texto acima. As implicações do estigma social para os indivíduos que sofrem com perturbações mentais é avassalador, podendo levar à interiorização desse estigma como parte do seu autoconceito (auto-estigma), à relutância em procurar apoio familiar, médico, comunitário e/ou social pela vergonha e/ou medo de ser excluído e rejeitado, podendo ainda comprometer o tratamento e reabilitação destes indivíduos (Nascimento & Leão, 2019; Gandhi *et al.*, 2019; Vieira & Delgado, 2021). Para além disto, o estigma social impede o seu acesso a uma vida social e profissionalmente ativa, contribuindo para a sua vulnerabilidade socioeconómica e colocando entraves à sua dignificação enquanto pessoas (Volz *et al.*, 2015). Nas últimas décadas, em Portugal, têm vindo a ser efetuadas

algumas campanhas anti-estigma no âmbito da saúde mental (Beldie *et al.*, 2012). No domínio deste estudo, interessa identificar, mais tarde, o potencial educativo das intervenções para o desenvolvimento de LSM na erradicação do estigma.

2.3. A adolescência: Um período conturbado para a saúde mental

A vida dos indivíduos é marcada por mudanças constantes e contínuas que integram o seu desenvolvimento e obrigam a uma reorganização e reestruturação do 'eu' e do meio que os envolve (Baris & Uzun, 2012).

A adolescência é, desde os primórdios da literatura clássica da psicologia e psiquiatria, considerada uma época de desenvolvimento em que se dá um crescimento abrupto e se vivem anos de uma irrevogável instabilidade, tensão, perturbação, incerteza e conflito (Hall, 1904 como citado em Weiner, 1992). Esta fase do desenvolvimento humano diz respeito às idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos de idade (WHO, 2020), constituindo o período transitório da infância para a idade adulta e é, muitas vezes, acompanhada por inúmeros desafios - a nível biológico, psicológico, social, comportamental e individual - associados a uma série de alterações que ocorrem nesta época do ciclo da vida (Matos *et al.*, 2018). A incidência da puberdade e as mudanças biológicas e fisiológicas associadas a este período, as alterações estruturais que ocorrem no cérebro e a nível cognitivo, a transformação das dinâmicas relacionais familiares e interpessoais, e a nova importância atribuída às perceções de identidade individual e social, são algumas das alterações que ocorrem nesta fase do crescimento e que suscitam novos desafios para a vivência dos adolescentes (WHO, 2021). A estes desafios relacionados com a idade acrescem ainda, por vezes, fatores adversos que dificultam a passagem por esta etapa do crescimento, como fatores de ordem socioeconómica, de saúde, e a exposição a ambientes tóxicos e inseguros, que podem comprometer a aquisição de competências pessoais e sociais para a vida adulta, bem como prejudicar o bem-estar deste grupo de indivíduos (Trejos-Castillo, 2013). Tudo isto torna a adolescência num período crítico que acarreta necessidades biopsicossociais e de saúde muito sensíveis e específicas (Matos *et al.*, 2018).

Segundo a WHO (2021) é estimado que um em cada sete indivíduos na adolescência sofrem com perturbações mentais, sendo estas responsáveis por cerca de 13% da carga global de doença nestas idades. Contudo, muitas das perturbações mentais que surgem durante este período permanecem desconhecidas e negligenciadas até à idade

adulta (Almeida *et al.*, 2013). Isto deve-se a vários fatores, como a desvalorização dos problemas em nome de desafios próprios da idade e da falta de conhecimento associado ao mesmos e ao seu desenvolvimento (Reavley & Jorm, 2011).

As perturbações de ansiedade e depressivas, são as mais comuns e prevalentes nesta faixa etária, causando mudanças significativas a nível do bem-estar psicológico, emocional, comportamental, relacional e social destes indivíduos (WHO, 2021). O surgimento destas perturbações neste período tem, muitas vezes, implicações graves para os indivíduos, podendo comprometer o seu percurso escolar, causar conflitos nas relações familiares e de amizade, incentivar ao isolamento social, à participação em atividades de risco e, de modo geral, afetar o seu desenvolvimento ajustado e saudável e a sua qualidade de vida. Nos casos mais graves, estes problemas podem conduzir à adoção de comportamentos autodestrutivos, como a automutilação, podendo efetivamente levar ao suicídio o qual constitui, atualmente, a quarta principal causa de morte nos adolescentes entre os 15 e os 19 anos de idade (WHO, 2021). Sofrer com uma perturbação mental durante a adolescência aumenta, ainda, a vulnerabilidade destes indivíduos a situações de exclusão social, estigma e discriminação, dificuldades de aprendizagem, e violação dos seus direitos humanos (WHO, 2021). Consequentemente, a adolescência é considerada o período do desenvolvimento e da vida dos indivíduos em que se torna mais crucial promover iniciativas de prevenção e promoção da saúde mental, bem como incutir aprendizagens, comportamentos e atitudes que auxiliem a prevenção do desenvolvimento de perturbações mentais nesta fase que, caso contrário, se poderão perpetuar na vida adulta (Nobre *et al.*, 2021).

Atualmente, e com o agravamento desta conjuntura no cenário pós-pandémico associado à COVID-19 multiplicam-se as preocupações relativamente ao bem-estar dos adolescentes e das sociedades e urge a criação de estratégias, soluções, ferramentas e programas variados, capazes de fazer face aos desafios e necessidades de saúde deste grupo populacional (Pinto-Costa *et al.*, 2021). Esta tornou-se uma tarefa, não só da ordem familiar, como política, educacional, e social. Crescentes medidas, iniciativas e esforços em rede têm sido implementados no sentido de mitigar este problema em Portugal, nomeadamente a inclusão de estratégias de intervenção para a promoção e consciencialização relacionada com a saúde mental ao longo do ciclo de vida, com base nos princípios da saúde sustentável e da intervenção multisectorial (PNS2021-2030, Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022). No âmbito educacional, a reprodução deste tipo

de iniciativas tem sido reforçada com o objetivo de educar e consciencializar os adolescentes para as perturbações mentais e a importância deste aspeto da saúde, principalmente nas escolas, mas também a nível da sociedade civil, através da divulgação de recursos educativos e de apoio à saúde mental na *internet* e nas redes sociais (Bernardino, 2019).

Contudo, importa dar continuação ao desenvolvimento de iniciativas inovadoras e novas sinergias, no sentido de reverter esta realidade aterrorizante e ameaçadora do bem-estar individual e social.

2.4. Literacia em Saúde (Mental)

A literacia é um fator indispensável à capacitação e inclusão dos indivíduos e grupos na atual sociedade do conhecimento, pois promove a participação e o envolvimento cívico, a tomada de decisões informadas e a autonomia das populações, contribuindo para a consolidação de uma sociedade mais justa, igualitária e sustentável (Ávila, 2006). Refere-se, não só à capacidade de ler e escrever, como de compreender, interpretar e usar informações de forma eficaz. O uso deste termo tem evoluído para um mais geral e abrangente, albergando em si diversas dimensões que podem diferir de acordo com o conteúdo a que se referem e o contexto onde se inserem (Ávila, 2006). Por exemplo, os conceitos da literacia financeira e digital emergentes traduzem a aquisição de competências e domínio de conhecimentos nas áreas das finanças e das tecnologias de informação, respetivamente.

A Literacia em Saúde é um dos domínios da literacia que maior evolução tem registado ao longo do tempo, constituindo uma das maiores prioridades das políticas públicas no Século XXI. Isto deve-se à sua extrema importância como fator de proteção, promoção e prevenção da saúde pública, nomeadamente, no que toca à deteção precoce e gestão de problemas de saúde, ao acesso e navegação eficaz nos serviços de saúde e à adoção de comportamentos saudáveis e práticas preventivas e promotoras do bem-estar (Sørensen, 2019). Esta foca-se no desenvolvimento de competências relacionadas com a obtenção e compreensão de informação pertinente à adoção de comportamentos, estilos e decisões de vida que impactam o domínio da saúde e o bem-estar dos indivíduos e comunidades (Sørensen *et al.*, 2012; Nutbeam, McGill & Premkumar, 2018). Consequentemente, a Literacia em Saúde diz respeito a um processo dinâmico, que vai para além da aquisição de conhecimentos e informação pois prevê o desenvolvimento de

determinadas competências essenciais ao pensamento crítico, reflexivo e atitude pró-ativa dos indivíduos, no que toca a questões relacionadas com a saúde (Loureiro, Mendes, Barroso, Santos, Oliveira & Ferreira, 2012a).

Inicialmente, este conceito pertencia exclusivamente ao ambiente clínico e focava-se nas habilidades literárias dos pacientes que lhes permitissem ler, interpretar e aplicar informação relativa à prescrição e uso de medicamentos (Kutcher, Wei & Coniglio, 2016). A sua evolução para o domínio da saúde pública e contextos comunitários e sociais data a contemporaneidade, sendo justificada pelo potencial da educação e comunicação para a melhoria dos indicadores de saúde públicos, a otimização dos serviços de saúde, e do reforço do papel ativo das pessoas na sua própria prevenção de problemas de saúde e promoção de uma sociedade mais autónoma, empoderada e saudável (Kutcher *et al.*, 2016a). Consequentemente, a primeira abordagem encontra-se centrada nos pacientes e respetivas necessidades clínicas, sendo direcionada para o foro individual com um propósito meramente terapêutico. Por outro lado, a última exalta competências de saúde capazes de oferecer benefícios para além dos individuais, com repercussões ao nível social, através da compreensão do conceito de saúde de um ponto de vista sociocultural e socioeconómico, do impulso para a ação cívica, articulada com os interesses e necessidades comunitários, e da participação nos processos de decisão no âmbito de políticas públicas, consequentemente contribuindo para o estabelecimento de uma sociedade menos desigual e mais democrática (Sørensen *et al.*, 2012).

Dos modelos conceptuais de Literacia em Saúde que emergiram desta perspetiva da saúde pública, o modelo de Nutbeam (2000) é o mais frequentemente referenciado e utilizado como modelo teórico-conceitual na investigação científica desta área (Sørensen *et al.*, 2012). O autor distingue entre três níveis - a literacia funcional, interativa e crítica - os quais abrangem diferentes tipos e graus de competências na área da saúde, desde o mais básico ao mais avançado, respetivamente. A literacia crítica caracteriza um grau de literacia que circunscreve o indivíduo como agente pró-ativo do seu bem-estar e dos outros, dotando-o de competências cognitivas e sociais fundamentais à análise e reflexão crítica de informação e à sua aplicação numa variedade de contextos e situações (Nutbeam, 2000). O autor ressalva que o progresso dos indivíduos neste modelo de Literacia em Saúde encontra-se dependente das abordagens (e qualidade) educacionais e estilos comunicativos utilizados, elogiando um estilo interativo, baseado na participação e na reflexão e análise crítica, semelhante ao desenvolvido por Paulo Freire (Nutbeam,

2000). Desde já, se vai revelando o potencial contributo da Educação Social (profundamente marcada pelos métodos e teorias pedagógicas deste educador) na educação e comunicação para a saúde e para a promoção de Literacia em Saúde. Por outro lado, o desenvolvimento de literacia também se encontrará naturalmente associado às capacidades cognitivas, características individuais e sociodemográficas dos indivíduos, as quais podem facilitar ou dificultar o seu progresso literário, como já fora verificado (Nutbeam, 2000; Martin et al., 2009; Sørensen *et al.*, 2012). Geboers *et al.* (2018) verificaram que, para além disto, a especificidade do contexto social em que se inserem os indivíduos, as competências de Literacia em Saúde dos profissionais, bem como a demanda dos sistemas de saúde, são fatores decisivos para os resultados de intervenções direcionadas à promoção da Literacia em Saúde.

Ancorado no conceito de Literacia em Saúde, encontra-se o conceito mais recente de Literacia em Saúde Mental (LSM). Esta ideia surgiu como uma extensão do domínio da Literacia em Saúde com o intuito de alertar para a importância da saúde mental como um aspeto fundamental da saúde dos indivíduos, o qual fora, até então, negligenciado pela investigação no âmbito da Literacia em Saúde (Jorm, 2019). De facto, pensar, na altura, acerca da saúde e perturbação mental como algo para além de uma condição que vitimiza e neutraliza os indivíduos, e sobre a qual é possível agir no sentido de tornar as pessoas afetadas em agentes primários capazes de gerir e tomar decisões acerca da sua situação, era uma ideia inusitada (Jorm, 2019). Com isto em mente, Jorm and colleagues (1997) introduziram o conceito de LSM, considerando-o como um mecanismo-chave para o empoderamento das pessoas que experienciam problemas de saúde mental incapacitantes, bem como para a prevenção do seu desenvolvimento, e para a redução dos impactos associados à prevalência de perturbações psiquiátricas na sociedade moderna, através do reconhecimento precoce de problemas mentais e da potencialização da procura de apoio e intervenção adequada (Jorm, 2000).

Originalmente, o conceito de LSM foi definido como “knowledge and beliefs about mental disorders which aid their recognition, management or prevention” e incluía

“ (...) the ability to recognise specific disorders; knowing how to seek mental health information; knowledge of risk factors and causes, of self-treatments, and of professional help available; and attitudes that promote recognition and appropriate help-seeking.” (Jorm *et al.*, 1997, p. 182).

Esta conceção foi revista mais tarde e passou a incluir os seguintes componentes: (1) a capacidade de reconhecer perturbações mentais ou formas de *stress* psicológico específicas; (2) as causas e os fatores de risco associados às mesmas; (3) os tratamentos disponíveis; (4) as estratégias de autoajuda possíveis; (5) de saber aceder a informação pertinente a esta temática; e (6) de desenvolver atitudes que facilitem o reconhecimento e a procura de ajuda (Jorm, 2000). Esta definição encontra-se ancorada no construto de Literacia em Saúde e, tal como o mesmo, tem vindo a evoluir.

Na definição de Kutcher and colleagues (2016a) os autores delineiam quatro componentes integrativas da LSM, nomeadamente, (1) a compreensão acerca da obtenção e manutenção de uma saúde mental positiva, (2) o conhecimento relativo a perturbações mentais e o seu tratamento, (3) a redução do estigma associado às perturbações mentais, e (4) a autoeficácia na procura de ajuda (o que denominaram de “*help-seeking efficacy*”). Como é possível verificar, se nos primórdios da sua conceptualização a LSM tinha um determinado enfoque nas perturbações mentais, os problemas e a sua cura (como explicitado na definição de Jorm), são introduzidos novos eixos conceptuais e fatores associados à LSM. Por um lado, a ideia do estigma associado às perturbações mentais foi consolidada como um eixo de intervenção na LSM, uma vez que a falta de conhecimento e familiaridade relativamente às perturbações e pessoas em situação de perturbação mental, foi evidenciada como um fator preponderante na formulação e perpetuação de crenças preconceituosas e atitudes estigmatizantes na população (Kutcher *et al.*, 2016a; São João *et al.*, 2017). A chamada “*help-seeking efficacy*” refere-se ao desenvolvimento de competências úteis à procura e obtenção de ajuda e à autoajuda (autocuidado) fundamentais à promoção e autogestão da saúde mental (Kutcher *et al.*, 2016a). Por outro lado, emerge o conceito de Literacia em Saúde Mental Positiva (*Positive Mental Health Literacy*) o qual remete para uma perspetiva complementar ao conceito original que permite dar destaque às medidas de prevenção e promoção da saúde mental e do bem-estar dos indivíduos (Sequeira *et al.*, 2022). É um construto inovador, estruturado na ideia de que a saúde (mental) é pautada por muito mais que a ausência de doença e de que, consequentemente, existe um potencial humano indeterminado para o alcance de um bem-estar holístico, bem como a ideia de que é possível viver em vez de apenas «sobreviver». Assim, a LSM Positiva ressalva a importância da consciencialização e promoção de competências necessárias à obtenção e manutenção de uma saúde mental positiva, com um foco que ultrapassa, porém, permanece indissociável, do escopo das

perturbações mentais, dado o seu potencial na prevenção e redução do impacto das mesmas (Carvalho *et al.*, 2022). Esta componente da LSM conjuga aspetos cognitivos, emocionais, psicológicos, interpessoais e sociais da experiência humana, baseando-se na valorização de atributos/aptidões relevantes para o bem-estar individual e social, tais como: a resolução de problemas e autoeficácia, satisfação pessoal e autoestima, autonomia, competências sociais e relacionais, autocontrolo, e comportamentos pró-sociais (Carvalho *et al.*, 2022). Segundo estes modelos, é através do desenvolvimento deste tipo de competências que os indivíduos podem tornar-se mais capacitados a agir sobre as diversas esferas do seu bem-estar e a navegar os desafios associados à saúde mental, com implicações importantíssimas para a prevenção do desenvolvimento de perturbações mentais ao longo da vida (Carvalho *et al.*, 2022).

Em Portugal, os níveis de Literacia em Saúde têm vindo a aumentar e são atualmente altos, com cerca de 70% da população sendo capaz de satisfazer um nível de literacia suficiente (65%) e excelente (5%), particularmente a nível da compreensão de informação (Arriaga *et al.*, 2022). A literacia crítica e capacidade de avaliar a informação relacionada com a saúde é um aspeto que deverá ser focal em futuros planos de promoção de Literacia em Saúde em Portugal, à semelhança de uma maior adequação da procura e utilização/navegação dos serviços de saúde (Arriaga *et al.*, 2022). Relativamente à LSM, torna-se mais difícil de avaliar o desempenho da população portuguesa, uma vez que ainda não existem estudos deste tipo a nível nacional com amostras representativas da população. A maior parte da investigação levada a cabo nesta área, em Portugal, foca-se nos níveis de LSM dos jovens (particularmente adolescentes) e na avaliação de programas de intervenção com vista à melhoria dos níveis de LSM com este grupo populacional, em diversas regiões do país (Morgado & Botelho, 2014; Rosa, Loureiro & Sequeira, 2014; Almeida, 2015; Figueiral, 2016; Loureiro, 2016; Trigueiro *et al.*, 2022).

O estudo destes conceitos tem demonstrado consistentemente os efeitos de baixos níveis de literacia populacionais em indicadores sociais e de saúde negativos, como a prevalência de doença, a reduzida utilização dos serviços de saúde, a maior morbilidade, reduzida qualidade de vida e autonomia diminuída (Nutbeam, 2000). Ainda, no caso da saúde mental, baixos níveis de literacia contribuem para a perpetuação do estigma e de outras barreiras à procura de ajuda (Rosa *et al.*, 2014). A expansão de estudos de investigação que procurem aprofundar o conhecimento existente acerca da LSM e contribuir para o desenvolvimento deste setor de atuação da Literacia em Saúde, é

fundamental para ultrapassar os crescentes desafios associados à saúde mental, fomentar comportamentos e atitudes saudáveis, e promover o bem-estar das pessoas e populações, nacional e globalmente (Kutcher *et al.*, 2016a; Carvalho *et al.*, 2022).

2.4.1. Literacia em Saúde Mental dos adolescentes

A LSM dos adolescentes tem constituído uma prioridade a nível da conceptualização deste construto e impulsionado um variado leque de investigação nesta área, dados os desafios e preocupações associados à prevalência de problemas e perturbações mentais, bem como o potencial preventivo de intervenções de LSM, neste período de desenvolvimento (Manganello, 2008; Mansfield, Patalay & Humphrey, 2020). O desenvolvimento de LSM dos adolescentes e dos seus principais cuidadores (professores/as, familiares, etc.) pode facilitar o reconhecimento antecipado de sinais e sintomas primários de perturbações mentais, impulsionar a procura precoce de ajuda, e contribuir para melhorar a qualidade de vida daqueles que sofrem com problemas de saúde desta génese (Kelly *et al.*, 2007). A promoção destes esforços nesta fase do desenvolvimento dos indivíduos acarreta, também, certas oportunidades, nomeadamente o facto de este ser o período da vida humana em que a aquisição de novos conhecimentos, hábitos, atitudes e comportamentos, é mais provável e facilitada, o que permite promover uma maior moldagem a estilos de vida saudáveis e uma mudança comportamental mais eficaz e duradoura (Kelly *et al.*, 2007).

Tanto a nível nacional como internacional, os estudos têm demonstrado que os adolescentes e jovens apresentam níveis reduzidos de LSM em geral, e que fatores como a idade, o género, a escolaridade e o conhecimento de pessoas que sofrem com perturbações mentais, estão associados à sua literacia neste domínio (Morgado & Botelho, 2014; Trigueiro *et al.*, 2022). Em Portugal, a maioria dos resultados evidenciam défices significativos em certos componentes da LSM dos adolescentes, nomeadamente para perturbações como a depressão, a esquizofrenia e o abuso de álcool. Desde a dificuldade em reconhecer sintomas e sinais de perturbações mentais, à desvalorização da ajuda profissional especializada e de tratamentos farmacológicos, à preferência por recorrer ao apoio informal e de pares, e à presença de atitudes e crenças limitantes, existe a necessidade premente de intervir no sentido de melhorar este cenário, como afirmado pelos diversos autores destes estudos (Rosa *et al.*, 2014; Loureiro *et al.*, 2014; Loureiro, 2016; Figueiral, 2016; Rosa, Loureiro & Sequeira, 2018). Porém, parece que existe uma tendência positiva relativamente à LSM deste público-alvo, com estudos mais recentes

verificando níveis mais altos e acima da média comparativamente a outros países europeus, ainda que não possam ser generalizáveis a toda a população de jovens portugueses pelas suas características particulares (Trigueiro *et al.*, 2022). No entanto, uma mudança para uma tendência mais favorável dos seus níveis de LSM hoje em dia não parece uma ideia descabida, uma vez que o aumento de ações de sensibilização, partilha de informação e promoção de saúde nas escolas, bem como a crescente visibilidade política e social dada a este tema, podem constituir fatores favoráveis a esta mudança (Loureiro, 2016). Da mesma forma, a proliferação de informação na *internet* e na comunicação dos *mass media*, cujos privilegiados utilizadores são maioritariamente adolescentes e jovens, introduz novas fontes de procura e acesso facilitado a conhecimento na área da saúde (mental) (Loureiro *et al.*, 2012a). No entanto, são precisos estudos futuros que comprovem esta possibilidade. De notar ainda que, a nível nacional, a maior parte da investigação levada a cabo foi desenvolvida com adolescentes e jovens nas regiões do Centro e Norte de Portugal, constatando-se uma escassez de conhecimento robusto em LSM e que fundamente a eficácia de intervenções desenvolvidas neste âmbito no Sul do país (Loureiro *et al.*, 2012a; Loureiro, 2016; Loureiro *et al.*, 2014; Rosa *et al.*, 2014; Figueiral, 2016; Trigueiro *et al.*, 2022).

As intervenções e programas de promoção de LSM com adolescentes e jovens é outro campo de investigação que se tem vindo a desenvolver no panorama nacional e internacional e que permite mapear alguns princípios e eixos estruturantes de ação. Primeiro, importa sublinhar o papel de destaque dado à escola como espaço ideal para a promoção de LSM dos adolescentes. A quantidade de intervenções e programas dirigidos ao aumento da LSM e respetivas componentes nas escolas tem aumentado, sendo esta a configuração preferencial e mais referenciada à condução de ditas intervenções com o público-alvo (Loureiro *et al.*, 2012a; Morgado & Botelho, 2014; Kutcher, Wei & Hashish, 2016; Santos *et al.*, 2019; Nobre *et al.*, 2021). As escolas são instituições essenciais à democratização da informação e do conhecimento e um recurso indiscutivelmente valioso na transmissão de normas e valores cruciais aos indivíduos. É o sítio onde os adolescentes passam a maior parte do seu tempo, dando espaço, não apenas para a aquisição de saberes e aptidões úteis à sua futura profissionalização, mas também para a obtenção de aprendizagens várias, logo assumindo-se como um palco para a sua socialização, educação e desenvolvimento holístico (Latané, 2021). Assim, o ambiente escolar torna-se um meio poderoso para apoiar um leque variado de fatores associados ao crescimento

e desenvolvimento dos adolescentes, nomeadamente no que toca a agir no sentido de facilitar o acesso a ferramentas e a promover o desenvolvimento de capacidades que auxiliem o seu bem-estar e previnam o aparecimento e/ou agravamento de problemas de saúde mental (Loureiro *et al.*, 2014).

Este tipo de programas surgem por todo o mundo em países como o Canadá, a Austrália e o Reino Unido, por exemplo, e emergem também em Portugal de projetos como o “UPA Faz A Diferença– Ações de Sensibilização Pró-Saúde Mental” da Associação ENCONTRAR-SE, a “Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: um programa de intervenção com base na escola para Adolescentes e Jovens” e o “Programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental” (Campos *et al.*, 2012; Pedreiro, 2013; Kutcher *et al.*, 2016b; Loureiro & Freitas, 2020).

Kutcher and colleagues (2016b) distinguem este tipo de intervenções em dois grupos distintos: as intervenções aplicadas em meio escolar por fontes externas ao mesmo, caracterizadas pela sua natureza pontual (e não contínua) e foco exclusivo nos estudantes; e as intervenções que os autores denominam como “*School Friendly*”, dinamizadas por agentes educativos internos, capazes de serem integradas no currículo letivo, e com um foco abrangente no sistema escolar e os seus membros (professores/as e estudantes). Segundo a revisão de Nobre and colegas (2021) a maioria dos programas e intervenções de promoção da LSM dos adolescentes dá-se de acordo com esta abordagem “*School Friendly*”, sendo implementadas por professores/as internos/as, em regime presencial nas salas de aula, e mostrando resultados estatisticamente significativos de melhoria dos níveis de LSM dos mesmos. Da literatura revista por estes autores (publicada em diferentes países da Europa), verificou-se que a sua maioria visa abordar mais do que uma componente de LSM, com a prevalência das componentes que se referem ao conhecimento de perturbações mentais e à redução do estigma (Nobre *et al.*, 2021). Identificaram, também, uma escassez e necessidade de intervenções com abordagens direcionadas à promoção e manutenção de uma saúde mental positiva, congruentes com os aspetos da LSM Positiva revista na parte anterior deste capítulo. Em termos de estratégias utilizadas, os autores encontraram a metodologia complementar, com a combinação do uso de técnicas expositivas, demonstrativas, metodologias interativas/participativas, de contacto direto ou indireto, e de partilha de materiais informativos, como sendo a mais favorável à obtenção de melhores resultados (Nobre *et al.*, 2021). Algumas barreiras à implementação deste tipo de programas/intervenções

constituem a dificuldade de articulação com os diferentes agentes educativos, a necessidade de interromper os currículos escolares e a falta de incentivos para os participantes (Nobre *et al.*, 2021). Outro fator importante a ter em mente na implementação deste tipo de intervenções, é a sua avaliação, o que requer instrumentos próprios, desenvolvidos e validados para/com a população jovem com o propósito de medir a sua LSM (Kutcher *et al.*, 2016a). A nível nacional, existem alguns com esta finalidade, sendo o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuaLisMental), uma ferramenta promissora na caracterização dos níveis de LSM dos adolescentes e jovens portugueses (Tavousi *et al.*, 2022). Este instrumento foi traduzido, validado e adaptado para a população portuguesa a partir da versão original do *Survey of Mental Health Literacy in Young People – Interview Version*, criado por Jorm (1997 como citado por Loureiro, 2015). Para além disto, e em resumo, a literatura identifica certas demandas imprescindíveis à eficiência de intervenções de promoção de LSM com adolescentes e jovens. É o caso destas intervenções serem (1) apropriadas quanto ao contexto e à idade; (2) situadas cultural, social e individualmente; (3) estruturadas de acordo com modelos teórico-conceptuais da Literacia em Saúde; (4) direcionadas à aquisição de conhecimentos e competências que permitam agir em prol da saúde e bem-estar dos indivíduos e pares; (5) dinamizadas por profissionais de saúde especializados em saúde mental e agentes educativos formados nesta questão; (6) variadas quanto às estratégias educativas utilizadas; (7) estudadas no seu processo de desenvolvimento, viabilidade, implementação e avaliação (Loureiro *et al.*, 2014; Morgado & Botelho, 2014; Kutcher *et al.*, 2016a; Rosa *et al.*, 2018; Nobre *et al.*, 2021).

Está então em desenvolvimento um leque de investigação nesta área que evidencia o potencial deste tipo de programas na aquisição de competências de saúde relacionadas com a saúde mental e na diminuição de estereótipos, preconceitos e comportamentos discriminatórios associados às perturbações mentais e aos indivíduos que as sofrem (Oliveira, Carolino & Paiva, 2012; Santos *et al.*, 2019; Nobre *et al.*, 2021).

Os perigos da ignorância dos adolescentes relativamente às questões referentes a este domínio da saúde prendem-se com a incapacidade de reconhecer os problemas mentais e procurar ajuda adequada, a adoção de estratégias de autorregulação emocional e psicológica desapropriadas e tóxicas, e o conseqüente desenvolvimento e agravamento de perturbações mentais para a vida adulta (Nobre *et al.*, 2021).

Colocando ênfase na prevenção, promover a LSM antecipadamente na vida de um indivíduo, nomeadamente durante o período da adolescência, pode ter implicações muito importantes no desenvolvimento da capacidade de compreender e empregar informação neste domínio a longo-termo, e de interagir positiva e conscientemente com os sistemas de saúde no sentido de alcançar um maior bem-estar na sua vida futura (Manganello, 2008). A aquisição de conhecimentos e competências na área da saúde mental, bem como a adoção de atitudes e comportamentos positivos e ajustados nesta área, é fundamental para garantir um desenvolvimento saudável para a fase adulta. Apostar na LSM dos adolescentes é apostar em futuros cidadãos ativos e funcionais, capazes de procurar, aceder e empregar informação essencial à prevenção, promoção e manutenção da sua saúde e da saúde mental dos outros.

2.4.2. Contributos da Educação Social

A Educação Social pode desempenhar um papel importante na promoção da LSM, capacitando os adolescentes através de competências e conhecimentos sobre a saúde e as perturbações mentais, bem como sobre tratamentos e formas de lidar com questões emocionais e psicológicas. Esta permite promover um diálogo de saberes multidisciplinares no plano do contributo das ciências sociais instaladas no campo da saúde coletiva (Canesqui, 2003).

As intervenções no âmbito da Educação Social com enfoque para o tema da saúde mental destinaram-se, até agora, à reabilitação em contexto hospitalar de pessoas que sofrem com perturbações mentais, à promoção da saúde mental e inclusão social de pessoas mais velhas e à investigação de estratégias de comunicação entre a pessoa que sofre com perturbação mental e o Educador Social (Ferreira, 2016; Leitão, 2018; Mestre, 2016). Não existem atualmente estudos, que sejam do conhecimento da investigadora, que tratem do potencial socioeducativo na intervenção para a promoção da LSM, pelo que esta foi uma lacuna que se pretendeu preencher de modo a contribuir para a produção científica nesta área do conhecimento. Apesar da escassez de evidências e linhas orientadoras diretas que possibilitem uma revisão de literatura direcionada ao foco específico de investigação, é possível retirar e propor alguns argumentos através da literatura revista até este momento, acerca do potencial de conjugação destas áreas teórico-práticas. Assim, pretende-se defender o argumento de que a Educação Social é capaz de introduzir novas nuances e eixos de atuação à implementação de intervenções no âmbito do desenvolvimento de LSM, particularmente com adolescentes.

Na revisão dos modelos teórico-conceituais da Literacia em Saúde, foi possível identificar elementos e atributos que se assemelham àqueles da prática socioeducativa, como revista anteriormente. Por um lado, o apelo a processos dinâmicos de aprendizagem não cingida à aquisição de conhecimentos, mas também ao desenvolvimento de valências emancipadoras, das quais fazem parte o pensamento crítico e reflexivo, essencial a uma conduta cívica de proatividade e à tomada de decisões de forma autónoma e empoderada (Loureiro *et al.*, 2012a). Do mesmo modo, a invocação de abordagens educativas não-formais, baseadas nos modelos de Paulo Freire, com ênfase na conscientização, interação, participação e conjugação de diferentes estratégias pedagógicas inovadoras, como as que devem estruturar as intervenções de LSM para garantir o seu sucesso (Nutbeam, 2000). Por outro lado, o reconhecimento do poder do ‘saber’ no estabelecimento de uma sociedade democrática e como fator essencial à mitigação das desigualdades sociais, com repercussões nitidamente espelhadas na transformação e melhoria das comunidades e espaços sociais, para além do indivíduo. Todos estes representam eixos sobre os quais a prática do Educador Social se desenvolve e fundamenta e justificam o papel do mesmo nos quadros de atuação da promoção de LSM.

Ao aumentar a LSM por meio da Educação Social, podemos contribuir para a redução do estigma, o aumento do acesso aos serviços de saúde mental e a criação de indivíduos mais confiantes e capazes a agirem no sentido de procurarem cuidar do seu bem-estar emocional e psicológico. Isso é fundamental para construir comunidades mais saudáveis e resilientes, onde todos possam buscar apoio e compreensão em relação à sua saúde mental.

É neste sentido que se considera de extrema importância a implementação de uma intervenção socioeducativa no âmbito da promoção de LSM que permita avaliar o potencial das abordagens socioeducativas, devidamente sustentadas para o desenvolvimento de competências essenciais à prevenção e mitigação de problemas de saúde e perturbações mentais na juventude. Por outro lado, a investigação associada à concretização desse trabalho pode contribuir para a divulgação de conhecimento pertinente ao planeamento e realização de futuras intervenções que pretendam fundir práticas socioeducativas em intervenções e programas de LSM.

Capítulo II

Projeto SOCIALMente

1. Objetivos do projeto e estratégias de ação

O projeto SOCIALMente visou implementar uma ação socioeducativa para promover o desenvolvimento de LSM, tendo como público-alvo, um grupo de adolescentes acessível através da instituição de acolhimento do estágio curricular.

No processo educativo, procurou adotar-se uma ação pedagógica coerente com a Educação Social, nomeadamente, a incidência de métodos de educação não-formal e técnicas pedagógicas variadas, dinâmicas e colabor(ativas) (Serapicos, 2006; Azevedo & Correia, 2013; Morgado *et al.*, 2021). Foram utilizados métodos maioritariamente interrogativos e ativos e técnicas pedagógicas de exposição dialogada, dinâmicas de grupo, jogos pedagógicos e trabalhos em grupo (Morgado *et al.*, 2021) com o intuito de promover a:

- Aprendizagem através da exploração e experiência de conteúdos estimulantes de debate e reflexão;
- Inclusão e envolvimento dos membros do grupo nos seus processos de aprendizagem de modo a estimular uma aquisição de conhecimentos (pro)ativa;
- Desenvolver jogos com recurso a materiais lúdico-pedagógicos em formato físico e digital;
- Criar atividades e dinâmicas de trabalho em grupo tendo por base a entreaajuda.

2. Enquadramento Institucional (Associação Sê Mais Sê Melhor)

A instituição de acolhimento de estágio a que este relatório se refere é a Associação Sê Mais Sê Melhor- Associação para a Promoção do Potencial Humano, uma Associação Juvenil sem fins lucrativos, com sede de trabalho na Casa das Associações situada no edifício do Instituto Português do Desporto e Juventude (IPDJ), na União de Freguesias de Faro (Sé e São Pedro) no concelho de Faro.

A Sê Mais Sê Melhor foi fundada a 11 de junho de 2012 por um grupo de jovens de áreas e especialidades diversas com o objetivo de atuar no sentido da promoção e defesa dos Direitos, Bem-Estar e qualidade de vida da Juventude, em prol da Igualdade, Sustentabilidade, Ambiente e Cidadania Democrática (Sê Mais Sê Melhor, 2021). O âmbito da sua ação abrange vários concelhos do Distrito de Faro, desde Lagos a Vila Real de Santo António (Sê Mais Sê Melhor - Estatutos, 2012).

Segundo o Artigo 3º 1) do Estatuto da Sê Mais Sê Melhor (2012, p.5), o objetivo principal da Associação é:

“ (...) promover o desenvolvimento pessoal, considerando a sua natureza multifacetada: higiene e saúde; educação, formação e profissão; arte, recreação e cultura; ciência e tecnologia; família, dinâmicas relacionais, comunidade e contexto social; cidadania, civismo e ecologia”.

Ainda, e por particular relevância ao desenvolvimento deste projeto de investigação, são destacados os seguintes objetivos específicos da Associação (Artigo 3º 2) g, h, m, o; Estatutos da Sê Mais Sê Melhor, 2012, pp. 5, 6, 7):

- (1) “Reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis, fomentando atitudes de promoção da saúde e do bem-estar, físico e psicológico, através da (re)educação de comportamentos desajustados no âmbito do desenvolvimento, da segurança, da saúde física e mental (...)”
- (2) “Desenvolver competências de autonomia, responsabilidade e sentido crítico, indispensáveis à opção e adoção por comportamentos e estilos de vida saudáveis em relação a questões de higiene, saúde (...)”
- (3) “Contribuir de forma positiva e ativa na criação de condições que originem cidadãos informados e bem formados, ao nível de valores, atitudes e comportamentos social e civicamente adequados e responsáveis.”
- (4) “Fornecer serviços psicológicos, educativos e psico-educativos acessíveis à população.”

Desde a sua fundação, a Sê Mais Sê Melhor tem tido um desenvolvimento significativo a nível da diversidade e sucesso de projetos, expansão da área de atuação, reconhecimento pelas práticas associativas, e celebração de protocolos e colaborações cruciais à implementação da sua ação. Integra, desde 2012, o Registo Nacional do Associativismo Jovem e o JuvFaro- Conselho Municipal de Juventude do Município de Faro; o Grupo de Trabalho na Área da Igualdade do Conselho Local de Ação Social de Faro (CLAS Faro) desde 2016; e a Federação Nacional de Associações Juvenis (FNAJ) desde 2019 (Sê Mais Sê Melhor, 2021).

A Associação é atualmente composta por uma equipa multidisciplinar integrada por profissionais da área da Psicologia Social, Educacional e Clínica, da Assistência social e da Educação Social, atendendo a uma grande variedade de contextos e temáticas pertinentes ao desenvolvimento humano, comunitário e social, na região do Algarve.

A nível de projetos, a Associação tem vindo a desenvolver, ao longo dos anos, múltiplos projetos e atividades de intervenção de base comunitária, escolar, digital e outras, com o objetivo de abordar e conscientizar os jovens e a comunidade para questões sociais e relacionais relevantes- como os Direitos Humanos, a Igualdade de Género, a Sexualidade, a Violência Doméstica e no Namoro e o Ambiente, entre outros- e, conseqüentemente, contribuir para uma maior consciência cívica e participação ativa dos jovens na sociedade, auxiliar a sua integração social e profissional, e favorecer o desenvolvimento de competências pessoais e sociais com vista ao seu empoderamento (Sê Mais Sê Melhor- Projetos, 2022). Neste âmbito encontram-se alguns dos seus projetos primogénitos e regulares, como o projeto “Na Primeira Pessoa”, o “Abordando Cenas e Coisas” e o “Atreve-te: Um desafio para a Igualdade”, os quais têm vindo a adquirir crédito a nível regional e nacional, pelo seu sucesso e boas práticas (Sê Mais Sê Melhor – Projetos, 2021). A estes têm-se juntado outros projetos ao longo dos anos, como iniciativas de voluntariado jovem, programas de intercâmbio, ações de formação profissional e pessoal e, mais recentemente, campos de férias e projetos de prevenção e capacitação social direcionados a grupos de jovens em situação de vulnerabilidade e/ou exclusão social, como o “#StandOut” e o “Clube de Jovens de Faro” (Sê Mais Sê Melhor – Projetos, 2021).

Todos os projetos e atividades mencionados anteriormente são desenvolvidos através da sinergia metodológica e dinâmicas lúdico-pedagógicas, por via da educação não-formal, informal e, complementarmente formal, encontrando, ainda valências na cultura, no desporto, na arte e na gamificação como recursos à aprendizagem para a capacitação e empoderamento juvenil e à exploração e desenvolvimento do potencial jovem (Sê Mais Sê Melhor – Projetos, 2022).

Os rendimentos da Associação advêm de bens próprios, receitas das atividades sociais realizadas, subsídios e/ou patrocínios que lhe sejam atribuídos, e é financiada por várias entidades a nível local e internacional, como o IPDJ, a Câmara Municipal de Faro, o Fundo Social Europeu, o Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), o programa Erasmus+ e CRESC Algarve 2020, estabelecendo ainda parcerias com múltiplas escolas do ensino básico e secundário de Faro, e outras associações e entidades de apoio relevantes a nível regional e nacional (Sê Mais Sê Melhor- Apoios e Parcerias, 2021).

3. Caracterização do Contexto e do Grupo de Intervenção

A intervenção da Sê Mais Sê Melhor, tal como foi mencionado anteriormente, não tem contornos definidos, na medida em que decorre numa grande variedade de contextos, com públicos diferentes e temáticas variadas, consoante o seu propósito, os projetos em que se insere e o acesso que lhe é permitido. Porém, a sua ação tem como público principal os jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 30 anos de idade, embora tenha também vindo a acolher públicos mais novos por questões de prevenção e sensibilização, nomeadamente referentes ao 1º ciclo de escolaridade.

A intervenção em contexto escolar tem sido, por isso, uma constante na ação da Associação ao longo dos anos, estabelecendo diversas parcerias com a comunidade escolar do concelho de Faro, como referido previamente. Tais parcerias decorrem na tentativa de colmatar áreas de sensibilização e consciencialização que não são atualmente suportadas pelos recursos pedagógicos à disposição, nomeadamente vários temas inseridos nas áreas sociais e humanas, e de fomentar a participação de jovens estudantes em atividades e projetos educativos imprescindíveis à diversificação do seu currículo e das suas competências pessoais e profissionais (Projeto de Intervenção Escolar ‘Na Primeira Pessoa’, 2021). Neste sentido, a Associação delinea e dinamiza ações de educação não-formal dirigidas à intervenção com diversas turmas das escolas locais, em resposta às suas necessidades socioeducativas extracurriculares, mediante a articulação com os respetivos agentes educativos. Estas ações obedecem a uma lógica de intervenção pontual em horário escolar, pelo que a presença da Associação nas escolas não é permanente, mas sim pontual. Deste modo, a concretização do presente projeto ficou definida nestes termos e sujeita a uma lógica de intervenção semelhante.

Dadas as características do público-alvo, bem como do próprio funcionamento da Associação, foi possível colaborar com um grupo de adolescentes de uma turma do 3º ciclo de uma Escola Básica do concelho de Faro, com idades compreendidas entre os 13 e 15 anos de idade, desde o início até ao fim do projeto, o que foi essencial ao desenvolvimento do mesmo, nomeadamente no que toca à garantia de participação do mesmo grupo de jovens, ao acompanhamento da evolução da ação e à avaliação final dos seus impactos.

A turma de intervenção consistiu numa turma de uma escola do Agrupamento de Escolas Pinheiro e Rosa (AEPR) devido ao histórico de colaboração entre a mesma e a

Sê Mais Sê Melhor. No início do estágio a ideia do projeto foi apresentada à diretora de turma, com a qual a Associação já tinha previamente colaborado com resultados muito positivos. Assim, conforme o interesse e disponibilidade da docente em colaborar de modo a apoiar a participação dos/as seus/suas alunos/as no projeto, o grupo de intervenção ficou definido.

4. Desenvolvimento do Projeto SOCIALMente

O desenvolvimento do projeto constitui três etapas fundamentais: a fase de diagnóstico, implementação e avaliação. A Tabela 1 ilustra o cronograma de desenvolvimento do projeto desde o início do estágio curricular, no mês de outubro de 2022, até ao final do mesmo, no mês de junho de 2023, e até ao final da investigação.

Tabela 1. Cronograma do projeto SOCIALMente

2022/2023	Out.	Nov.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.	Ag.
Fases	Diagnóstico			Implementação					Avaliação	

5. Implementação da ação socioeducativa

A implementação da ação deste projeto desenvolveu-se durante um período de quatro meses, ocorrendo entre os meses de fevereiro e junho do ano de 2023.

A intervenção consistiu na dinamização de 7 sessões com a turma referente ao grupo de intervenção durante o seu horário escolar, mediante articulação com a diretora de turma e os/as docentes responsáveis pelas aulas que foram cedidas para albergar o conteúdo das sessões. A média foi de duas sessões por mês, sendo que no mês de abril apenas foi realizada uma sessão devido à interrupção da atividade letiva para Férias da Páscoa. Todas elas tiveram a duração de 90m (correspondentes ao período da respetiva aula que ocuparam) pelo que o tempo de ação conjugou um total de 10 horas e 50 minutos. As sessões ocorreram nas salas de aula previamente designadas para o seu propósito original e contaram com a dinamização de várias atividades educativas e pedagógicas relativas à LSM.

Estas sessões foram dinamizadas pela investigadora deste projeto com o apoio e colaboração do grupo de estagiários de Educação Social que se encontravam a realizar o estágio curricular da Licenciatura na Sê Mais Sê Melhor, e os quais se encontraram presentes em todas as sessões. Três sessões distintas contaram, também, com a presença da tutora de estágio (Psicóloga Social na Sê Mais Sê Melhor), a orientadora deste trabalho

académico (Professora Doutora Emília Costa) e a Psicóloga Clínica da Associação, as quais foram com o propósito de assistir e apoiar a dinamização das mesmas.

Para além dos recursos humanos mencionados anteriormente, foram utilizados diversos materiais na preparação e dinamização das atividades efetuadas nas sessões, tais como: computadores, folhas de papel, cartolina, notas de *post-it*, cartão, papel transparente, envelopes, mesas, canetas, marcadores, lápis, balões, novelo de lã, funis, garrafas de plástico e farinha. Ainda, foram criados recursos essenciais à dinamização das sessões, como material de divulgação, expositivo e de apoio às atividades (Apêndice B).

5.1. Cronograma das sessões do projeto

Tabela 2. Cronograma das sessões socioeducativas de LSM

Meses	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho
Datas					7ª Sessão
	1ª Sessão 8/02, 4ª Feira	3ª Sessão 13/03, 3ª Feira		6ª Sessão 8/05, 2ª Feira	2/06, 6ª Feira
	2ª Sessão 27/02, 2ª Feira	4ª Sessão 28/03, 5ª Feira	5ª Sessão 27/04, 5ª Feira		

5.2. Planificação das atividades

A Tabela 3 lista as atividades dinamizadas em cada sessão realizada durante a implementação do projeto, bem como os respetivos objetivos para cada uma (consultar Apêndice A para ver os registos visuais captados durante cada sessão).

Tabela 3. Planificação das atividades

1ª Sessão. À descoberta da Saúde Mental!	
Objetivos	Atividades
- Introdução - Esclarecer os conceitos de saúde mental e perturbação mental	- Quebra-Gelo: Dinâmica do Novelo de Lã

<ul style="list-style-type: none"> - Perceber que saúde mental é mais do que ausência de perturbação mental - Diferenciar entre as/os diferentes componentes/estados de saúde mental - Estabelecer uma definição consensual do que é saúde e perturbação mental 	<ul style="list-style-type: none"> - Brainstorming: O que significa a saúde mental para ti? - Quiz (Kahoot): Cenários ilustrativos de perfis psicológicos diferentes e identificação do estado de saúde mental - Pirâmide Saúde Mental: construção coletiva de uma pirâmide alusiva aos estados de saúde mental; stress; emoções e sentimentos; e perturbações mentais.
--	---

2ª Sessão. Informação sobre Saúde Mental

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> - Debater sobre diferentes aspetos importantes relativos à saúde e perturbação mental (prevalência, causas, fatores de risco) - Treinar a capacidade de comunicação (escutar e falar), argumentação e debate - Promover a desconstrução de crenças negativas associadas a mitos e ao estigma das perturbações mentais - Revelar a importância do acesso à informação credível e de qualidade e os perigos do oposto - Cultivar espírito crítico na procura e acesso de informação relativa à saúde mental e às perturbações mentais - Fomentar o sentido de autonomia e controlo do grupo quanto às questões de saúde mental 	<ul style="list-style-type: none"> - Mitos e verdades: Jogo com várias perguntas acerca de factos, crenças e mitos sobre a saúde e as perturbações mentais em que o grupo tem que se posicionar no espaço de acordo com a sua opinião/crença e defender o seu posicionamento. - Filtrar informação: Exercício prático de pesquisa individual ou a pares acerca de qualquer assunto de interesse relativo à saúde mental nos motores de pesquisa online e partilha com o grupo acerca da pertinência e fiabilidade da informação.

3ª Sessão. Sinais VS Sintomas Ansiedade e Depressão

Objetivos	Atividades
-----------	------------

<ul style="list-style-type: none"> - Refletir acerca da invisibilidade dos problemas e perturbações mentais - Desconstruir o estigma associado ao comportamento das pessoas que experienciam perturbações mentais - Promover a compreensão e capacidade de distinção entre sinais e sintomas de perturbação mental - Capacitar para a identificação de sinais de alerta em si e nos outros - Fomentar a participação e colaboração do grupo - Consciencializar para os sintomas de ansiedade e depressão - Promover o trabalho e o espírito de equipa e atitudes de ajuda - Fomentar capacidades cognitivas, criativas e interpessoais através de um momento lúdico-pedagógico 	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo: “Comportem-se como uma pessoa com perturbação mental” (Pedreiro, 2013) - À descoberta dos sinais: exercício conjunto de distinção entre papéis com frases de sinais de bem-estar e mal-estar psicológico - Puzzles sintomáticos: construção em grupo de dois puzzles (ansiedade e depressão) com imagens e sintomas alusivos às duas perturbações - Reflexão em grupo
--	--

4ª Sessão. Perturbações de Ansiedade e Depressão

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> - Consciencializar para a existência de diferentes tipos de ansiedade e depressão e explorá-los através de várias experiências subjetivas com os mesmos - Promover a imersão do grupo nas histórias e experiências de pessoas que sofrem com problemas psicológicos, cultivando sentimentos de empatia e compreensão - Sensibilizar para o impacto das experiências de vida na saúde mental (ex. 	<ul style="list-style-type: none"> - Quebra-Gelo “A Frase que Rola com a Bola”: Jogo de passar uma bola entre todos os elementos do grupo enquanto se forma uma frase (ou história) coletiva - Contos Clínicos (por Michael Dickinson): Leitura, interpretação e apresentação de textos alusivos às experiências de personagens fictícias que sofrem com problemas e perturbações mentais de ansiedade e depressão - Reflexão em grupo

<p>violência, discriminação, pobreza, educação)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conscientizar para a importância de um/a psicólogo/a no processo de recuperação; - Promover o trabalho em grupo; - Treinar competências como a interpretação escrita e a apresentação oral; - Contribuir para a promoção da reflexão crítica, da autoconfiança, da atenção e participação. 	
5ª Sessão. Intenção de procurar ajuda e Ajuda especializada	
Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> - Conscientizar para a importância de procurar ajuda em caso de mal-estar emocional/ psicológico e os riscos de deixar o problema avançar; - Capacitar para o conhecimento e correta identificação dos diferentes profissionais de saúde mental que podem ajudar em caso de problema/perturbação mental (salientar as diferenças de ação); - Sensibilizar para os impactos do (auto)estigma na intenção de procura de ajuda e no tratamento tardio; - Permitir a clarificação dos principais aspetos do processo terapêutico (acesso, primeira consulta, confidencialidade, abertura e transparência, expectativas, subjetividade do processo, diferentes tipos de especializações e psicólogos); 	<ul style="list-style-type: none"> - Quebra-gelo “Estender a Mão” (Kapacita, 2011): formação de dois grupos em círculo (dentro e fora) e atividade de sensibilidade que requer tocar, estudar e identificar as mãos dos pares apenas com recurso ao toque. - Jogo de Kahoot: questões acerca das principais barreiras à procura de ajuda; estatísticas relevantes (quando é que as pessoas pedem ajuda, quanto tempo demoram a receber ajuda); riscos de deixar arrastar os sintomas; tipos de ajuda especializada e as suas funções. - Ronda de Q&A com Psicóloga Clínica: escrita anónima em <i>post-its</i> de questões, preocupações ou dúvidas relativas ao trabalho dos/as psicólogos/as e ao processo de acompanhamento/tratamento realizado

<ul style="list-style-type: none"> - Criar oportunidades de contacto direto e transparente entre o grupo e um(a) profissional especializada de saúde mental de modo a mitigar o estigma e os preconceitos associados à profissão e ao processo; - Promover a socialização do grupo, a empatia, a (auto)eficiência e a solidariedade. 	<p>pelos/as mesmos/as e partilha coletiva de respostas da Psicóloga a cada uma.</p>
<p>6ª Sessão. Prevenção e Promoção: Hormonas do Bem-Estar e Felicidade</p>	
Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> - Criar oportunidade para a expressão artística do grupo aliada à sua realidade; - Criar experiências colaborativas e de partilha entre os elementos do grupo; - Refletir (auto)criticamente e debater acerca do impacto das diferentes atividades diárias na saúde mental; - Refletir acerca do nosso papel ativo na promoção do nosso bem-estar e na prevenção de problemas/perturbações mentais; - Facilitar o reconhecimento dos fatores biológicos implicados no bem-estar e na felicidade individual e as atividades que os influenciam; - Capacitar e encorajar a adoção de estilos de vida saudáveis, alinhados com as necessidades biológicas do organismo e promotores do bem-estar holístico. - Divulgar folhetos informativos sobre o conteúdo da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuação da ronda de Q&A: respostas às questões que não foram respondidas na sessão anterior. - Quebra-gelo (Kapacita, 2011): Atividade de desenho colaborativa que implicou o desenho das atividades que gostavam de realizar no fim-de-semana (cada um iniciava o desenho e passado 30 segundos era pedido que passassem os desenhos para os vizinhos do lado para o completarem, e assim sucessivamente). No final diziam o que realmente queriam desenhar e o que acabou por ser desenhado. - Brainstorm: que atividades nos ajudam a sentir bem, promovem uma boa saúde mental e previnem o aparecimento de perturbações mentais? - Apresentação das hormonas do bem-estar e a sua função (com divulgação de folhetos informativos).
<p>7ª Sessão. Práticas de prevenção, autorregulação e promoção da saúde mental</p>	

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> - Conduzir a experiência de diferentes atividades de aumento do bem-estar e encorajar a prática de estratégias promotoras de uma saúde mental positiva; - Sensibilizar e refletir acerca dos benefícios das práticas experienciadas na prevenção de problemas/perturbações mentais e na promoção da saúde mental ao longo da vida; - Promover o sentido de autonomia e autoeficácia na obtenção, gestão e manutenção de uma saúde mental positiva. 	<p>Menu do Bem-estar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Energizer: exercício de respiração e movimento com música - Jogo “Eu sinto-me assim quando...”: observar e saber identificar as emoções - DIY Bolinhas Antistress: construção de bolas antistress com balões, farinha e funis - Exercícios de autoreflexão, gratidão e escuta ativa - Meditação guiada coletiva para o relaxamento

Capítulo III

Metodologia de Investigação

1. Metodologia de Investigação

Uma vez contextualizada a ação, e tendo em conta a conjuntura apresentada anteriormente, importa agora dar conta da metodologia implicada no desenvolvimento do presente trabalho académico de investigação.

A metodologia de investigação ou de pesquisa diz respeito ao conjunto de abordagens, técnicas, procedimentos e estratégias elencados na realização de uma investigação científica com o objetivo de produzir novos conhecimentos numa determinada área de estudo e, entre outros, recolher dados que permitam responder a uma questão de partida (Vilelas, 2009). Esta viabiliza o plano geral para a recolha e análise de dados, a escolha dos instrumentos e técnicas específicas, bem como a abordagem integral que é adotada para tratar o problema de estudo, sendo por isso fundamental para garantir a organização, o rigor e a credibilidade da investigação, bem como a qualidade e a validade dos resultados obtidos para a construção de conhecimento científico (Vilelas, 2009).

Neste capítulo são apresentados e explicados os fundamentos e procedimentos metodológicos postos em prática na realização da presente investigação.

1. Objetivos de Investigação

A presente investigação teve como principal objetivo a implementação de uma ação socioeducativa de modo a promover o desenvolvimento da LSM dos adolescentes. Neste sentido colocou-se a seguinte pergunta de partida: “De que forma pode a Educação Social contribuir para o desenvolvimento de LSM dos adolescentes?”.

De forma a responder à questão mencionada anteriormente, foram definidos os seguintes objetivos de investigação:

1. Desenvolver, implementar e avaliar uma ação socioeducativa para promover o desenvolvimento da LSM de um grupo de adolescentes;
2. Compreender os fatores associados ao sucesso da ação socioeducativa para o desenvolvimento de LSM dos adolescentes;
3. Investigação da prática socioeducativa na intervenção implementada e reflexão acerca das competências essenciais ao Educador Social neste tipo de projetos e com este público-alvo.

2. Método Investigação-ação

Referindo-se ao Educador Social, Canastra e Malheiro (2009) afirmam que

a sua principal ferramenta é a “Investigação-ação” (...) uma vez que a sua aproximação ao “terreno” passa pela capacidade de pôr em circulação as vontades, as sinergias e os recursos disponíveis, e organizados numa postura de projeto, num determinado contexto social e/ou laboral. (Canastra & Malheiro, 2009, p. 2031)

Este projeto de Educação Social exigiu uma postura simultaneamente interventiva sobre o contexto concreto de ação, e de pesquisa sobre a ação em estudo, pelo que a Investigação-ação constituiu a abordagem metodológica mais ajustada a este tipo de investigação, tendo sido o método adotado.

O conceito de Investigação-ação ou “*action research*” surgiu na década de 40, nos Estados Unidos da América, e ganhou contornos mais definidos através do psicólogo alemão Kurt Lewin, o qual inaugurou o termo (Cardoso & Rego, 2017). A fundação desta metodologia assentou numa perspetiva teórica pela qual uma investigação que não contém em si intenções de mudança e transformações ao nível do contexto social em que se insere, é considerada uma investigação inadequada (Costa, 2015). Assim, a Investigação-ação surge em prol da necessidade de superar a lacuna entre a teoria e a prática, e de desenvolver um instrumento de resolução de problemas em diversas áreas sociais, mediante a integração de conhecimentos teóricos e empíricos nos contextos práticos e reais nos quais atua, com vista à intervenção e participação, e eventualmente à emancipação e transformação (Fonseca, 2012).

Apesar de existirem vários modelos de Investigação-ação (Coutinho *et al.*, 2009), bem como diferentes designações utilizadas na literatura - “pesquisa-ação”, “ação-investigação”, e “investigação e desenvolvimento (I&D)” - esta consiste, fundamentalmente, numa abordagem metodológica que parte do princípio de conjugação da investigação académica com a ação prática, com o objetivo primordial de contribuir para a resolução de problemas específicos em contextos reais (Fonseca, 2012).

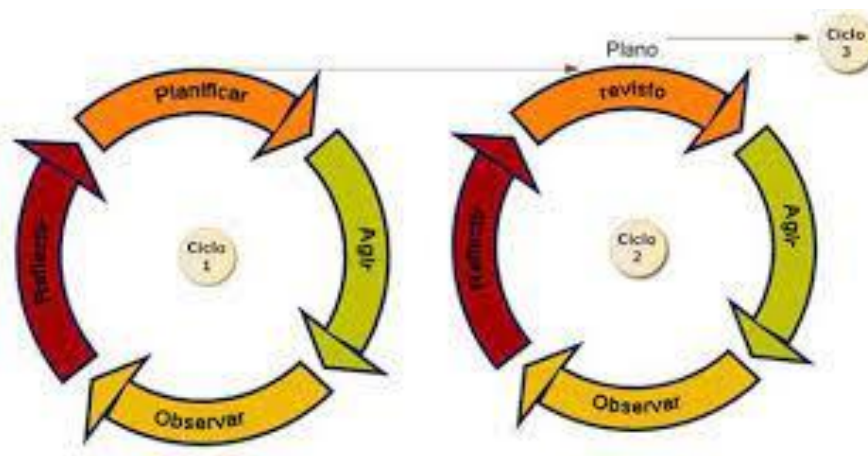
Segundo Cardoso e Rego (2017), a utilização deste método de investigação tem como principais objetivos:

1. O desenvolvimento de conhecimentos e competências contextualizados no meio de intervenção, e aplicáveis a situações e problemáticas específicas;

2. A transformação de uma determinada realidade social, sempre no sentido de a aperfeiçoar;
3. A trans(formação) dos intervenientes, de modo a contribuir para a emancipação face à sua situação profissional e/ou social.

Tendo em conta as definições propostas por vários autores (como revistos em Fonseca, 2012), destacam-se elementos transversais na caracterização deste tipo de método de investigação, como o seu carácter dinâmico, cíclico, reflexivo, interventivo, autoavaliativo, colaborativo e situacional. Uma das principais características da Investigação-ação prende-se pela natureza cíclica e contínua do processo de desenvolvimento de investigação, normalmente estruturado por um conjunto de fases que se desenvolvem em espiral e que, uma vez completas, podem ser retomadas para darem origem a novos ciclos. São essas fases: a planificação, a ação, a observação (avaliação) e a reflexão (teorização) (Coutinho *et al.*, 2009).

Figura 1. Espiral de ciclos da Investigação-ação (Coutinho et al., 2009, p.366)



Como está ilustrado na Figura 1, um ciclo tem início na fase de delineação inicial dos objetivos da investigação e de planificação da ação a desenvolver. Posteriormente dá-se a fase de implementação do plano de ação, e documentada a observação dos seus resultados, esta é sujeita a uma avaliação e reflexão, não só do processo como das mudanças ocasionadas pela mesma, de uma ótica retrospectiva e prospetiva, estabelecendo uma espiral autorreflexiva de conhecimento e ação (Coutinho *et al.*, 2009). Desta forma, esta sequência de fases reproduzem-se ao longo do tempo, dando origem a ciclos futuros, onde é possível reformular ou ajustar o plano da ação com base no conhecimento e reflexões prévios (Fonseca, 2012; Cardoso & Rego, 2017). Ao longo deste processo, os

sujeitos inseridos na situação e problemática específicas de intervenção são coexecutores e empreendedores da investigação, atuando no seu próprio contexto com vista à melhoria das suas práticas (sociais, profissionais, entre outras) (Cardoso & Rego, 2017). Nesta abordagem, recorre-se a uma variedade de técnicas de recolha de dados, de acordo com os objetivos delineados e o tipo de informação que se pretende captar e analisar, sendo as notas e diários de campo, a pesquisa documental, as fotografias, gravações e transcrições do conteúdo de entrevistas, os questionários e a observação, algumas das mais comuns (Cardoso, 2014).

Em termos práticos e reais, a aplicação deste método permite que profissionais investiguem e avaliem a sua própria prática de modo a gerar conhecimento no campo sob investigação e, simultaneamente, contribuir para a resolução de problemas, para a melhoria das práticas existentes e para a promoção de mudanças positivas em diversos contextos de estudo (Ferreira, 2008). De facto, a literatura evidencia a utilidade deste método na investigação da prática docente e educativa, nomeadamente como ferramenta de desenvolvimento profissional, ao conceder bases conceptuais e metodológicas que facilitam a compreensão da ação educativa e levam ao questionamento e exploração da prática profissional, lançando luz sobre novas possibilidades e trajetórias de atuação que auxiliam o aperfeiçoamento de estratégias didáticas e métodos de ensino eficientes e são capazes de gerar mudanças ao nível da conduta e dos relacionamentos interpessoais, bem como do aproveitamento escolar (Mesquita-Pires, 2016; Santos, 2017; Fonseca, 2012; Coutinho *et al.*, 2009; Cardoso, 2014; Cardoso & Rego, 2017).

Assim, diversas vantagens são documentadas da utilização deste método na investigação e na prática, como destacadas por Canastra, Gujamo e Magnino (2012):

- A possibilidade de investigar o processo de ação continuamente, reconhecendo a natureza volátil da realidade social e encarando as dificuldades que ocorrem e são inerentes à mesma, em busca da aprendizagem e do aprimoramento da prática;
- A tomada de decisões informadas por conhecimento útil e eficaz na resolução de problemas específicos e contextuais, nomeadamente no que diz respeito ao desenvolvimento profissional;
- A contribuição para a melhoria e transformação das dinâmicas sociais.

Posto isto, a escolha de adotar a metodologia de Investigação-ação neste estudo justificou-se pela necessidade de conjugar a vertente de atuação num contexto empírico específico e de investigação académica, bem como pelo objetivo de estudar, refletir e melhorar a prática profissional do Educador Social associada ao respetivo contexto e problemática de estudo. Neste estudo, a Investigação-ação tem o potencial de valorizar o processo socioeducativo e o contexto onde se irá inserir, ajustando as práticas ao mesmo. Ainda, permitirá reajustar e adequar a ação conforme necessário e essencialmente, potencializar a ação socioeducativa como motor de transformação e melhoria da prática profissional no campo da Educação Social.

3. Paradigma de investigação

Os paradigmas de investigação permitem a regulação de diversos aspetos centrais à produção de conhecimento científico, nomeadamente o pensamento, as suposições filosóficas, a finalidade, os valores, a ética e os procedimentos inerentes à investigação (Lima, 2011). Como afirmam Azevedo e colegas (2013), de forma implícita ou explícita, os métodos quantitativo e qualitativo encontram-se associados a suposições filosóficas e a paradigmas distintos, o que levanta questões relativamente ao sistema filosófico que a investigação irá acolher, às suposições do/a próprio/a investigador/a, à natureza dos valores e da realidade, e à forma como o conhecimento é produzido.

O paradigma positivista é o que estrutura a investigação quantitativa. Segundo Lima (2011) este paradigma

“assume que existe um mundo, ou realidade objetiva, que os métodos científicos, com maior ou menor presteza, podem representar, a partir da descrição de propriedades mensuráveis que independem tanto do observador quanto de seus instrumentos.” (Lima, 2011, p. 202).

Contrariamente, o paradigma construtivista-interpretativo encontra forma no modo de investigação qualitativo e baseia-se na suposição de que “o acesso a uma realidade (dada ou socialmente construída) ocorre apenas por meio de construções sociais, como a linguagem, a consciência e os sentidos compartilhados” (Lima, 2011, p. 203).

Posto isto, esta investigação insere-se no campo filosófico do paradigma construtivista-interpretativo, uma vez que a ênfase da pesquisa será dirigido à descrição, interpretação e compreensão da realidade social, por meio da valorização do significado da ação e do papel dos sujeitos na construção dessa mesma realidade (Silva, 2013). Ainda,

a investigação terá um foco particular num contexto profissional e social específico, caracterizado pela partilha contínua de experiências e significados entre o investigador e os sujeitos, e o qual irá ser tido em conta na sua especificidade. Por fim, tenciona-se valorizar a subjetividade da ação e da construção da realidade social, considerando os contextos específicos da realidade onde a mesma se desenvolve (Silva, 2013).

4. Abordagem Mista

Quanto ao tipo de abordagem, optou-se pela realização de um estudo misto neste trabalho de investigação. Este modo de pesquisa permite combinar métodos e técnicas de recolha e análise de dados de natureza quantitativa e qualitativa, numa lógica de triangulação “entre métodos”, de modo a obter uma visão da realidade o mais rica e completa possível (Azevedo et al., 2013).

O método quantitativo e o método qualitativo são abordagens de investigação tradicionalmente problematizadas com base na dicotomia, como dois modos de investigação intrinsecamente contrários e incompatíveis, o que não deixa de ser natural, uma vez que existem diferenças significativas entre os mesmos (Morais & Neves, 2007). Por um lado, o método quantitativo baseia-se no positivismo e racionalismo, no processamento e quantificação de dados através de métodos estatísticos, inferenciais, e experimentais, de forma objetiva e com o intuito de fazer suposições sobre a população geral (Lima, 2011). Por outro lado, o método qualitativo é naturalista, baseia-se na produção de conhecimento assente na reflexividade e na subjetividade, na valorização das experiências, significados, e perspetivas dos agentes sociais na construção da realidade, e na exploração e interpretação da mesma atendendo à sua especificidade (Silva, 2013). No entanto, a articulação de elementos e aspetos da pesquisa quantitativa e qualitativa, numa abordagem mista, tem vindo a ser reconhecida como um modo valioso de capitalizar as potencialidades, e ao mesmo tempo, de aliviar as limitações de ambos os métodos, de modo a beneficiar uma compreensão mais abrangente e íntegra do tópico sob investigação (Halcomb, Massey & Gunowa, 2015).

De facto, a complexidade, variabilidade, e irredutibilidade da natureza da vida social justificam, no campo das Ciências Sociais e Humanas, por um lado, a rutura com a lógica de domínio de um método sobre a exclusão de outro, e por outro lado, a consolidação de uma perspetiva dualista e pluralista na investigação (Flyvbjerg, 2001 citado em Moraes & Neves, 2007).

Assim, a abordagem mista foi a opção mais proveitosa à realização desta investigação uma vez que a vertente quantitativa permite, por um lado, captar e analisar os dados de forma objetiva, aliviando as possíveis limitações associadas à subjetividade da experiência e interpretação do/a investigador/a. Por outro lado, o recurso a técnicas qualitativas permite explorar a realidade social na sua especificidade, dando valor à reflexividade e significados dos seus agentes na construção de conhecimento.

5. Recolha de dados

A recolha dos dados foi realizada em diversos momentos e recorrendo a uma variedade de técnicas e instrumentos de recolha de informação - como a observação, o inquérito por questionário, as notas e o diário de campo e conversas informais - adequados aos diferentes objetivos de cada fase do projeto.

5.1. Diagnóstico

Numa fase inicial do projeto, com vista ao planeamento informado da intervenção, foram empregues técnicas de recolha de informação que viabilizassem o diagnóstico do contexto de atuação, isto é, o acesso ao conhecimento das necessidades, recursos e oportunidades do mesmo. O levantamento deste tipo de informação permite obter uma visão abrangente e aprofundada da realidade e grupos estudados, possibilitando a sua definição e caracterização, de modo a direcionar a ação de forma mais precisa (Fonseca, 2012). Particularmente, esta etapa permitiu acautelar a delimitação de prioridades e estratégias de intervenção, bem como a possibilidade de execução e eficiência das mesmas, tendo em conta os meios disponíveis e os atores sociais inseridos no respetivo contexto de intervenção (Ander-Egg *apud* Fernandes, 2005, p.9 como citado em Fonseca, 2012). Durante esta fase foram mobilizadas técnicas como a observação não participante e o inquérito por questionário de modo a captar vários elementos relevantes ao planeamento da ação socioeducativa. As conversas informais com pessoas conhecedoras da realidade do contexto de ação também constituíram uma valiosa fonte de informação ao longo desta etapa.

Observação não participante

Para obter uma visão geral da realidade do contexto de intervenção efetuou-se a observação direta de situações de aula de forma a obter informação relativa ao funcionamento natural das mesmas e do modo como os elementos do grupo se relacionam e interagem nesse respetivo contexto. Existiu a oportunidade de assistir a algumas aulas

do grupo de intervenção onde foi possível captar informações pertinentes ao nível do espaço da sala de aula, dos materiais disponíveis, do tipo de atividades educativas desenvolvidas ao longo da aula, do comportamento geral dos alunos e o seu envolvimento com o conteúdo lecionado, e das relações interpessoais que mantêm uns com os outros dentro da sala de aula. No total foram efetuadas três visitas, nas quais a investigadora se sentou no fundo da sala a observar a aula em curso e a registar informação pertinente ao diagnóstico do contexto. Para evitar a adulteração da realidade a ser observada, a observação foi não-participante, pelo que foi evitado o contacto com os intervenientes do contexto para além de saudações comuns. Este tipo de observação permite captar e anotar informação pertinente ao funcionamento real dos contextos, onde se observam os agentes no seu *habitat* natural, sem interferir com o mesmo, apesar da presença do/a observador/a poder ter repercussões no grupo de observados, ao tomarem consciência da sua presença (Vilelas, 2009). A observação foi estruturada e os dados recolhidos anotados numa grelha construída para esse propósito (Apêndice C).

Os dados recolhidos através da observação não participante foram ainda, complementados com informação derivada de conversas informais, nomeadamente com pessoas que conhecem e vivenciam o contexto e os elementos do grupo diariamente (por exemplo, os/as docentes responsáveis e auxiliares presentes). A utilização destas técnicas permitiu planear, com mais profundidade, a ação na medida em que fomentou o conhecimento acerca de um leque de fatores a serem tidos em conta nas estratégias de intervenção a utilizar, nomeadamente os meios e condições disponíveis para a concretização das atividades socioeducativas, a disposição e nível de (des)empenho dos intervenientes na realização das tarefas propostas, a sua capacidade de dialogar e interagir coletivamente, entre outros.

Inquérito por questionário

O inquérito por questionário consiste numa técnica de recolha de dados quantitativa, a qual permite obter informação sobre um grupo relativamente alargado de indivíduos, através de uma sequência de questões escritas que visam captar as opiniões, crenças e conhecimentos dos mesmos, de modo a que não se sintam expostos, inibidos ou julgados (Santos & Henriques, 2021). Por isso, este representou um bom instrumento para captar, precisamente, as opiniões, crenças e conhecimentos dos sujeitos de intervenção relativamente a aspetos relacionados com a saúde mental e, desta forma, identificar lacunas no seu conhecimento acerca das perturbações de ansiedade e depressão, bem

como verificar o estigma associado e estas perturbações mentais e às pessoas que sofrem com as mesmas- por outras palavras, os seus níveis de LSM.

Nesta investigação, para efeito de avaliar a LSM do grupo de intervenção, optou-se pela utilização do QuaLisMental. Este é um instrumento traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa (Loureiro, Pedreiro & Correia, 2012b) a partir da versão original do *Survey of Mental Health Literacy in Young People - Interview Version* de Jorm (1997, 2000 como citado em Loureiro *et al.*, 2012b). O questionário utiliza um método de avaliação da LSM baseado em vinhetas ilustrativas de casos de sujeitos com sintomas de uma perturbação mental, o qual tem sido, normalmente, o método-padrão para estudar este conceito em vários países (Jorm, 2019).

A aplicação do QuaLisMental em diversos contextos, com adolescentes e jovens de várias idades e amostras populacionais representativas, tem demonstrado ser um enorme sucesso ao nível da avaliação das diferentes componentes da LSM e da eficácia de intervenções de educação e sensibilização para a saúde mental, a nível nacional (Loureiro *et al.*, 2014; Rosa *et al.*, 2014; Loureiro, 2015; Loureiro, 2016; Loureiro & Freitas, 2020; Morgado *et al.*, 2021). Assim, este pareceu o instrumento mais indicado a ser utilizado para o propósito de diagnosticar os níveis de LSM do grupo. Passa-se a caracterizar a sua composição, estrutura e modo de emprego.

Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuaLisMental)

Este instrumento é constituído por um conjunto de itens que pretendem avaliar as diferentes componentes da LSM, nomeadamente, (1) o reconhecimento das perturbações; (2) a intenção de procura de ajuda; (3) crenças e intenções sobre prestar ajuda; (4) crenças sobre intervenções; (5) crenças sobre prevenção; e (6) atitudes estigmatizantes e distância social, utilizando diferentes formatos de resposta- dicotómica, múltipla, escala de Likert.

A primeira parte inclui uma breve introdução ao questionário e as respetivas diretrizes de preenchimento. De seguida, são apresentadas seis questões de caracterização sociodemográfica (género, idade, habilitações literárias do pai, habilitações literárias da mãe, profissão do pai, e profissão da mãe), as quais utilizam a escolha múltipla como formato de resposta, à exceção da idade e da indicação das profissões dos pais, as quais implicam o formato de resposta curta.

A segunda parte do questionário contém um total de 12 questões relativas a cada componente da LSM e duas últimas questões relacionadas com o contacto próximo com pessoas que já sofreram com perturbações mentais, sendo que metade destas são compostas por vários itens de diferentes opções que podem ser classificadas de maneira semelhante, como “útil”, “prejudicial”, “nem uma coisa nem outra” ou “não sei”. Antes das questões são apresentadas vinhetas retratando certas perturbações mentais, nomeadamente sobre psicose, depressão (major), abuso de álcool, e ansiedade (fobia social), que visam ilustrar os sinais e sintomas de cada uma de acordo com os critérios de diagnóstico do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) da American Psychiatric Association (2006, como citado em Loureiro, 2015).

Neste estudo, o instrumento foi adaptado para um formulário *online* através do *Google Forms*, de modo a facilitar a recolha dos dados e o seu agrupamento em formato eletrónico. Ainda, foram apenas utilizadas as vinhetas da ansiedade e depressão pela elevada prevalência destas perturbações mentais nos adolescentes e jovens (WHO, 2021), e pelo peso que apresentam na carga de perturbações mentais da população portuguesa (Almeida *et al.*, 2013). A vinheta da ansiedade retrata a fobia social e a da depressão, a depressão major, no entanto, de modo a simplificar o uso dos termos, irá ser feita a referência apenas à ansiedade e à depressão daqui para a frente. Na Tabela 4 encontram-se expostas as respetivas vinhetas do QuaLisMental, que foram utilizadas neste estudo.

Tabela 4. Vinhetas a retratar as perturbações mentais utilizadas no QuaLisMental (Correia, 2012)

Vinheta da Ansiedade:

" A Rita tem 18 anos e entrou no ensino superior em outubro do último ano, tendo mudado de cidade para frequentar o curso. Desde que mudou para a nova instituição, tornou-se ainda mais tímida do que habitualmente e fez apenas uma amiga. Ela gostaria de fazer mais amigos, mas tem medo de fazer ou dizer algo embaraçoso quando está com outras pessoas. Embora o desempenho escolar da Rita seja razoável, raramente participa nas aulas e fica muito nervosa, corada, a tremer e sente que pode vomitar se tiver de responder a alguma pergunta ou falar na frente da turma. Com a sua família, a Rita é muito conversadora, mas com os colegas da casa onde vive tal não acontece, preferindo ficar calada quando recebem alguém que não conhece bem. À exceção dos telefonemas da família, nunca atende o telefone e recusa-se a participar em eventos

sociais. Ela sabe que os seus medos são exagerados, mas não consegue controlá-los e isso realmente perturba-a."

Vinheta da Depressão:

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

A administração do QuaLisMental na fase de diagnóstico ocorreu em sala de aula após a devida autorização da Escola e dos pais, na presença da investigadora e da docente responsável pelo período de aula ocupado para efeitos de preenchimento do mesmo (45 minutos). Durante este tempo procedeu-se à apresentação da investigação, do propósito do questionário, e dos aspetos éticos associados à recolha de dados (consentimento, carácter voluntário da participação, confidencialidade dos dados e anonimato das respostas). Esta informação foi transmitida verbalmente ao grupo em geral, e por escrito individualmente (Apêndice F), tendo sido aberta e encorajada a possibilidade de colocar questões e dúvidas acerca da participação na investigação, que não envolvessem as questões ao inquérito e, conseqüentemente, implicasse o viés das respostas e dos resultados. O preenchimento do questionário demorou, em média, 30 minutos e foi realizado nos computadores e telemóveis pessoais dos/as alunos/as, através dos quais acederam ao *link* que lhes fora disponibilizado na plataforma *Classroom* e direcionara ao formulário do *Google Forms* (Apêndice D).

5.2. Implementação

Na fase de implementação da ação deu-se a dinamização das sessões de LSM em sala de aula com a turma correspondente ao grupo de intervenção. A recolha de dados nesta fase procurou recolher informação diretamente do terreno nos momentos de ação de modo a avaliar o sucesso das estratégias e atividades pedagógicas a serem estudadas e

a sua eventual necessidade de reestruturação. Teve o objetivo de registrar quaisquer questões para reflexão acerca da prática profissional envolvida na implementação da ação, nomeadamente as dificuldades sentidas, os aspetos a melhorar, os pontos considerados como fortes e informação útil à dinamização das sessões subsequentes. Aqui as principais técnicas e instrumentos de recolha de dados foram a observação participante e o registo no diário de campo.

A observação participante e as notas/diário de campo

Durante a implementação da intervenção socioeducativa e a dinamização das sessões realizadas para esse efeito, a técnica de recolha de dados utilizada foi a observação participante, tendo em conta a natureza participativa e colaborativa da IA, bem como a implicação do investigador neste tipo de modalidade de investigação. Neste tipo de técnica, o investigador procura inserir-se num certo contexto de modo a obter uma perspetiva do meio em que irá intervir, ou em que intervém, identificando e registando determinados aspetos da vida social, tanto “formais” como “informais”, nomeadamente as interações e relações interpessoais, as dinâmicas grupais, situações e fenómenos específicos, comportamentos, valores e crenças (Canastra *et al.*, 2012; Correia, 2009). Simultaneamente, o investigador procura envolver-se e participar de forma mais ou menos ativa no respetivo contexto de intervenção, o que lhe permite conhecer o contexto natural e a cultura do mesmo de forma holística (Correia, 2009; Mónico *et al.*, 2017). Existem várias categorias de observação que variam conforme o grau de envolvimento e tipo de participação (Mónico *et al.*, 2017). A utilização desta técnica nesta investigação pressupõe o mais alto nível de envolvimento e participação, uma vez que se pretendeu ter um papel ativo, suscetível de influenciar e modificar aspetos do contexto de intervenção e da vida do grupo (Mónico *et al.*, 2017). A utilização desta técnica de investigação pressupõe, ao mesmo tempo, recolher anotações e registos de dados objetivos e sentimentos subjetivos captados nos momentos de observação-participação, os quais podem ser feitos durante ou após a situação a ser investigada, designados notas de campo (Mónico *et al.*, 2017). Neste estudo as notas de campo resultaram dos registos feitos no diário de campo após as sessões dinamizadas em prol da ação socioeducativa e permitiram a obtenção de um conjunto de dados diversificados.

5.3. Avaliação

Durante esta fase pretendeu-se avaliar o impacto da ação nos objetivos específicos, nomeadamente, fazer o levantamento das aprendizagens adquiridas como resultado da ação socioeducativa implementada, recolher o *feedback* dos participantes quanto à intervenção, e refletir sobre os aspetos positivos da mesma e as questões a melhorar em ações futuras. Para este efeito, recorreu-se novamente à aplicação do QuaLisMental, à avaliação dos dados recolhidos na fase anterior e à dinamização de uma sessão de *debriefing* conjunta para avaliação final das sessões, com recurso a uma técnica de avaliação lúdica para obtenção de *feedback* individual e de grupo.

A sessão de *debriefing* final constituiu simultaneamente, o último momento de recolha de dados e o marco da saída do contexto empírico de investigação. Foi o contacto final com o grupo, no momento pós intervenção, que serviu para fazer o levantamento das aprendizagens e competências adquiridas como resultado da mesma, nomeadamente através da nova aplicação do QuaLisMental de modo a permitir comparar os níveis de LSM captados nas duas fases distintas de investigação e obter resultados objetivos da eficácia da ação (como feito noutros estudos deste tipo, Oliveira *et al.*, 2012). Esta sessão decorreu, novamente, em sala de aula na presença da docente responsável (diretora de turma) pelo período de aula ocupado para efeitos da sua realização (90 minutos). Os primeiros 45 minutos da sessão foram ocupados com o preenchimento do questionário, que se deu de forma semelhante ao momento pré-intervenção (na fase de diagnóstico). No restante tempo, procurou-se conduzir uma reflexão conjunta geral acerca da ação levada a cabo durante os meses anteriores de forma qualitativa, não-formal e informal. Foi dinamizado um jogo de avaliação final das sessões designado “Dado Mágico” o qual implicou lançar um dado à vez e responder a uma pergunta relativa às aprendizagens, experiências e opiniões derivadas das sessões da ação, consoante o número sucedido (a cada número de 1 a 6 encontrava-se associada uma pergunta sobre a opinião dos/as alunos/as quanto às sessões). Isto foi feito com cada um dos elementos do grupo e implicava a partilha da resposta com os presentes. As respostas foram registadas para serem tidas em conta na avaliação do *feedback* do grupo posteriormente. Durante e após o jogo desenvolveu-se uma conversa informal acerca da intervenção, onde foi possível abordar as expectativas do grupo relativamente às sessões, a sua opinião quanto às atividades desenvolvidas, os seus momentos favoritos e menos apreciados, bem como conteúdos que gostavam que tivessem sido abordados. Assim, este tipo de técnica

revelou-se bastante útil em captar informação rica para os resultados da intervenção de forma dinâmica e descontraída. Revelou-se ainda, como um ótimo momento final com o grupo de intervenção e saída do contexto empírico.

6. Tratamento e análise de dados

Os dados recolhidos através da observação não participante foram expostos na respetiva grelha construída para esse efeito e categorizados de acordo com os diferentes parâmetros de avaliação.

Os dados recolhidos através do questionário foram exportados do *Google Forms* para uma folha de *Excel* para se proceder à limpeza da base de dados, nomeadamente à exclusão de células desnecessárias, à renomeação das variáveis (questões) de modo a eliminar espaços, e à recodificação das respostas nominais para passarem a constituir valores numéricos uniformizados (por exemplo, para a variável “género”, a resposta “feminino” foi codificado com o número 1 e a resposta “masculino” com o número 0). Para a variável sociodemográfica que diz respeito à profissão dos pais e a qual era de resposta por extenso, cada resposta foi categorizada conforme a Classificação Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2011) e codificada de 0 a 9, respetivamente. O código 10 foi atribuído a situações de desemprego ou em casos em que a resposta não era concreta ou não podia ser codificada de outra forma (por exemplo, “não sei” e “não se aplica”). Cada código atribuído e variável renomeada foi apontado para facilitar a análise de dados posteriormente. As respostas à primeira questão, de reconhecimento de perturbação mental, foram classificadas de outra forma, segundo o método de Correia (2012). Posteriormente, estes dados foram transferidos para o *software IBM SPSS Statistics v24* para análise. Foram calculadas as estatísticas resumo adequadas e as frequências absolutas e percentuais de modo a responder ao objetivo do estudo, utilizando-se tabelas de frequência simples e compostas. A pequena dimensão da amostra (N= 18) não justificou a elaboração de testes estatísticos inferenciais, pelo que se optou pela análise descritiva dos dados (Bernardo & Cossa, 2021).

As notas de campo foram, ao longo da investigação, produzidas e guardadas no diário de campo, criado digitalmente através do *Microsoft Word*, tendo sido partilhadas apenas com a orientadora de estágio. Estas foram redigidas após cada sessão em modo de resumo autorreflexivo, ávido de detalhe, uma vez que não era possível registar os acontecimentos no momento da sessão, a não ser que fosse identificado algo de

importância extraordinária, caso em que era apontado no telemóvel ou numa folha de papel até à sua reprodução para o destino final no diário de campo.

Os dados recolhidos através destes registos resultantes da observação participante foram sujeitos à análise de conteúdo, um método de análise de dados qualitativos, caracterizada numa perspetiva interpretativa, subjetiva e contextual, contemplando diversos significados (Moura *et al.*, 2021). Quanto ao tipo, optou-se pela análise categorial ou temática, pela rapidez, validade e flexibilidade que oferece na análise de grandes bases de dados qualitativos (Moura *et al.*, 2021). Este tipo de análise de conteúdo diz respeito a um processo de análise de dados baseado na identificação de padrões ou temas nos dados e na sua subsequente agregação por conteúdo (Moura *et al.*, 2021). Afigurados a este tipo de análise qualitativa, encontram-se três processos inerentes essenciais ao mesmo: a codificação, categorização e inferência (Moura *et al.*, 2021). No processo de categorização, distinguem-se as categorias dedutivas e as indutivas ou emergentes. Na análise dos dados desta investigação, o processo de categorização foi emergente, pois esta técnica possibilita o surgimento de novos significados ou aspetos adicionais, ainda não abordados na teoria (Moura *et al.*, 2021). As categorias emergentes são as que vão surgindo no decorrer da análise conforme a exploração dos dados (Moura *et al.*, 2021).

6.1. Procedimentos éticos de investigação

Existiram aspetos éticos e metodológicos de investigação que antecederam a realização do projeto e aplicação das técnicas e instrumentos de recolha de dados no contexto de intervenção/investigação. Estes procedimentos elencaram com os processos de obtenção de aprovação da realização da intervenção/investigação junto das entidades institucionais abrangidas pelo mesmo, nomeadamente a direção do AEPR (Anexo III). Ainda, a aplicação dos instrumentos de recolha de dados antecipou a autorização do autor do questionário utilizado (QualisMental, Anexo I), o parecer favorável do Encarregado de Proteção de Dados da UAIG (Anexo II) e a recolha dos consentimentos informados e esclarecidos dos/as participantes e respetivos representantes legais (Encarregados/as de Educação, Apêndice E).

Todos os dados recolhidos foram tratados e analisados segundo os princípios éticos do consentimento informado, participação livre e voluntária, anonimato, confidencialidade, privacidade e proteção de dados. O preenchimento do questionário

requereu a autorização dos participantes e respetivos Encarregados/as de Educação, pelo que a ausência deste requisito significou o não preenchimento ou a omissão das respostas ao questionário. As respostas foram anónimas e estes dados foram armazenados de forma confidencial e segura em dispositivos eletrónicos acessíveis apenas à responsável pela investigação e partilhados estritamente com a orientadora de estágio para fins académicos. Todos os dados serão eliminados e destruídos após a conclusão do Mestrado.

Nos registos efetuados no diário de campo referentes a cada sessão foram mencionados nomes, bem como outros pormenores que foram omitidos deste trabalho de forma a proteger a identidade e a privacidade dos envolvidos. O mesmo foi efetuado com os registos visuais capturados durante as sessões, que foram editados de modo a excluir quaisquer elementos identificativos da identidade dos participantes ou que pusesse em causa os princípios do anonimato e confidencialidade inerentes à prática desta investigação, e a possibilitar a sua divulgação neste relatório para efeitos de evidenciar e ilustrar as atividades realizadas durante as sessões. Estes registos na sua forma original foram apenas partilhados com o pessoal presente em cada sessão e com a orientadora de estágio, sendo que mais ninguém teve acesso aos mesmos.

Capítulo IV

Resultados

1. Apresentação e interpretação dos dados

Esta investigação teve como principal objetivo a implementação de uma ação socioeducativa de modo a promover o desenvolvimento da LSM dos adolescentes. Neste sentido colocou-se a seguinte pergunta de partida: “De que forma pode a Educação Social contribuir para o desenvolvimento de LSM dos adolescentes?”.

De forma a responder à questão mencionada anteriormente, foram definidos os seguintes objetivos de investigação:

1. Desenvolver, implementar e avaliar uma ação socioeducativa para promover o desenvolvimento da LSM de um grupo de adolescentes;
2. Compreender os fatores associados ao sucesso da ação socioeducativa para o desenvolvimento de LSM dos adolescentes;
3. Investigação da prática socioeducativa na intervenção implementada e reflexão acerca das competências essenciais ao Educador Social neste tipo de projetos e com este público-alvo.

Os resultados desta investigação agregam dados do tipo quantitativo e qualitativo, referentes a momentos de investigação distintos, nomeadamente no momento pré-intervenção, no durante e no pós-intervenção, correspondentes às fases de diagnóstico, ação e avaliação, respetivamente. Este capítulo visa apresentar os dados recolhidos durante as diferentes fases desta investigação, de forma ordenada, e interpretá-los à luz dos objetivos da mesma e da revisão bibliográfica realizada no primeiro capítulo deste relatório.

1.1. Pré-intervenção (Diagnóstico)

Caraterização do contexto

A primeira parte da fase de diagnóstico procurou auscultar e extrair informação sobre o contexto onde a intervenção iria ocorrer, o que envolveu visitas à escola e, especificamente, às salas de aula onde a turma se encontrava a ter aula para a observar. Dos registos efetuados foi possível retirar alguma informação acerca do espaço e dos recursos presentes no contexto e do comportamento/participação da turma nas aulas, bem como as suas dinâmicas de relações interpessoais.

Quanto à composição das aulas, a turma era constituída por cerca de 22 alunos e alunas. Desses alunos/as, dois deles são alunos com Necessidades Educativas Especiais,

normalmente acompanhados por uma professora auxiliar complementar (duas no total, uma para cada um, mas vão alternando, uma de cada vez) que os ajuda e acompanha durante as aulas. Das três visitas realizadas, observei que estes alunos estiveram presentes em apenas duas e que a professora auxiliar complementar nem sempre conseguia estar presente durante o período de aula completo, pelo que a presença destes alunos nas aulas e durante a intervenção seria, possivelmente, instável. Numa conversa com uma das professoras auxiliares, a mesma referiu que os restantes membros da turma tinham, no geral, uma atitude e relação positiva com estes colegas, cumprimentando-os e comunicando com eles, apesar de ser visível que os mesmos se encontravam claramente à parte do restante grupo (pelo menos durante as aulas). Quanto à assiduidade da turma, registou-se que na maioria das visitas às aulas encontravam-se elementos a faltar, com alguns/mas alunos/as a chegarem um pouco depois da hora do toque.

Espaço e recursos

A caracterização do espaço e dos recursos (disponíveis e utilizados) foi essencial à planificação das atividades e tarefas a desenvolver durante a ação socioeducativa. Procurou-se averiguar a composição do espaço das salas de aulas e o quanto este podia variar, bem como identificar os recursos materiais e de apoio pedagógico existentes consistentemente, que poderiam apoiar a realização das sessões da ação futuramente.

Quanto à composição das salas de aulas, verificou-se que estas não eram muito amplas, sendo maioritariamente ocupadas por mesas e não permitindo espaço para muito mais (ex. movimentarem-se). As mesas encontravam-se dispostas de forma tradicional, com quatro filas de mesas, colocadas umas em frente às outras, onde os/as alunos/as se sentavam a pares ou sozinhos/as. Os lugares permaneciam idênticos de aula para aula. Outro fator que foi constantemente observado foi a presença de ruído exterior (quer de colegas, obras, cadeiras a arrastar) o qual acabava, de certa forma, por incomodar e prejudicar as aulas, principalmente quando se decidia deixar a porta aberta.

Os materiais (e mobiliário) disponíveis incluía, em todas as salas de aula, um quadro (de giz ou caneta), um computador e um projetor. O acesso à internet era possível, mas não garantido, surgindo várias queixas acerca do seu funcionamento. Outros materiais presentes nas diferentes salas de aula foram: quadros de cortiça, armários de arrumação, lavatório, pincéis de pintura e boiões de vidro vazios. Para além dos materiais já presentes e à disposição dos/ alunos/as, estes faziam-se acompanhar sempre do seu

próprio material escolar (ex. lápis, borrachas, canetas, cadernos, tesouras, afixas, etc.) e ainda, dos seus telemóveis. Os telemóveis foram, inclusivamente, usados como recursos de apoio à aprendizagem, para participar num *quizz* educativo numa plataforma *online*. Esta atividade pareceu ser um bom recurso para utilizar com o grupo pois demonstraram-se empenhados/as e interessados/as. Numa aula diferente, alguns/mas alunos/as usavam o telemóvel para efeitos de pesquisa para um projeto que estavam a desenvolver e, simultaneamente, para ouvir música enquanto realizavam as suas tarefas.

Quanto aos recursos pedagógicos utilizados durante as aulas, estes foram variados e dependeram do conteúdo e dos objetivos dos momentos educativos. O desenvolvimento de projetos para entrega/apresentação foi algo que ocorreu em várias aulas, o que pode estar relacionado com o facto das visitas coincidirem com a aproximação do final do 1º período letivo e respetivas avaliações. O trabalho individual parece ser o privilegiado. Foi o único tipo de tarefas que a turma foi observada a desempenhar em sala de aula, apesar de ter existido um momento de avaliação de apresentação oral a pares. De resto, é de crer que o grupo não está habituado a trabalhar em equipa. De facto, em conversas com uma das docentes, a mesma afirmou que esse tipo de trabalho não é comum em sala de aula. Ainda, partilhou algumas estratégias de gestão da sua aula, nomeadamente sobre a influência da disposição das mesas na atenção e participação da turma com o conteúdo (segundo a mesma, as mesas de grupo dificultam esta tarefa). Notou-se que gostam de atividades que usam o telemóvel, competitivas, plásticas e de desenho,

Comportamento e relações

A análise do comportamento e clima relacional do grupo teve como objetivo compreender a dinâmica interpessoal vivida no contexto de intervenção, tanto entre os/as alunos/as, como entre os/as alunos/ e professores/as. A nível comportamental, observou-se aspetos como a participação e o envolvimento da turma na aula. A nível relacional, consideraram-se aspetos como a qualidade das relações interpessoais, a cooperação, a comunicação e os conflitos.

O comportamento do grupo, no geral, era positivo, apesar de existir momentos em que alguns elementos se encontravam distraídos e a conversar com os/as colegas do lado. Quando isto acontecia parecia criar uma corrente de distração no resto do grupo e perturbava a aula. Porém, isto era apaziguado à chamada de atenção dos/as professores/as e, na sua maioria, demonstravam interesse e participavam oportunamente na aula.

Apesar das relações interpessoais terem sido difíceis de captar concretamente devido a estarem em contexto formal de aula e não no recreio, o clima entre o grupo pareceu ser favorável, com boas relações entre colegas, à semelhança das relações com o/as docentes. A nível da cooperação, apesar de não ter sido possível observar dinâmicas de trabalho de grupo, verificaram-se atitudes cooperativas entre colegas, como a partilha de material, técnicas de desenho e troca de ideias. Não foram verificadas faltas de respeito ou situações conflituosas nos momentos de observação.

Para além do que foi observado, as conversas com alguns/mas docentes permitiram recolher informação complementar acerca do comportamento e das relações do grupo, a qual não seria possível captar nas breves visitas efetuadas ao contexto. Por exemplo, uma docente referiu que os/as alunos/as eram maioritariamente inquietos/as, principalmente da parte da tarde e que, de aula para aula, isto também variava consoante as atividades que desenvolviam. Outra docente afirmou que é um bom grupo de miúdos/as, com o qual é fácil trabalhar e “fazer qualquer coisa”. Por último, também me foi informado que existiam algumas situações de exclusão e mesmo *bullying* na turma, particularmente direcionado a um elemento.

Caraterização sociodemográfica dos participantes

A recolha de informação pertinente às caraterísticas sociodemográficas dos participantes foi feita através da análise das questões sociodemográficas apresentadas no início do QuaLisMental, nomeadamente, relativas ao género, à idade e às habilitações literárias e profissão dos progenitores. Nesta fase inicial, um total de 18 alunos/as preencheram o questionário ($N= 18$). Isto deve-se ao facto de dois elementos da turma não terem autorização para preencher o questionário e os dois alunos de NEE não se encontrarem presentes no momento de recolha de dados. Deste total, 50% selecionaram o género masculino e feminino, pelo que existiu uma representatividade igual dos géneros nas respostas. Quanto às idades, não se verificou uma grande discrepância. Pelo contrário, constatou-se que a maioria da amostra ($N=15$) tinha 13 anos de idade, sendo que os/as restantes afirmaram ter 14 anos de idade.

Tabela 5. Caracterização sociodemográfica dos participantes

Caraterísticas	N		%	
Género				
Masculino	9		50%	
Feminino	9		50%	
Idade				
13	15		83,3%	
14	3		16,7%	
Escolaridade Pai / Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe
1º Ciclo (Antiga 4ª classe)	5	2	27,8%	11,1%
2º Ciclo (Antigo 6º ano)	1	1	5,6%	5,6%
3º Ciclo (9º ano)	2	0	11,1%	0%
Ensino Secundário (liceus)	5	8	27,8%	44,4%
Bacharelato/Licenciatura	2	2	11,1%	11,1%
Mestrado/Doutoramento	3	5	16,7%	27,8%
Profissão Pai / Mãe				
Representantes do poder legislativo, executivos, dirigentes e gestores	2	4	11,1%	22,2%
Especialistas atividades intelectuais e científicas	3	5	16,7%	27,8%
Técnicos e profissões de nível intermédio	4	3	22,2%	16,7%
Pessoal administrativo	1	0	5,6%	0%
Trabalhadores de serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	0	3	0%	16,7%
Agricultores e trabalhadores qualificados	2	0	11,1%	0%
Trabalhadores qualificados da indústria	2	0	11,1%	0%
Operadores de instalações e máquinas	2	0	11,1%	0%
Não qualificados	0	2	0%	11,1%
Desemprego/ Não sei/ Não se aplica	2	1	11,1%	5,6%
Total	18		100%	

Como é observável na Tabela 5, em resposta às habilitações literárias do pai, a maioria dos respondentes ($N= 10$) selecionaram a opção do “Ensino Básico, 1º Ciclo- 4ª Classe” (27.8%) e “Ensino Secundário- curso complementar dos liceus” (27,8%). Apenas 5 alunos/as indicaram a frequência do pai no Ensino Superior, com 11,1% correspondentes ao grau de “Bacharelado, Licenciatura” e 16,7% correspondentes ao grau de “Mestrado/Doutoramento”. Relativamente às habilitações literárias da mãe, mais de metade dos respondentes ($N= 13$, 72,2%) selecionaram o “Ensino Secundário” e o “Mestrado/Doutoramento”, constatando-se o nível mais alto de escolaridade das mães dos participantes comparativamente aos pais. No entanto, é de referir que surgiram algumas dúvidas por parte de alguns membros do grupo relativamente ao preenchimento destas questões pelo que algumas respostas podem ter sido aleatórias e não corresponder à realidade, não devendo ser consideradas como rigorosas. A codificação das profissões foi efetuada de acordo com a Classificação Oficial Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2011). Relativamente à profissão do pai, verifica-se uma grande variedade, destacando-se a prevalência de profissões de carácter intelectual e científico ($N= 3$, 16,7%) e de carácter técnico intermédio ($N= 4$, 22,2%). Por outro lado, as profissões da mãe apresentam menor variedade, e concentram-se, maioritariamente, nas atividades do tipo executivas, dirigentes e de gestão ($N= 4$, 22,2%) e nas atividades intelectuais e científicas ($N= 5$, 27,8%).

Níveis de Literacia em Saúde Mental

A avaliação dos níveis de LSM do grupo foi efetuada através da aplicação do QuaLisMental antes do início da ação socioeducativa, de modo a compreender as necessidades do grupo relativamente a várias componentes de LSM, e a informar e direcionar a intervenção de acordo com os défices e as competências verificadas.

A primeira questão do questionário após cada vinheta ilustrativa é sobre o reconhecimento do problema/perturbação: “Na tua opinião, o que é que se passa com a Rita/ Joana?”, à qual existem várias respostas que podem ser selecionadas simultaneamente conforme o considerado pelos respondentes. De entre as possíveis respostas, devem ser selecionados termos obrigatórios (ansiedade e depressão) e pode-se aceitar também termos mais gerais, associados com o problema central (“Tem um problema”; “Doença Mental”; “Problemas Psicológicos”; “Stress”) (Correia, 2012).

Analisando as opções selecionadas pelos participantes a esta questão, verificou-se que mais de metade dos/as alunos/as foi capaz de identificar corretamente a ansiedade como sendo a perturbação retratada pela primeira vinheta ($N= 13$; 72, 2%). De igual modo, foram selecionados outros termos considerados corretos por associação por uma grande quantidade dos participantes, como, “Stress” (66,7%) e “Problemas psicológicos/mentais/emocionais” (83,3%), o que revela uma boa capacidade de reconhecer a presença de um problema/perturbação mental, no geral. Apesar disto, apenas quatro selecionaram a opção “Doença Mental” (22,2%) o que pode indicar que a maioria não considere a ansiedade como uma perturbação mental. Ainda, 33,3% dos respondentes identificaram esta perturbação mental erradamente como depressão, 11,1% como esquizofrenia, e 5,6% como bulimia, o que revela alguma dificuldade de distinção entre estes tipos de perturbações. Para além disto, muitos deles atribuíram o problema a um “Esgotamento Nervoso” (44,4%) que, como afirma Correia (2012) representa um termo coloquial, sem significado científico. Quanto ao reconhecimento da depressão, o valor estatístico foi semelhante ao do reconhecimento da ansiedade, com 72,2% dos respondentes a identificarem corretamente esta perturbação. No entanto, verificou-se uma maior tendência em atribuir erradamente distúrbios alimentares, como a bulimia (16,7%) e a anorexia (11,1%) e, principalmente, perturbações de ansiedade (50%) à depressão. De resto, a seleção das opções corretas por associação foi semelhante ao caso da ansiedade, ainda que com menores percentagens, exceto para o caso da “Doença Mental” selecionada por cinco dos participantes (Tabela 6). Isto revela, no geral, uma boa capacidade do grupo em identificar a presença de problemas e perturbações mentais e, na maioria dos casos, em reconhecer a perturbação de que se trata.

Tabela 6. Reconhecimento Ansiedade e Depressão (%)

Opções	Ansiedade	Depressão
Não sei	0%	0%
Não tem nada	5,6%	5,6%
Depressão	33,3%	72,2%
Esquizofrenia	11,1%	0%
Psicose	0%	0%
Doença Mental	22,2%	27,8%
Bulimia	5,6%	16,7%
Stress	66,7%	55,6%

Esgotamento nervoso	44,4%	44,4%
Abuso de substâncias (ex. álcool)	0%	0%
É uma crise própria da idade	11,1%	16,7%
Problemas psicológicos/mentais/emocionais	83,3%	50%
Anorexia	0%	11,1%
Tem um problema	11,1%	16,7%
Alcoolismo	0%	0%
Ansiedade	72,2%	50%
Outro: “Importa-se de mais com os outros”	5,6%	N/A
Outro: “Perda de um familiar muito próximo”	N/A	5,6%

Nas questões relativas à intenção de procura de ajuda em caso de ansiedade e depressão, verificou-se que, para ambas as perturbações, a maioria dos/as alunos/as afirmou que procuraria ajuda (55,6% no caso da ansiedade e 50% no caso da depressão). Dos restantes, cinco não sabe se procuraria ajuda e três não o fariam em caso de ansiedade (27,8% e 16,7%, respetivamente), caso semelhante para a depressão com a exceção de que são seis os que não sabem se procurariam ajuda ou não no caso desta perturbação (33,3%). Portanto, o nível da intenção de procura de ajuda foi alto para ambos os tipos de perturbação, o que se revela congruente com o nível de reconhecimento das mesmas, apresentado anteriormente. Relativamente a quem pediriam ajuda, a escolha mais selecionada, no caso da ansiedade, foi a mãe ($N=8$; 44,4%), seguida de um(a) amigo(a) ($N=6$; 33,3%). Verificou-se que uma pequena minoria recorreria, em primeiro lugar, a um profissional de saúde ($N=2$; 11,1%) ou ao pai ($N=2$; 11,1%). No caso de procurar ajuda associada à depressão, conferiu-se que os participantes preferem fazê-lo junto de um(a) amigo(a) ($N=7$; 38,9%), seguido da mãe ($N=6$; 33,3%) e do pai ($N=3$; 16,7%), sendo que dois continuam a preferir recorrer a um profissional de saúde (11,1%). Em ambos os casos, destaca-se o facto de que ninguém pediria ajuda a um(a) professor(a) ou namorado(a). Os participantes classificaram a sua confiança em pedir ajuda a essa(s) pessoa(s) de modo relativamente alto, com as respostas mais concentradas entre o “muito confiante” e o “confiante”, especialmente no cenário da depressão ($média= 3,89$; $dp=$

0,90). Para a ansiedade, o número mais alto de respostas concentrou-se no nível intermédio de confiança, possivelmente revelando uma menor confiança para pedir ajuda neste caso (*média*= 3,72; *dp*= 0,89). Nenhum/a dos/as alunos/as indicou o nível mais baixo de confiança para pedir ajuda (“nada confiante”), em nenhum dos cenários.

Figura 2. Grau de confiança para pedir ajuda (depressão)

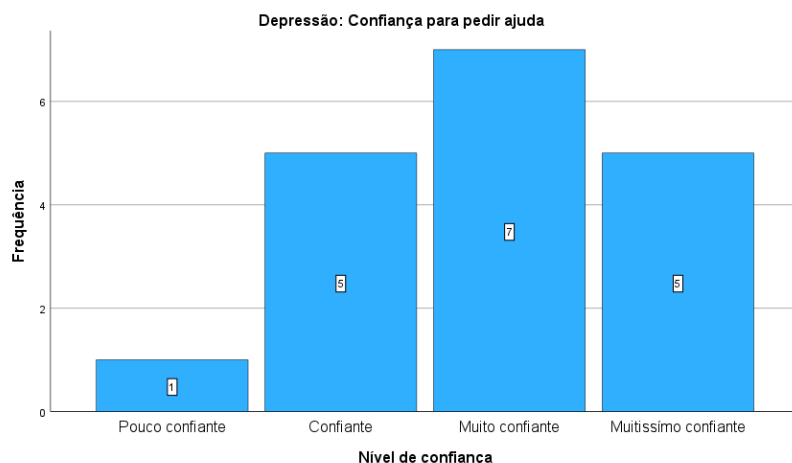
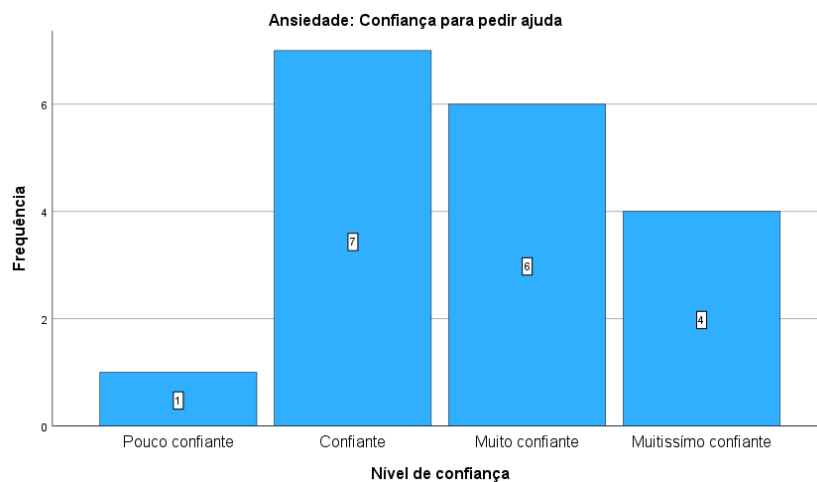


Figura 3. Nível de confiança para pedir ajuda (ansiedade)



Quanto à prestação de ajuda, as questões tentam captar crenças acerca da utilidade de certas estratégias na prestação de ajuda a alguém que esteja em situações semelhantes às retratadas nas vinhetas. Abaixo, a Tabela 7 ilustra a opinião dos participantes relativamente a algumas frases que podem ou não ser úteis dizer a alguém em situação de ansiedade e depressão.

Tabela 7. Frequências e Percentagens da Utilidade das Frases de Apoio

Frases	Utilidade	Ansiedade		Depressão	
		N	%	N	%
Todos temos dias assim, amanhã vais sentir-te melhor!	Útil	11	61,1	7	38,9
	Prejudicial	7	38,9	11	61,1
A vida é injusta connosco, não estás tão mal como pensas!	Útil	1	5,6	1	5,6
	Prejudicial	17	94,4	17	94,4
Tens tudo, não tens motivo nenhum para andares assim!	Útil	2	11,1	2	11,1
	Prejudicial	16	88,9	16	88,9
És superior a isso, eu conheço-te bem!	Útil	16	88,9	16	88,9
	Prejudicial	2	11,1	2	11,1
Tens que aprender a lidar com os teus problemas!	Útil	5	72,2	4	22,2
	Prejudicial	13	27,8	14	77,8
A forma como te tens comportado não é correta!	Útil	2	11,1	1	5,6
	Prejudicial	16	88,9	17	94,4
É necessário andares com a vida para a frente, a tua vida continua!	Útil	9	50	8	44,4
	Prejudicial	9	50	10	55,6
Também já passei por isso... já estive no teu lugar!	Útil	9	50	6	33,3
	Prejudicial	9	50	12	66,7
Tenta esquecer esses sentimentos, isso ainda é negativo e faz-te mal!	Útil	14	77,8	8	44,4
	Prejudicial	4	22,2	10	55,6
O teu distanciamento vai-te fazer que as pessoas também se afastem!	Útil	7	38,9	4	22,2
	Prejudicial	11	61,1	14	77,8

Andas triste, mas isso passa! Triste é que não se melhora, de certeza!	Útil Prejudicial	N 8 10	% 44,4 55,6	N 7 11	% 38,9 61,1
Preocupas-me, sabes?	Útil Prejudicial	N 7 11	% 38,9 61,1	N 8 10	% 44,4 55,6
Mete a tristeza para trás das costas!	Útil Prejudicial	N 10 8	% 55,6 44,4	N 10 8	% 55,6 44,4
Há tanta gente com problemas piores que os teus!	Útil Prejudicial	N 1 17	% 5,6 94,4	N 1 17	% 5,6 94,4
Não tenhas pena de ti mesma(o)!	Útil Prejudicial	N 7 11	% 38,9 61,1	N 6 12	% 33,3 66,7
Se saíres de casa vais sentir-te logo melhor!	Útil Prejudicial	N 11 7	% 61,1 38,9	N 10 8	% 55,6 44,4
Precisas colocar um sorriso nesses lábios!	Útil Prejudicial	N 13 5	% 72,2 27,8	N 11 7	% 61,1 38,9
Tens que ser forte! Tu consegues... é tudo “força de vontade”!	Útil Prejudicial	N 13 5	% 72,2 27,8	N 12 6	% 66,7 33,3
Tens que reagir... assim não melhoras!	Útil Prejudicial	N 8 10	% 44,4 55,6	N 8 10	% 44,4 55,6
Procura manter-te ocupada para que não penses!	Útil Prejudicial	N 15 3	% 83,3 16,7	N 14 4	% 77,8 22,2
Passa à frente!	Útil Prejudicial	N 6 12	% 33,3 66,7	N 5 13	% 27,8 72,2

Conforme o exposto na Tabela 7, constata-se que as diferenças de opinião sobre frases a utilizar para prestar ajuda entre o cenário da ansiedade e da depressão não são significativas. Uma análise superficial permite verificar que os participantes acham frases “motivadoras” (ex. “Tens que ser forte”, “Precisas colocar um sorriso nesses lábios”) e impulsionadoras de ação (ex. “Procura manter-te ocupada para que não penses!”, “Se saíres de casa vais sentir-te logo melhor!”) como as mais úteis para ajudar alguém nos cenários apresentados. Por outro lado, parecem chegar a um consenso relativamente ao uso desfavorável de frases que comparam e/ou diminuem a experiência de sofrimento da pessoa (ex. “Há tanta gente com problemas piores que os teus!”, “A vida é injusta connosco, não estás tão mal como pensas!”). Ainda analisando brevemente as duas colunas, parece que as respostas indicam uma maior leveza na forma como é encarada a ansiedade comparativamente à depressão, pelo maior número de seleção de respostas ‘úteis’ a frases negativas e desvalorizadoras da situação, tais como “O teu distanciamento vai-te fazer que as pessoas também se afastem!”, “Todos temos dias assim, amanhã vais sentir-te melhor!”, e “Tenta esquecer esses sentimentos, isso ainda é negativo e faz-te mal!”.

No geral, a confiança dos respondentes para ajudar alguém no cenário da ansiedade e da depressão foi alta, com as respostas todas concentradas a partir do nível 3, entre o “confiante”, o “muito confiante” e o “muitíssimo confiante” (*média*= 4,06). Nenhum/a dos/as alunos/as indicou os níveis mais baixos de confiança para prestar ajuda (“pouco confiante” e “nada confiante”), em nenhum dos cenários, revelando que se sentem capazes de apoiar e prestar ajuda a alguém que se encontre nestas situações.

Figura 4. Grau de confiança para prestar ajuda (ansiedade)

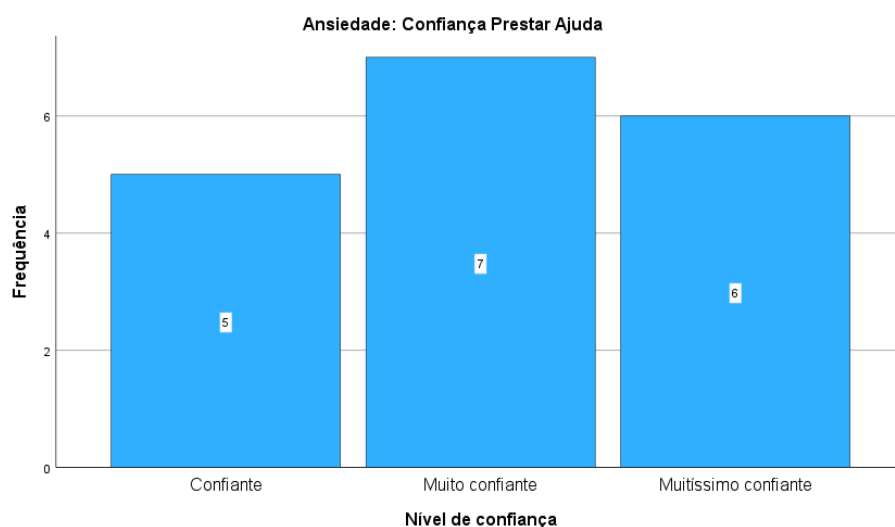
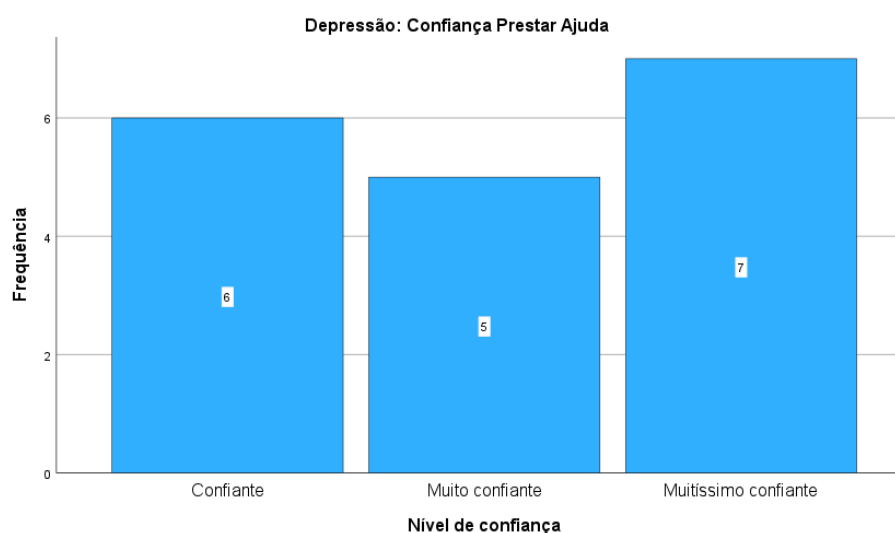


Figura 5. Grau de confiança para prestar ajuda (depressão)



Quanto às possíveis ações que podem ajudar as pessoas no cenário da ansiedade e depressão, foram apresentadas algumas opções, as quais os participantes tinham que classificar como “Úteis”, “Prejudiciais”, “Nem uma coisa nem outra” ou “Não sei”, conforme a sua opinião e/ou conhecimento.

As ações “Ouvir os seus problemas de forma compreensiva” ($N=16$; 88,9%) e “Mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas” ($N=13$; 72,2%) foram as ações mais selecionadas para ajudar alguém no caso da ansiedade. “Reunir o grupo de amigos para a animar” e “Marcar uma consulta no Médico de Família com o seu conhecimento” seguiram as anteriores, sendo classificadas como ‘úteis’ por 66,7% e 61,1% dos respondentes, respetivamente. Pelo contrário, ações como “Sugerir que beba

uns copos para esquecer os problemas” e “Não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor” foram ambas classificadas como prejudiciais por 83,3% dos/as alunos/as. Ainda assim, importa referir que apesar de a maioria ter optado por estratégias positivas e refutado as negativas na prestação de ajuda, a maioria do grupo considerou útil a opção “Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente”, cinco elementos identificaram a procura de ajuda por um profissional especializado como indiferente, e três acharam prejudicial a marcação de consulta com o médico de família, sendo que dois a classificaram também como indiferente. A ação “Perguntar se tem tendências suicidas” foi a que mais dividiu as respostas do grupo, com seis a considerarem “útil”, cinco como “prejudicial” e os restantes como indiferente ou “não sei”. No caso da depressão, os resultados foram semelhantes, tanto para as ações mais valorizadas na prestação de ajuda, como para as mais classificadas como prejudiciais. A diferença entre os dois casos prende-se pela maior expressão das respostas de modo assertivo no caso da depressão, com um maior número de respostas ‘úteis’ e ‘prejudiciais’, em detrimento das intermédias, o que pode indicar uma maior confiança/facilidade em responder sobre este tipo de perturbação comparativamente à ansiedade. A Tabela 8 demonstra os resultados concretos para ambos os cenários de ansiedade e depressão.

Tabela 8. Crenças sobre ações de prestação de ajuda (%)

Ação	Opção	Ansiedade	Depressão
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva	Útil	88,9%	94,4%
	Prejudicial	5,6%	5,6%
	Nem uma coisa nem outra	5,6%	0%
	Não sei	0%	0%
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente	Útil	55,6%	44,4%
	Prejudicial	22,2%	33,3%
	Nem uma coisa nem outra	16,7%	5,6%
	Não sei	5,6%	16,7%
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado	Útil	50%	61,1%
	Prejudicial	11,1%	16,7%
	Nem uma coisa nem outra	27,8%	16,7%
	Não sei	11,1%	5,6%

Marcar uma consulta no médico de família com o seu conhecimento	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	61,1% 16,7% 11,1% 11,1%	61,1% 16,7% 11,1% 11,1%
Perguntar se tem tendências suicidas	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	33,3% 27,8% 16,7% 22,2%	33,3% 44,4% 5,6% 16,7%
Sugerir que “beba uns copos” para esquecer os problemas	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	0% 83,3% 11,1% 5,6%	0% 88,9% 11,1% 0%
Reunir o grupo de amigos para a/o animar	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	66,7% 11,1% 0% 22,2%	77,8% 0% 11,1% 11,1%
Não valorizar o seu problema, ignorando-o até que se sintam melhor	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	5,6% 83,3% 5,6% 5,6%	0% 77,8% 22,2% 0%
Mantê-la/o ocupada/o para que não pense tanto nos seus problemas	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	72,2% 16,7% 5,6% 5,6%	77,8% 11,1% 5,6% 5,6%
Incentivá-la/o a praticar exercício físico	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	55,6% 11,1% 22,2% 11,1%	72,2% 5,6% 16,7% 5,6%

É possível constatar que o grupo tem, na sua maioria, uma boa ideia das ações positivas e que devem ser encorajadas na prestação de ajuda a alguém no cenário das personagens das vinhetas. É também possível reter que é necessário solidificar a importância da ajuda especializada e do acompanhamento profissional na obtenção de ajuda, bem como a empatia e a sensibilidade em abordar estas situações de modo a que as pessoas se sintam apoiadas e compreendidas.

As seguintes questões do questionário visavam abordar as crenças dos participantes sobre as pessoas/profissionais e os medicamentos/produtos que podem ser úteis no acompanhamento e tratamento das perturbações de ansiedade e depressão. As pessoas e profissionais considerados, em maior número, para ajudar no caso da ansiedade e da depressão foram as opções “Um amigo significativo” e “Um psicólogo”, as quais foram selecionadas por uma grande maioria do grupo como “úteis”. Estas foram também as opções em que existiram menos dúvidas (Tabela 9).

Tabela 9. Crenças sobre Utilidade Pessoas/Profissionais na prestação de ajuda (%)

Pessoa/Profissional	Opção	Ansiedade	Depressão
Médico de Família	Útil	61,1%	61,1%
	Prejudicial	16,7%	11,1%
	Nem uma coisa nem outra	11,1%	11,%
	Não sei	11,%	16,7%
Professor	Útil	16,7%	16,7%
	Prejudicial	27,8%	22,2%
	Nem uma coisa nem outra	33,3%	27,8%
	Não sei	22,2%	33,3%
Psicólogo	Útil	88,9%	88,9%
	Prejudicial	11,1%	5,6%
	Nem uma coisa nem outra	0%	5,6%
	Não sei	0%	0%
Enfermeiro	Útil	33,3%	22,2%
	Prejudicial	22,2%	22,2%
	Nem uma coisa nem outra	27,8%	22,2%

	Não sei	16,7%	33,3%
Assistente Social	Útil	22,2%	22,2%
	Prejudicial	38,9%	27,8%
	Nem uma coisa nem outra	16,7%	22,2%
	Não sei	22,2%	27,8%
Psiquiatra	Útil	44,4%	33,3%
	Prejudicial	22,2%	27,8%
	Nem uma coisa nem outra	11,1%	16,7%
	Não sei	22,2%	22,2%
Serviço telefónico de acompanhamento	Útil	38,9%	27,8%
	Prejudicial	11,1%	16,7%
	Nem uma coisa nem outra	11,1%	16,7%
	Não sei	38,9%	38,9%
Familiar próximo	Útil	50%	72,2%
	Prejudicial	11,1%	0%
	Nem uma coisa nem outra	0%	16,7%
	Não sei	38,9%	11,1%
Amigo significativo	Útil	88,9%	77,8%
	Prejudicial	0%	0%
	Nem uma coisa nem outra	0%	0%
	Não sei	11,1%	22,2%
Resolver sozinha os seus problemas	Útil	11,1%	16,7%
	Prejudicial	72,2%	72,2%
	Nem uma coisa nem outra	5,6%	0%
	Não sei	11,1%	11,1%

Outras das opções com maiores percentagens relativamente à sua utilidade na ansiedade e depressão foram “Um familiar próximo” e “Um Médico de família”. De forma interessante, o “Psiquiatra” e “Enfermeiro” foram profissionais de saúde que não obtiveram tanto consenso e dividiram as respostas, o que indicou algumas dúvidas

relativamente ao conhecimento do seu trabalho e papel na prestação de ajuda à saúde mental, principalmente no caso da depressão. Quanto aos restantes profissionais, a opção “Professor” foi considerada como “prejudicial” por mais participantes do que “útil”, à semelhança da opção “Assistente social” sendo que muitos também as consideraram como indiferentes na prestação de ajuda em caso de ansiedade ou depressão. Por outro lado, “Resolver sozinha os seus problemas” foi a opção considerada “prejudicial” por uma maior quantidade de respondentes, em ambos os cenários ($N= 13$) indicando que a maioria do grupo se encontrara consciente para a importância de pedir ajuda. Importa reforçar o papel de profissionais como os professores, os psiquiatras e os enfermeiros na prestação de ajuda e acompanhamento em caso de perturbação mental.

Quanto à utilidade de certos medicamentos e produtos para ajudar pessoas em situação de ansiedade ou depressão, os resultados indicam que a maioria do grupo perspectiva, no caso da ansiedade, o uso de produtos como “Chás”, “Tranquilizantes/calmantes” e “Antidepressivos” como “útil” e os “Anti-psicóticos” e “Comprimidos para dormir”, como prejudiciais. Para a depressão, as “Vitaminas”, os “Chás” e os “Comprimidos para dormir” são as opções consideradas como úteis pela maioria dos participantes. No caso dos “Antidepressivos”, estes foram considerados “úteis” por mais respondentes no caso da ansiedade do que na depressão, e os “Anti-psicóticos” voltaram a ser indicados como “prejudiciais” pela maioria.

Tabela 10. Utilidade dos medicamentos/produtos na ajuda prestada (%)

Medicamento/produto	Opção	Ansiedade	Depressão
Vitaminas	Útil	33,3%	55,6%
	Prejudicial	27,8%	22,2%
	Nem uma coisa nem outra	16,7%	5,6%
	Não sei	22,2%	16,7%
Chás (exs. Camomila e Hipericão)	Útil	77,8%	66,7%
	Prejudicial	5,6%	5,6%
	Nem uma coisa nem outra	11,1%	5,6%
	Não sei	5,6%	22,2%
Tranquilizantes/Calmantes	Útil	50%	33,3%
	Prejudicial	27,8%	33,3%
		5,6%	16,7%

	Nem uma coisa nem outra Não sei	16,7%	16,7%
Antidepressivos	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	50% 38,9% 0% 11,1%	44,4% 27,8% 0% 27,8%
Anti-psicóticos	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	16,7% 55,6% 5,6% 22,2%	11,1% 50% 0% 38,9%
Comprimidos para dormir	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	5,6% 55,6% 5,6% 33,3%	50% 38,9% 0% 11,1%

De todas as opções, os chás detêm as percentagens mais altas quanto à sua utilidade, e a menor percentagem de “prejudicial”, para ambos os cenários, possivelmente por serem o produto mais familiar e natural que consta da lista de opções. Quanto ao resto dos medicamentos, os resultados podem indicar a presença de algum estigma referente ao uso de farmacêuticos na ajuda à ansiedade e depressão, pelas percentagens altas que foram assinaladas na opção “prejudicial” de todos eles, sendo demonstrada uma falta de conhecimento relativamente aos mesmos, pela semelhante expressão da opção “não sei”.

As respostas ao item seguinte revelaram a opinião do grupo relativamente à utilidade de estratégias de autoajuda e intervenções que podem ajudar. De entre as diferentes opções, aquelas que foram eleitas por um maior número de respondentes como úteis para a ansiedade e depressão foram “Praticar treino de relaxamento” ($N=15$) e “Praticar meditação” ($N=16$). Outras ações altamente classificadas como úteis relacionam-se com a prática de exercício físico, a procura de ajuda e acompanhamento especializado e “Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol”, nessa ordem (Tabela 11). Destaca-se a maior importância dada à utilidade de estratégias de autoajuda e

autorregulação comparativamente à obtenção de ajuda especializada. Isto pode relacionar-se com a experiência dos próprios participantes e algumas questões que possam ter relativamente à ajuda especializada em saúde mental. No entanto, a maioria do grupo foi capaz de identificar corretamente quase todas as atividades úteis à promoção de saúde mental nos cenários de ansiedade e depressão, bem como as mais prejudiciais, nomeadamente “Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar” e “Fumar para relaxar”.

Tabela 11. Crenças sobre utilidade de ações/intervenções de autoajuda (%)

Ação/Intervenção	Opção	Ansiedade	Depressão
Fazer exercício físico	Útil	77,8%	72,2%
	Prejudicial	5,6%	5,6%
	Nem uma coisa nem outra	5,6%	11,1%
	Não sei	11,1%	11,1%
Praticar treino de relaxamento	Útil	83,3%	77,8%
	Prejudicial	5,6%	5,6%
	Nem uma coisa nem outra	5,6%	0%
	Não sei	5,6%	16,7%
Praticar meditação	Útil	88,9%	83,3%
	Prejudicial	11,1%	5,6%
	Nem uma coisa nem outra	0%	0%
	Não sei	0%	11,1%
Fazer acupunctura	Útil	27,8%	38,9%
	Prejudicial	16,7%	11,1%
	Nem uma coisa nem outra	5,6%	0%
	Não sei	50%	50%
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol	Útil	61,1%	55,6%
	Prejudicial	0%	0%
	Nem uma coisa nem outra	5,6%	5,6%
	Não sei	33,3%	38,9%
Fazer terapia com um profissional especializado	Útil	61,1%	66,7%
	Prejudicial	5,6%	5,6%
	Nem uma coisa nem outra	5,6%	5,6%
	Não sei	27,8%	22,2%
Consultar um site que contenha informação sobre o problema	Útil	33,3%	27,8%
	Prejudicial	38,9%	22,2%
	Nem uma coisa nem outra	11,1%	16,7%
	Não sei	16,7%	33,3%

Ler um livro de autoajuda sobre o problema	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	55,6% 11,1% 5,6% 27,8%	50% 16,7% 11,1% 22,2%
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	50% 11,1% 11,1% 27,8%	44,4% 22,2% 11,1% 22,2%
Procurar ajuda especializada de saúde mental	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	66,7% 11,1% 5,6% 16,7%	66,7% 16,7% 0% 16,7%
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	0% 88,9% 11,1% 0%	0% 88,9% 11,1% 0%
Fumar para relaxar	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	0% 88,9% 11,1% 0%	0% 88,9% 11,1% 0%

As crenças acerca da prevenção do desenvolvimento de perturbações mentais como a ansiedade e a depressão nos adolescentes foram avaliadas através da seleção de “sim”, “não”, “não sei” para várias ações capazes, ou não, de reduzir este risco. A Tabela 12 sintetiza os resultados a esta questão para cada item.

Tabela 12. Crenças sobre ações de prevenção na saúde mental (%)

Ação	Opção	Ansiedade	Depressão
Praticassem exercício físico	Sim	66,7%	72,2%
	Não	11,1%	16,7%
	Não sei	22,2%	11,1%
Evitassem situações geradoras de stress	Sim	77,8%	83,3%
	Não	16,7%	11,1%
	Não sei	5,6%	5,6%
Mantivessem o contacto regular com amigos	Sim	94,4%	88,9%
	Não	0%	5,6%
	Não sei	5,6%	5,6%
Mantivessem o contacto regular com a família	Sim	88,9%	88,9%
	Não	5,6%	5,6%
	Não sei	5,6%	5,6%

Não utilizassem drogas	Sim	83,3%	88,9%
	Não	16,7%	5,6%
	Não sei	0%	5,6%
Não bebessessem bebidas alcoólicas	Sim	94,4%	88,9%
	Não	5,6%	5,6%
	Não sei	0%	5,6%
Praticassem atividades relaxantes regularmente	Sim	77,8%	83,3%
	Não	0%	5,6%
	Não sei	22,2%	11,1%
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual	Sim	27,8%	33,3%
	Não	22,2%	11,1%
	Não sei	50%	55,6%

Como é possível observar, a maioria dos participantes acham que, tanto para a ansiedade como para a depressão, realizar todas as atividades mencionadas é capaz de reduzir o risco de desenvolver estas perturbações, exceto ter uma crença religiosa, ao qual a maioria respondeu “não sei”. No caso da ansiedade, destacam-se, com as maiores percentagens as opções “Mantivessem o contacto regular com os amigos” e “Não bebessessem bebidas alcoólicas”. Na depressão, para além destas, as opções “Mantivessem o contacto regular com a família” e “Não utilizassem drogas” também ocupam o pódio. Mais uma vez foi possível constatar a importância das relações e laços interpessoais, familiares, mas especialmente de amizade, na saúde mental dos adolescentes.

As próximas questões pretenderam avaliar as atitudes estigmatizantes e distância social relativamente a pessoas a viver a mesma situação que as personagens retratadas nas vinhetas (perturbação de ansiedade e depressão). Foi-lhes instruído que assinalassem numa escala de 1 (concordo totalmente) a 5 (discordo totalmente) o seu grau de concordância com algumas afirmações. Os resultados encontram-se expostos na Tabela 13.

Tabela 13. Atitudes/crenças estigmatizantes e distância social (medidas de tendência centrais e de dispersão)

Atitude/Crença	Medidas	Ansiedade	Depressão
“Se a Rita/ Joana quisesse poderia sair desta situação por si.”	X	3,56	3,67
	SD	1,19	1,08
	Mo	3	3
“A situação da Rita/ Joana é um sinal de fraqueza pessoal.”	X	3,22	3,56
	SD	1,39	1,38
	Mo	3	5
“Esta situação não é uma doença verdadeira.”	X	3,94	4,06
	SD	1,25	1,16
	Mo	5	5
“A Rita/ Joana é perigosa para os outros.”	X	4,39	4,28
	SD	0,85	1,07
	Mo	5	5
“A melhor forma de evitar desenvolver uma situação como a da Rita/ Joana é afastar-me dela.”	X	4,67	4,22
	SD	0,59	1,06
	Mo	5	5
A situação da Rita/ Joana torna-a uma pessoa imprevisível.	X	3,67	3,72
	SD	1,23	1,17
	Mo	3	5
Nunca contaria a ninguém se estivesse na situação da Rita/ Joana.	X	3,33	3,56
	SD	1,23	1,29
	Mo	3	3

A análise indica que a maioria do grupo (> 9 na soma do “Discordo” e “Discordo totalmente”) discorda de praticamente todas as afirmações apresentadas e, consequentemente, valoriza ambas as perturbações como doenças verdadeiras, e o facto de que estas não tornam as pessoas perigosas, imprevisíveis ou fracas. Verificou-se, em geral, um baixo nível de crenças estigmatizantes associadas a rótulos e preconceitos atribuídos às perturbações mentais, principalmente na depressão. Para a ansiedade, as afirmações relativas à fraqueza pessoal e à imprevisibilidade geraram muitas respostas no “não sei” ($N=8$; 44,4%) e algumas no lado do concordo, principalmente para o enunciado

“A situação da Rita é um sinal de fraqueza pessoal” ($N=4$; 22,2% e $N=2$; 11,1%, respetivamente). Uma das afirmações de que mais os participantes discordaram foi “A melhor forma de evitar desenvolver uma situação como a da Rita/ Joana é afastar-me dela” ($N=17$; 94,4% para a ansiedade e $N=12$; 66,7% para a depressão) o que revela, para a maioria, a ausência de atitudes discriminatórias e de exclusão/distância social associadas às perturbações de ansiedade e depressão. A exceção disto é a afirmação “Nunca contaria a ninguém se estivesse na situação da Rita/ Joana” em que a maior parte dos participantes respondeu, tanto para um cenário como para o outro, ou “Não sei” ($N=8$; 44,4%) ou concordou ($N=3$; 16,7%). Este resultado pode indicar uma certa vergonha relativamente a experienciar uma perturbação de ansiedade e/ou depressão, ou hesitação/receio perante partilhar esta situação com alguém.

Por fim, as últimas duas questões procuravam saber se já tinham sido expostos a cada uma das perturbações dos cenários e a tratamento especializado, isto é, se tinham conhecimento de alguém próximo que tivesse passado por uma situação semelhante e tivesse recebido tratamento adequado. Os resultados revelaram que a maior parte do grupo ($N=12$; 66,7%) afirmou ter alguém próximo que já esteve numa situação semelhante à do cenário da perturbação da ansiedade. Destes doze, nove (50%) indicaram que essa(s) pessoa(s) haviam recebido tratamento especializado, enquanto seis (33,3%) afirmaram não saber, e três (16,7%) selecionaram que “não”. Da mesma forma, no cenário da depressão, a maioria dos participantes ($N=11$; 61,1%) indicou conhecer alguém que já passou por um cenário semelhante ao da vinheta da depressão, sete (38,9%) selecionando que esses conhecidos próximos receberam tratamento especializado, cinco (27,8%) indicando que não e seis (33,3%) afirmando que não sabiam.

Após esta análise quantitativa descritiva dos dados recolhidos através do QuaLisMental, é possível afirmar que antes do grupo ser exposto à ação socioeducativa de promoção da LSM os seus níveis de LSM já eram, na maioria, satisfatórios. Esta análise permitiu também identificar alguns conhecimentos e competências já desenvolvidos pelo grupo no domínio da saúde mental (como as atividades de prevenção, as ações de autoajuda e prestação de ajuda) e as componentes que podem ser trabalhadas para alcançar maiores níveis de literacia e competência nesta área da saúde, nomeadamente:

- Facilitar o reconhecimento e distinção entre diferentes perturbações (os seus sinais e sintomas);

- Reforçar a intenção e a importância de procurar ajuda especializada;
- Sensibilizar para a importância dos profissionais de saúde, educação e sociais no acesso e na obtenção a essa ajuda;
- Sensibilizar para o impacto do estigma na procura e obtenção de ajuda;
- Melhorar os níveis de confiança para pedir ajuda.

1.2. Ação socioeducativa

A análise das notas de campo registadas no diário de campo após cada sessão e resultantes da observação direta participante das atividades deu origem ao surgimento de alguns tópicos/categorias qualitativas de destaque, os quais passam a ser apresentados nesta secção dos resultados.

Estratégias utilizadas

As estratégias utilizadas na ação socioeducativa procuraram ser diversificadas, e podem ser divididas em dois grupos: (1) as dinâmicas de grupo e (2) as atividades de aprendizagem.

Tabela 14. Estratégias socioeducativas e subcategorias

	Dinâmicas de grupo	Atividades de aprendizagem
Estratégias socioeducativas	<ul style="list-style-type: none"> - Quebra-gelos - Atividades de fortalecimento do grupo - Energizadores 	<ul style="list-style-type: none"> - Particip(ativas) - Reflexivas - Colaborativas

Como demonstra a Tabela 14, as dinâmicas de grupo incluíram atividades de quebra-gelo, de fortalecimento do grupo e energizadores, que foram realizadas no início de quase todas as sessões com o objetivo de introduzir o conteúdo da sessão, facilitar o caminho para a aprendizagem, e fazer com que o grupo se sentisse mais confortável e disposto a conversar, num ambiente mais descontraído. Foram selecionadas de acordo com os objetivos e necessidades da respetiva sessão em que foram realizadas.

A realização de dinâmicas de grupo iniciais demonstrou ser uma boa estratégia para alavancar as sessões e foi observado que a presença deste tipo de atividades

constituía um momento essencial e decisivo no sucesso das restantes atividades dinamizadas ao longo de cada sessão. Quando este tipo de atividade não foi realizado, nomeadamente na segunda sessão, notou-se que o grupo apresentou maiores sinais de fadiga e distração, resultando no subaproveitamento do seu potencial nas atividades planeadas para entrega do conteúdo dessa sessão: “alguns/mas alunos/as perguntaram se não podiam simplesmente responder levantando o braço, pois não se queriam levantar” (Diário de campo, 2ª Sessão). Da mesma forma, na terceira sessão, a atividade inicial “Jogo do doente mental” não conseguiu angariar o dinamismo e a atividade esperada, pelo que foi uma tentativa malograda de uma dinâmica de grupo e, mais uma vez, foi das sessões em que o grupo se mostrou mais passivo e fastidioso, como demonstra o seguinte excerto: “o grupo mostrou-se reticente em participar, existindo poucos/as alunos/as a voluntariarem-se para integrar a atividade”. Por outro lado, a quarta sessão teve a dinâmica de grupo mais bem-sucedida de todas as sessões, ao longo da qual o grupo esteve atento, empenhado, divertido, energizado e colaborativo, o que refletiu no resto da sessão:

“Ao nível da tarefa, senti que se empenharam, uns mais que outros como é normal, mas realizaram-na como pedido e com sucesso. Também senti uma menor agitação por parte do grupo, e um maior foco e atenção no geral, principalmente ao nível da discussão conjunta, não houve tanta conversa e interrupções, e estiveram mais participativos/as.” (Diário de campo).

Também a dinâmica da sexta sessão demonstrou ser muito útil, nomeadamente a nível de competências: “esta atividade acabou por fomentar um pouco do trabalho de equipa e a cooperação e comunicação interpessoal e expressiva, o que achei bastante positivo” (Diário de campo).

Assim, relativamente às dinâmicas de grupo, observou-se que estas são de extrema importância para o sucesso do processo socioeducativo e que devem, não só estar presentes antes dos momentos de aprendizagem, mas devem também procurar ser planeadas de forma a fomentar o uso de competências (ex. atenção/foco, cooperação, criatividade, comunicação, etc.) e a disposição pretendida para as atividades seguintes, de modo a constituir uma ponte entre o grupo e as aprendizagens programadas.

As estratégias de aprendizagem utilizadas basearam-se em atividades e tarefas que permitissem aos/às alunos/as aprender e adquirir competências no domínio da saúde mental de forma:

- (particip)ativa, isto é, que os/as envolvesse nas aprendizagens e conteúdos abordados e requeresse uma postura proativa na obtenção de conhecimentos;
- reflexiva, que estimulasse o diálogo e a troca e discussão de ideias, crenças e opiniões;
- e colaborativa, que fomentasse a cooperação e colaboração entre eles/as de forma a atingir coletivamente objetivos de aprendizagem comuns.

A maioria das atividades tentou albergar estes três formatos simultaneamente. Isto é, cada atividade requeria um certo nível de participação do grupo no sentido em que incentivava ao seu envolvimento com os conteúdos, obrigava à reflexão e partilha de opiniões ou ideias relativas ao mesmo e visava fomentar a aquisição e consolidação de conhecimentos através do trabalho de grupo. Foram evitados modelos expositivos de transmissão de informação, privilegiando ações baseadas no diálogo conjunto e em momentos lúdico-pedagógicos, como por exemplo, *Brainstormings*, jogos de *Kahoot*, puzzles, jogo das emoções, entre outros. A sua aplicação prática foi sendo avaliada de sessão para sessão e ajustada consoante a perspetiva de sucesso que estavam a ter.

Observou-se que o sucesso deste tipo de atividades com o grupo ficou aquém do desejado, principalmente as tarefas que implicavam o trabalho em grupo, notou-se que eram maioritariamente desestabilizadoras, gerando agitação, confusão e algum conflito: “aproveitaram a confusão para falarem com os/as colegas sobre outros assuntos ou libertarem-se de ter trabalho pois os outros membros do grupo estavam mais empenhados” (Diário de campo, 3ª Sessão). As atividades que apelavam à discussão conjunta também foram, muitas vezes, sabotadas pela falta de iniciativa do grupo em participar e partilhar ideias e opiniões geradoras de debate, principalmente nas primeiras sessões: “pensei que o grupo seria mais participativo e contributivo de modo a gerar uma conversa coletiva mais produtiva” (Diário de campo, 1ª Sessão); “o grupo mostrou-se relutante em expressar os motivos pelos quais se tinha posicionado num lado ou no outro da sala” e “respostas vagas ou comentários em tom de brincadeira que não estavam relacionados com o tópico” (Diário de campo, 2ª Sessão); “Quando chamados/as a refletir acerca do conteúdo dos papéis e da sua resposta, surgiram respostas muitas vezes vagas

e, mais uma vez, foi preciso várias perguntas insistentes de modo a permitir um maior debate e reflexão conjunta” (Diário de campo, 3ª Sessão). Ainda, notou-se alguma resistência a atividades elaboradas com o intuito de os fazer refletir e trabalhar ativamente pela busca do conhecimento “mostraram aborrecidas pelo facto de terem de ler o texto e responderem a perguntas- “temos que ler isto tudo?” e “pensava que estávamos numa aula de saúde mental e não de português” (Diário de campo, 4ª Sessão).

Desafios

Foram vários os desafios que foram encontrados ao longo do desenvolvimento da ação socioeducativa. A Tabela 15 explicita os maiores temas que foram encontrados nesta categoria, bem como as respetivas subcategorias e excertos ilustrativos das mesmas.

Tabela 15. Desafios associados à intervenção e sub-categorias

Temas	Subtemas	Excertos do Diário de Campo
Tempo	<ul style="list-style-type: none"> - Organização/estruturação das sessões - Concretização do plano e aprendizagens programadas 	<p>“tivemos de encurtar o quizz e passar à frente algumas das últimas questões de modo a permitir algum tempo para a próxima atividade” (2ª Sessão);</p> <p>“É preferível sobrar tempo da sessão do que não ser possível levar o plano da sessão a cabo na totalidade, ou terminar constantemente no limite do horário estabelecido” (2ª Sessão);</p> <p>“Esta atividade prolongou-se até ao final da aula, impedindo uma maior reflexão e esclarecimento acerca do que fazerem com a informação que lhes tinha sido transmitida” (3ª Sessão);</p> <p>“Devido ao pouco tempo que tínhamos disponível para esta discussão conjunta dos textos, houve aspetos que ficaram subanalisados” (4ª Sessão);</p> <p>“A atividade prolongou-se até ao final da sessão, com uma duração de aproximadamente 25 minutos, o que não foi tempo suficiente para responder a todas as questões” (5ª Sessão);</p> <p>“o resto das atividades tiveram que ser introduzidas e realizadas “a correr” (7ª Sessão);</p>

		<p>“a última atividade foi o de escuta ativa e foi divertido, ficaram entusiasmados, mas não tivemos tempo para refletir sobre a intenção por trás do exercício” (7ª Sessão)</p> <p>começámos tarde (7ª Sessão)</p> <p>alongou-se mais do que devia (7ª Sessão)</p> <p>não houve tempo para a meditação (7ª Sessão).</p>
<p>Disposição do grupo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Expetativas VS realidade - Participação e envolvimento - Interesse e atenção - Esforço e desempenho 	<p>“convidei-os constantemente a refletir e partilhar os argumentos que conduziram às suas decisões de modo a incentivar o debate e a discussão de grupo, porém sem sucesso, na maior parte das vezes” (2ª Sessão);</p> <p>“surgiu muitas vezes um silêncio que teve que ser acompanhado por várias perguntas de acompanhamento da minha parte de modo a tentar criar algum tipo de discussão e/ou incentivar a alguma resposta” (2ª Sessão)</p> <p>“Quando chamados/as a refletir acerca do conteúdo dos papéis e da sua resposta, surgiram respostas muitas vezes vagas e, mais uma vez, foi preciso várias perguntas de modo a permitir um maior debate e reflexão conjunta” (3ª Sessão).</p> <p>“a maioria dos/as alunos/as estiveram muito distraídos e agitados ao longo de toda a sessão. Foi difícil captar o seu interesse e envolvimento com o conteúdo abordado e mantê-los focados no mesmo” (1ª Sessão)</p> <p>“conversas paralelas e distração” (2ª Sessão)</p> <p>“aproveitaram a confusão para falarem com os/as colegas sobre outros assuntos” (Diário de campo, 3ª Sessão)</p> <p>“alguns/mas alunos/as perguntaram se não podiam simplesmente responder levantando o braço, pois não se queriam levantar” (Diário de campo, 2ª Sessão)</p> <p>“temos que ler isto tudo?” (4ª Sessão)</p>

		<p>“alguns reclamando do facto de se terem que levantar e mexer, e posicionaram-se de pé” (5ª Sessão)</p> <p>“a maioria estava ansiosa por ir embora e alguns até pareciam que estavam a fazer um frete” (6ª Sessão)</p> <p>“Quando falava e tentava refletir com eles em conjunto sobre isso, muitos estavam distraídos e não ouviram” (7ª Sessão)</p> <p>“a maioria dos alunos mostraram-se interessados e participaram com as suas ideias, dúvidas e opiniões, o que permitiu abordar uma variedade de assuntos neste curto espaço de tempo (5ª sessão)</p> <p>“Senti que o grupo está mais à vontade com a minha presença e com as sessões que lhes tenho levado, o que se reflete no seu interesse e participação (5ª Sessão)</p>
<p>Fatores escolares</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Articulação da ação com o calendário escolar - Ocupação dos períodos de aulas - Materiais e recursos 	<p>“o computador da sala de aula em que nos encontrávamos não estava a funcionar normalmente (...) acabou por atrasar o início da sessão” (1ª Sessão)</p> <p>“a professora anunciou que o projetor não estava a projetar o ecrã do computador” (2ª Sessão)</p> <p>“o espaço da sala de aula limitava o movimento e a afluência dos/as alunos/as de um lado ao outro” (2ª Sessão)</p> <p>“que comentaram estarem “mal” pois não estavam a ter aula de Educação Física, como previsto no horário. Pelo contrário, algumas raparigas expressaram a sua preferência pela sessão em detrimento da aula de Educação Física” (3ª Sessão)</p> <p>“depois de tantas semanas sem termos contacto devido às férias da Páscoa” (5ª Sessão)</p> <p>“receberam a notícia com alguma decepção e frustração pois desejavam muito ter a aula de</p>

	<p>EV que iria ser ocupada pela sessão (...) os miúdos gostam das aulas mais práticas onde podem conversar uns com os outros e ouvir música” (6ª Sessão)</p> <p>“a sala iria permanecer ocupada e, por isso, não estava disponível para a realização da sessão, pelo que tínhamos de encontrar uma alternativa” (6ª Sessão)</p> <p>“aquela sala estava a ser utilizada naquele dia para a realização das provas de aferição dos alunos. (6ª Sessão)</p> <p>“estando numa escola, estamos sempre vulneráveis a este tipo de imprevistos e alterações que são feitos constantemente de forma a ajustar as atividades externas com as restantes atividades letivas e curriculares dos estudantes” (6ª Sessão)</p> <p>“as cadeiras são imóveis e há falta de mesas, sendo que apenas existem mesas pequeninas adjacentes às respetivas cadeiras, consequentemente dificultando o trabalho de grupo, a escrita, o desenho, tudo tarefas que faziam parte do plano inicial da sessão” (6ª Sessão)</p> <p>“escassez de um local confortável” (7ª Sessão)</p> <p>“pouco ouviram, pois, também nos encontrávamos longe e a acústica não era a melhor” (7ª Sessão)</p>
--	--

O tema do “tempo” foi algo que surgiu ao longo de toda a ação socioeducativa e constituiu o maior desafio associado ao desenvolvimento e ao sucesso da mesma. Esta categoria relaciona-se com a dificuldade que existiu, consistentemente, em planear e estruturar as atividades para cada sessão conforme o tempo disponível para as realizar de forma completa e a atingir os objetivos definidos para cada momento de aprendizagem. Cada sessão tinha a duração de 90 minutos, o que parecia um período de tempo considerável, mas acabava por não ser suficiente para conseguir abordar todos os assuntos e realizar todas as atividades planeadas.

Isto demonstra que a gestão do tempo é essencial ao sucesso da ação socioeducativa, o que neste caso acabou por prejudicar a aquisição e consolidação de aprendizagens-chave em todas as sessões, uma vez que esta foi uma dificuldade que não se conseguiu ultrapassar. O reduzido número de sessões a contrastar com a ambiciosa quantidade de tópicos a abordar levou à sobrecarga de cada sessão, o que acabou por ter o efeito inverso ao pretendido. Ainda, esta questão dificultou a gestão de cada encontro, na medida em que não permitiu o acompanhamento devido dos elementos do grupo naquilo que era o seu processo de aprendizagem.

O seguinte tema desta categoria encontra-se relacionado com a disposição do grupo como fator desafiante na implementação da ação socioeducativa. Como foi possível constatar na categoria anterior, o sucesso da maioria das atividades planeadas para a ação (de natureza participativa) dependia do retorno do grupo, da sua participação e envolvimento com o conteúdo a ser abordado, bem como do interesse, atenção e empenho dos/as alunos/as. Consequentemente, o desenho das sessões contava com este tipo de engajamento, o qual nem sempre se verificou na prática. No que concerne à participação e envolvimento, os excertos apresentados na Tabela 15 ilustram as dificuldades sentidas a este nível com a maior parte do grupo.

Aliado à dificuldade em fomentar a participação e envolvimento dos/as alunos/as, o desinteresse e a distração também dificultaram o desenvolvimento das atividades. Existiu uma grande dificuldade em cativar o grupo nas atividades propostas, pelo que o grupo se encontrava muitas vezes desatento enquanto estavam a ser explicadas e dinamizadas as atividades, nomeadamente, alguns/mas alunos/as encontravam-se a conversar uns com os/as outros/as e por vezes a mexer nos telemóveis, independentemente do tipo de atividade a ser realizada. Tudo isto acabava por se traduzir na falta de esforço e dedicação em certas tarefas e, em última análise, na aquisição dos conhecimentos transmitidos e competências trabalhadas. No entanto, foram observadas melhorias neste aspeto com o avançar da ação, nomeadamente, um aumento dos níveis de participação e contribuição da turma para a discussão dos temas das sessões, bem como um maior interesse pelas atividades e empenho. Estes resultados refletem o impacto das relações de proximidade e familiaridade (“à vontade”) entre a dinamizadora e os/as participantes no processo socioeducativo, bem como a melhoria da prática profissional.

“Fatores escolares” representa o último tema da categoria que aborda os desafios encontrados ao longo de todo o processo de implementação da ação socioeducativa. Este

tópico engloba os principais desafios identificados a nível da gestão da ação do ponto de vista da articulação da mesma com o calendário escolar, a necessidade de ocupação de períodos letivos para dinamização das sessões, bem como as limitações de espaço e recursos. O primeiro desafio associado à dinamização da intervenção socioeducativa na escola prendeu-se com a necessidade de articulação com o programa e o calendário letivo, nomeadamente no que diz respeito aos períodos de férias, aos testes e provas de aferição, bem como outros eventos curriculares programados. Este aspeto influenciou, indiscutivelmente, a elaboração do plano da ação, uma vez que a sua implementação esteve sujeita ao calendário escolar, de natureza estática e inflexível e, ainda, sujeita ao horário da turma e aos seus períodos letivos e de avaliação. Este cenário obrigou à agilização da situação com a diretora de turma para articulação com as sessões do projeto e impôs alguns desafios à sua realização, nomeadamente o facto de terem ficado interrompidas durante um grande período de tempo (correspondente às férias da Páscoa) e a necessidade de reagendar uma das sessões para albergar as provas de aferição, fatores que impedindo a conclusão da ação mais atempadamente. Além disso, a ocupação dos períodos de aulas gerou algumas dificuldades na dinamização das sessões. A mais evidentemente observada foi o facto de a disposição dos/as alunos/as ser influenciada pela aula ocupada por cada sessão, conforme a sua preferência. O seu entusiasmo e interesse variava conforme as sessões substituíam aulas mais teóricas e consideradas aborrecidas pela maioria da turma, e conforme as sessões eram realizadas no tempo das aulas mais a seu gosto.

O facto de as sessões decorrerem durante o período letivo e no espaço escolar, pode também ter dificultado o interesse e a atenção da turma durante as sessões, por considerarem que por ser uma sessão diferente e extracurricular, não era necessária ou importante. Para mais, esta situação implicava a utilização do espaço alocado às aulas no horário o que significava a constante alteração do ambiente das sessões, dificultando a previsibilidade associada a este fator, nomeadamente a nível dos materiais e recursos disponíveis. Por exemplo, muitas sessões evitaram recorrer à utilização de material digital por receio deste não funcionar ou não se encontrar disponível, como sucedeu nas primeiras sessões.

Perceções sobre o trabalho realizado

Esta categoria surgiu, precisamente, de certas reflexões e perceções que foram sendo registadas ao longo de todo o processo socioeducativo e que se debruçaram sobre o trabalho realizado, a sua evolução e as competências que lhe estão associadas.

Tabela 16. Perceções sobre o trabalho realizado

<p style="text-align: center;">Reflexões de desempenho</p>	<p>“reconheço que poderia ter inquirido os/as alunos/as acerca das ideias que escreveram, o que não fiz por receio de se sentirem expostos ou causar algum desconforto” (1ª Sessão)</p> <p>“teria sido útil ter qualquer indicação visual- como dois papéis a sinalizar cada lado- de modo a evitar esta confusão e o risco de se colocarem de modo contrário à sua opinião sem saberem” (2ª Sessão)</p> <p>“Algumas lições e reflexões que retiro desta segunda sessão e que servirão de alicerces para as próximas relacionam-se com uma melhor gestão do tempo” (2ª Sessão)</p> <p>“nas próximas sessões trabalhos a pares podem ter resultados mais frutíferos e um maior sucesso uma vez que obriga ambas as partes a estarem envolvidas e, em princípio, não gera tanta confusão e conflito” (3ª Sessão)</p> <p>“Algo que tenho a considerar para a próxima sessão é a realização de um <i>energizer</i> ou um quebra-gelo inicial que apele à participação do grupo verbalmente, isto é, que os leve a exprimir alguma ideia, opinião, sentimento, e analisar o efeito desta abordagem no desenrolar da sessão e na participação/envolvimento de todos/as” (3ª Sessão)</p> <p>“foi conseguida com bastante sucesso e considero que tenha sido uma mais-valia para o decorrer da sessão pois notei que</p>
---	--

	<p>aumentou a predisposição do grupo, animou-os/as, levou-os/as a participar e a soltar-se, permitiu que estivessem atentos/as e focados/as, e aumentou o nível de proximidade e confiança entre mim e os diferentes elementos” (4ª)</p> <p>“Senti uma maior confiança e proximidade com os/as alunos/as, o que considero ter sido fruto da dinâmica inicial e possivelmente de estarem finalmente mais habituados à minha presença” (4ª Sessão)</p> <p>“esta sessão teve um decorrer bastante positivo. Senti que o grupo está mais à vontade com a minha presença e com as sessões que lhes tenho levado, o que se reflete no seu interesse e participação” (5ª Sessão)</p> <p>“Os ajustes que tenho feito das aprendizagens das sessões anteriores, bem como uma maior familiaridade com o meio e a turma, têm permitido colher os frutos essenciais à evolução da intervenção e do projeto” (5ª Sessão)</p> <p>“esta atividade acabou por fomentar aqui um pouco do trabalho de equipa e cooperação e comunicação interpessoal e expressiva, o que achei bastante positivo, visto que é uma área onde o grupo demonstra ter algumas dificuldades” (6ª Sessão)</p> <p>“num momento de partilha e divertimento, mas também de reflexão” (6ª Sessão)</p> <p>“os alunos estiveram muito participativos e envolvidos- uns mais que outros, como é normal- partilharam ideias acerca das questões abordadas, experiências e preferências pessoais, e colocaram perguntas variadas” (6ª Sessão)</p> <p>“quando questioneei acerca de como se sentiram, disseram que se sentiam</p>
--	---

	<p>“refletivos” e “bem”, sugeri que o implementassem na sua rotina” (7ª Sessão)</p>
<p>Competências</p>	<p>“a mesma solução da sessão passada foi adotada, isto é, voltei a usar o meu próprio portátil para expor o Canva. Apesar disto, prossegui com a sessão para não perder mais tempo” (2ª Sessão)</p> <p>“optei por dar-lhes a opção de escolha e fazerem como preferissem (...)mas que deixassem bem claro a sua posição, ao levantarem o braço direito se considerassem a resposta como “falsa” e vice-versa” (2ª Sessão)</p> <p>“para captar a atenção de todos/as, pedi-lhes que colocassem os braços no ar se me estivessem a ouvir, e os abanassem de um lado para o outro se estivessem com atenção. Foi uma estratégia que resultou muito bem, melhor do que esperava” (4ª Sessão)</p> <p>“A desorganização que foi gerada nesta fase de introdução ao jogo poderia ter sido, talvez atenuada, se eu tivesse dado as indicações ao grupo quando eles ainda se encontravam sentados, o que também me teria permitido exemplificar melhor as regras” (5ª Sessão)</p> <p>“em vez de ter pedido a todos que se levantassem ao mesmo tempo, podia ter pedido que fossem dois a dois, já organizados em par” (5ª Sessão)</p> <p>“Eu perguntei-lhes se preferiam jogar no modo clássico individual ou no modo de equipa” (5ª Sessão)</p> <p>“eu tentei ajudar e organizar aqui esta situação o melhor possível e todos acabaram por ter um desenho para terminar e ir completando os desenhos dos colegas” (6ª Sessão)</p>

Como é possível verificar, o trabalho realizado durante a ação socioeducativa foi sendo constantemente observado, analisado e avaliado de modo a refletir acerca das estratégias que estavam a resultar e as mudanças que eram necessárias serem feitas. Nas percepções de desempenho é possível observar que o plano de trabalho foi sendo constantemente atualizado conforme as necessidades e desafios do grupo, o que permitiu uma notável melhoria do desenvolvimento da ação no decorrer do processo socioeducativo. Os excertos evidenciam o impacto dos ajustes feitos à abordagem socioeducativa na relação com o grupo e no aproveitamento do seu potencial nas seguintes sessões. Assim, foram sublinhados também alguns excertos ilustrativos das competências utilizadas e adquiridas durante a ação socioeducativa, e que se revelaram essenciais à sua realização e evolução.

A análise dos excertos revela a importância de competências técnicas, interpessoais e de organização/gestão, como competências de organização e gestão de recursos, sejam estes recursos o tempo, o espaço, os materiais, mas especialmente os recursos humanos, isto é, a gestão e coordenação do grupo e o seu acompanhamento e apoio durante as atividades. Em seguida, competências de comunicação são imprescindíveis na medida em que é neste aspeto que se centra toda a ação educativa. A transmissão de informação e instruções explícitas que guiam a participação harmoniosa nas atividades, a transmissão clara de conhecimento e a importância de saber colocar questões abertas que gerem respostas ricas, complexas e fomentem a partilha de ideias e opiniões, são exemplos de competências de comunicação essenciais ao sucesso da ação socioeducativa. Para além destas competências, a capacidade de adaptação constante e a flexibilidade são fundamentais para a resolução de problemas de modo oportuno, bem como para ultrapassar obstáculos presentes no meio de intervenção e associados ao desenrolar das atividades da ação socioeducativa, de forma eficaz e com resiliência.

1.3. Pós- intervenção (Avaliação)

Níveis de Literacia em Saúde Mental

Aqui serão apresentados os resultados do QuaLisMental aplicado no momento pós-intervenção com o objetivo de verificar se haviam ocorrido mudanças nos níveis de LSM do grupo após a sua participação na ação socioeducativa realizada para este efeito. Assim, o objetivo é enaltecer as principais comparações entre o momento do pré e pós-intervenção, de forma objetiva, através da comparação das principais estatísticas.

Interessa notar que, neste questionário, houve uma resposta que foi eliminada pois um/a aluno/a não consentiu a sua resposta, tendo selecionado “não” como resposta à seguinte declaração: “Tomei conhecimento dos termos do estudo de investigação: "A Educação Social no desenvolvimento de Literacia em Saúde Mental" e desejo participar no mesmo”. Assim, apenas foram consideradas e analisadas 17 respostas válidas ao questionário, neste momento.

No geral, não foram verificadas diferenças significativas nas tendências de resposta dos/as participantes às questões do QuaLisMental após a ação socioeducativa, comparativamente às analisadas previamente na fase de diagnóstico (pré-intervenção). Passam-se a destacar os resultados observados para cada componente de LSM.

Importa referir que estas comparações aqui apresentadas são meramente descritivas, não tendo sido realizados testes estatísticos de significância devido ao reduzido tamanho da amostra, pelo que não foi possível averiguar a real significância das mudanças constatadas.

Reconhecimento (ansiedade e depressão)

O reconhecimento da ansiedade baseado na vinheta apresentada a retratar os sintomas e sinais desta perturbação foi, mais uma vez, bem-sucedido pela maior parte dos respondentes ($N= 12$; 70, 6%). Destaca-se a diminuição significativa de classificações desta perturbação como um “esgotamento nervoso” ($N=1$; 5,9%) e o facto de nenhum dos/as participantes ter selecionado erradamente outra perturbação no lugar da ansiedade (ex. bulimia e esquizofrenia) como tinha sido feito antes, à exceção da depressão, a qual ainda foi confundida com a ansiedade por 29, 4% do grupo ($N= 5$). Destaca-se ainda o aumento do número de participantes que identificaram o cenário da vinheta como uma “doença mental” ainda que este valor não corresponda à maioria ($N= 6$; 35, 3%). A Tabela 17 ilustra as diferenças entre os dois momentos de análise de dados para esta perturbação.

Tabela 17. Reconhecimento da ansiedade (antes e depois)

Opção	T0 (Antes)	T1 (Depois)
Não sei	0	1 (5, 9%)
Não tem nada	1 (5, 6%)	0
Depressão	6 (33, 3%)	5 (29, 4%)
Esquizofrenia	2 (11, 1%)	0
Psicose	0	0
Doença mental	4 (22, 2%)	6 (35, 3%)

Bulimia	1 (5, 6%)	0
Stress	12 (66, 7%)	7 (41, 2%)
Esgotamento nervoso	8 (44, 4%)	1 (5, 9%)
Abuso de substâncias (ex.álcool)	0	0
É uma crise própria da idade	2 (11, 1%)	1 (5,9%)
Problemas psicológicos/mentais/emocionais	15 (83, 3%)	8 (47, 1%)
Anorexia	0	0
Tem um problema	2 (11, 1%)	4 (23, 5%)
Alcoolismo	0	0
Ansiedade	13 (72, 2%)	12 (70,6%)
Outro: “Importa-se de mais com os outros”	1 (5, 6%)	0

O reconhecimento da depressão sofreu mudanças pela negativa. O número de participantes que foi capaz de identificar corretamente esta perturbação diminuiu para menos de metade (47, 1%). Se anteriormente ninguém tinha selecionado a opção “não sei” a esta questão, este valor aumentou 23,5% ($N= 4$). A “psicose” e a “bulimia” foram identificadas erradamente pela mesma percentagem de respondentes, à semelhança da “ansiedade” que continuou a ser considerada por quase metade do grupo ($N= 7$; 41, 2%). Ainda existiu um/a respondente que assinalou a opção “outro” e escreveu “cansaço”. Pela positiva, “esgotamento nervoso” foi considerado por um número bastante mais reduzido de participantes ($N= 4$; 23, 5%) e a percentagem que assinalou corretamente “doença mental” aumentou significativamente ($N= 8$; 47, 1%). A Tabela 18 ilustra as diferenças presentes nos dois momentos de análise de dados para a depressão nesta componente de LSM.

Tabela 18 . Reconhecimento da depressão (antes e depois)

Opção	T0 (Antes)	T1 (Depois)
Não sei	0	4 (23, 5% %)
Não tem nada	1 (5, 6%)	0
Depressão	13 (72, 2%)	8 (47, 1%)
Esquizofrenia	0	0
Psicose	0	2 (11, 8%)
Doença mental	5 (27, 8%)	8 (47, 1%)
Bulimia	3 (16, 7%)	2 (11, 8%)
Stress	10 (55, 6%)	9 (52, 9%)

Esgotamento nervoso	8 (44, 4%)	4 (23, 5%)
Abuso de substâncias (ex.álcool)	0	0
É uma crise própria da idade	3 (16, 7%)	2 (11, 8%)
Problemas psicológicos/mentais/emocionais	9 (50 %)	6 (35, 3%)
Anorexia	2 (11, 1%)	0
Tem um problema	3 (16, 7%)	2 (11, 8%)
Alcoolismo	0	0
Ansiedade	9 (50 %)	7 (41, 2%)
Outro	“Perda de um familiar muito próximo”: 1 (5, 6%)	“Cansaço”: 1 (5, 9%)

Procura de ajuda

Na componente de intenção de procura de ajuda, apesar dos resultados se manterem praticamente intactos para o cenário da ansiedade, verificaram-se diferenças positivas no caso da depressão (Tabela 20). A quantidade de respondentes que afirmou que pediria ajuda se se encontrasse numa situação semelhante (à da vinheta da depressão) aumentou de 50% ($N= 9$) para 76,5% ($N=13$) e apenas um respondeu que não o faria (5, 9%), com os restantes a selecionarem a opção “não sei” ($N= 3$; 17, 6%). No que concerne à pessoa a quem pediriam ajuda, as respostas mantiveram o ênfase inicial na mãe e nos/as amigos/as, para ambas as perturbações, surgindo também o/a namorado/a como opção para um/a dos/as participantes. O profissional de saúde continuou a ser selecionado por um baixo número de participantes, sendo esse valor mais alto no cenário da depressão ($N= 3$; 17, 6%) do que no da ansiedade ($N=1$; 5, 9%). Estes dados encontram-se expostos nas seguintes tabelas.

Tabela 19. Comparação da componente “procurar ajuda” para a ansiedade (antes e depois)

Ansiedade		T0	T1
Intenção de procurar ajuda	Sim	10 (55, 6%)	10 (58, 8%)
	Não	3 (16, 7%)	3 (17, 6%)
	Não sei	5 (27, 8%)	4 (23, 5%)
Pessoa a quem pediriam ajuda	Mãe	8 (44, 4%)	6 (35, 3%)
	Pai	2 (11, 1%)	2 (11, 8%)
	Amigo	6 (33, 3%)	7 (41, 2%)
	Namorado	0	1 (5, 9%)
	Profissional	2 (11, 1%)	1 (5, 9%)

Tabela 20. Comparação da componente “procurar ajuda” para a depressão (antes e depois)

Depressão		T0	T1
Intenção de procurar ajuda	Sim	9 (50%)	13 (76, 5%)
	Não	3 (16, 7%)	1 (5, 9%)
	Não sei	6 (33, 3%)	3 (17, 6%)
Pessoa a quem pediriam ajuda	Mãe	6 (33, 3%)	7 (41, 2%)
	Pai	3 (16, 7%)	1 (5, 9%)
	Amigo	7 (38, 9%)	5 (29, 4%)
	Namorado	0	1 (5, 9%)
	Profissional	2 (11, 1%)	3 (17, 6%)

Notou-se que a confiança para pedir ajuda, apesar de continuar a ser relativamente alta, diminuiu em intensidade para o caso da depressão, apesar das respostas se terem concentrado todas em níveis altos de confiança ($m=3,88$; $dp=0,92$). Se anteriormente mais de metade (66,7%) tinham classificado a sua confiança para pedir ajuda como “muito confiante” e “muitíssimo confiante”, este número diminuiu para 52,9% ao mesmo tempo que o grau intermédio de confiança (3) aumentou (47,1%). Por outro lado, o grau de confiança para pedir ajuda no caso da ansiedade aumentou ($m= 4,06$; $dp= 1,08$), sendo que quase metade do grupo afirmou sentir-se “muitíssimo confiante” (47,1%), um aumento de 24,9% comparativamente à análise de diagnóstico, como demonstram as próximas Tabelas 21 e 22.

Tabela 21. Confiança para pedir ajuda no cenário da ansiedade (antes e depois)

Grau de confiança	T0	T1
Nada confiante	0	0
Pouco confiante	1	2
Confiante	7	3
Muito confiante	6	4
Muitíssimo confiante	4	8
<i>M / S</i>	3, 72 / 0,89	4, 06 / 1, 08

Tabela 22. Confiança para pedir ajuda no cenário da depressão (antes e depois)

Grau de confiança	T0	T1
Nada confiante	0	0
Pouco confiante	1	0

Confiante	5	8
Muito confiante	7	3
Muitíssimo confiante	5	6
<i>M / S</i>	3,89 / 0,90	3,88 / 0,92

Relativamente à utilidade das frases de apoio, os resultados das comparações entre ambos os momentos de análise são apresentados nas Tabelas 23 e 24, primeiro para a ansiedade, e em seguida para a depressão.

Tabela 23. Comparação utilidade frases de apoio para a ansiedade (antes e depois)

Frases	Utilidade	T0		T1	
		N	%	N	%
Todos temos dias assim, amanhã vais sentir-te melhor!	Útil	11	61,1	10	58,8
	Prejudicial	7	38,9	7	41,2
A vida é injusta connosco, não estás tão mal como pensas!	Útil	1	5,6	2	11,8
	Prejudicial	17	94,4	15	88,2
Tens tudo, não tens motivo nenhum para andares assim!	Útil	2	11,1	2	11,8
	Prejudicial	16	88,9	15	88,2
És superior a isso, eu conheço-te bem!	Útil	16	88,9	13	76,5
	Prejudicial	2	11,1	4	23,5
Tens que aprender a lidar com os teus problemas!	Útil	5	72,2	2	11,8
	Prejudicial	13	27,8	15	88,2
A forma como te tens comportado não é correta!	Útil	2	11,1	1	5,9
	Prejudicial	16	88,9	16	94,1
É necessário andares com a vida para a frente, a tua vida continua!	Útil	9	50	6	35,3
	Prejudicial	9	50	11	64,7
Também já passei por isso... já estive no teu lugar!	Útil	9	50	12	70,6
	Prejudicial	9	50	5	29,4

Tenta esquecer esses sentimentos, isso ainda é negativo e faz-te mal!	Útil Prejudicial	N 14 4	% 77,8 22,2	N 7 10	% 41,2 58,8
O teu distanciamento vai-te fazer que as pessoas também se afastem!	Útil Prejudicial	N 7 11	% 38,9 61,1	N 3 14	% 17,6 82,4
Andas triste, mas isso passa! Triste é que não se melhora, de certeza!	Útil Prejudicial	N 8 10	% 44,4 55,6	N 4 13	% 23,5 76,5
Preocupas-me, sabes?	Útil Prejudicial	N 7 11	% 38,9 61,1	N 8 9	% 47,1 52,9
Mete a tristeza para trás das costas!	Útil Prejudicial	N 10 8	% 55,6 44,4	N 6 11	% 35,3 64,7
Há tanta gente com problemas piores que os teus!	Útil Prejudicial	N 1 17	% 5,6 94,4	N 1 16	% 5,9 94,1
Não tenhas pena de ti mesma(o)!	Útil Prejudicial	N 7 11	% 38,9 61,1	N 10 7	% 58,8 41,2
Se saíres de casa vais sentir-te logo melhor!	Útil Prejudicial	N 11 7	% 61,1 38,9	N 9 8	% 52,9 47,1
Precisas colocar um sorriso nesses lábios!	Útil Prejudicial	N 13 5	% 72,2 27,8	N 11 6	% 64,7 35,3
Tens que ser forte! Tu consegues... é tudo “força de vontade”!	Útil Prejudicial	N 13 5	% 72,2 27,8	N 12 5	% 70,6 29,4
Tens que reagir... assim não melhoras!	Útil Prejudicial	N 8	% 44,4	N 7	% 41,2

		10	55,6	10	58,8
Procura manter-te ocupada para que não penses!	Útil	N	%	N	%
		15	83,3	13	76,5
	Prejudicial	3	16,7	4	23,5
Passa à frente!	Útil	N	%	N	%
		6	33,3	6	35,3
	Prejudicial	12	66,7	11	64,7

Tabela 24. Comparação utilidade frases de apoio para a depressão (antes e depois)

Frases	Utilidade	T0		T1	
		N	%	N	%
Todos temos dias assim, amanhã vais sentir-te melhor!	Útil	N	%	N	%
		7	38,9	9	52,9
	Prejudicial	11	61,1	8	47,1
A vida é injusta connosco, não estás tão mal como pensas!	Útil	N	%	N	%
		1	5,6	5	29,4
	Prejudicial	17	94,4	12	70,6
Tens tudo, não tens motivo nenhum para andares assim!	Útil	N	%	N	%
		2	11,1	4	23,5
	Prejudicial	16	88,9	13	76,5
És superior a isso, eu conheço-te bem!	Útil	N	%	N	%
		16	88,9	13	76,5
	Prejudicial	2	11,1	4	23,5
Tens que aprender a lidar com os teus problemas!	Útil	N	%	N	%
		4	22,2	3	17,6
	Prejudicial	14	77,8	14	82,4
A forma como te tens comportado não é correta!	Útil	N	%	N	%
		1	5,6	2	11,8
	Prejudicial	17	94,4	15	88,2
É necessário andares com a vida para a frente, a tua vida continua!	Útil	N	%	N	%
		8	44,4	13	76,5
	Prejudicial	10	55,6	4	23,5
Também já passei por isso... já estive no teu lugar!	Útil	N	%	N	%
		6	33,3	9	52,9
	Prejudicial	12	66,7	8	47,1

Tenta esquecer esses sentimentos, isso ainda é negativo e faz-te mal!	Útil Prejudicial	N 8 10	% 44,4 55,6	N 5 12	% 29,4 70,6
O teu distanciamento vai-te fazer que as pessoas também se afastem!	Útil Prejudicial	N 4 14	% 22,2 77,8	N 3 14	% 17,6 82,4
Andas triste, mas isso passa! Triste é que não se melhora, de certeza!	Útil Prejudicial	N 7 11	% 38,9 61,1	N 7 10	% 41,2 58,8
Preocupas-me, sabes?	Útil Prejudicial	N 8 10	% 44,4 55,6	N 4 13	% 23,5 76,5
Mete a tristeza para trás das costas!	Útil Prejudicial	N 10 8	% 55,6 44,4	N 4 13	% 23,5 76,5
Há tanta gente com problemas piores que os teus!	Útil Prejudicial	N 1 17	% 5,6 94,4	N 3 14	% 17,6 82,4
Não tenhas pena de ti mesma(o)!	Útil Prejudicial	N 6 12	% 33,3 66,7	N 6 11	% 35,3 64,7
Se saíres de casa vais sentir-te logo melhor!	Útil Prejudicial	N 10 8	% 55,6 44,4	N 7 10	% 41,2 58,8
Precisas colocar um sorriso nesses lábios!	Útil Prejudicial	N 11 7	% 61,1 38,9	N 10 7	% 58,8 41,2
Tens que ser forte! Tu consegues... é tudo “força de vontade”!	Útil Prejudicial	N 12 6	% 66,7 33,3	N 12 5	% 70,6 29,4
Tens que reagir... assim não melhoras!	Útil Prejudicial	N 8	% 44,4	N 5	% 29,4

		10	55,6	12	70,6
Procura manter-te ocupada para que não penses!	Útil	N	%	N	%
	Prejudicial	14	77,8	9	52,9
Passa à frente!	Útil	4	22,2	8	47,1
	Prejudicial	N	%	N	%
	Útil	5	27,8	2	11,8
	Prejudicial	13	72,2	15	88,2

Prestação de ajuda

Em relação a prestar ajuda, desta vez o grupo manifestou um maior grau de confiança para o fazer no caso da ansiedade ($m= 4,12$; $dp= 0,69$) do que da depressão ($m= 3,82$; $dp= 1,07$).

Tabela 25. Confiança para prestar ajuda no cenário da ansiedade (antes e depois)

Grau de confiança	T0	T1
Nada confiante	0	0
Pouco confiante	0	0
Confiante	5	3
Muito confiante	7	9
Muitíssimo confiante	6	5
<i>M / S</i>	4,06 / 0,80	4,12 / 0,69

Tabela 26. Confiança para prestar ajuda no cenário da depressão (antes e depois)

Grau de confiança	T0	T1
Nada confiante	0	0
Pouco confiante	0	2
Confiante	6	5
Muito confiante	5	4
Muitíssimo confiante	7	6
<i>M / S</i>	4,06 / 0,87	3,82 / 1,07

Esta situação também se tornou evidente na análise das respostas às questões sobre crenças relativas à utilidade de estratégias de prestação de ajuda em situação de ansiedade e depressão. O aumento geral da seleção da opção “não sei” significou a

diminuição do posicionamento assertivo e confiante do grupo relativamente a esta componente de LSM, especialmente no caso da depressão. Muitos dos valores maioritários perderam a sua expressão pela consistência de, pelo menos, 23,5 % do grupo em responder “não sei” a estas questões. Porém as tendências de resposta mantiveram-se as mesmas para todas as ações de prestação de ajuda, com as opções “Ouvir os seus problemas de forma compreensiva” ($N= 12$; 70, 6%), “Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado” ($N= 9$; 52, 9%) “Reunir o grupo de amigos para a animar” ($N= 12$; 70, 6%) e “Incentivá-la a praticar exercício físico” ($N= 11$, 64, 7%) sendo selecionadas por um maior número de participantes como úteis. As opções “Mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas” ($N= 7$; 41, 2%) e “Marcar uma consulta no Médico de Família com o seu conhecimento” ($N= 8$; 47, 1%) foram as que perderam mais votos na opção “útil”.

Tabela 27. Crenças sobre ações de prestação de ajuda no cenário da depressão (antes e depois)

Ação	Opção	T0	T1
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva	Útil	17 (94, 4%)	12 (70, 6%)
	Prejudicial	1 (5, 6%)	0
	Nem uma coisa nem outra	0	1 (5, 9%)
	Não sei	0	4 (23, 5%)
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente	Útil	44,4%	6 (35, 3)
	Prejudicial	33,3%	7 (41, 2%)
	Nem uma coisa nem outra	1 (5, 6%)	0
	Não sei	3 (16, 7%)	4 (23, 5%)
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado	Útil	11 (61, 1%)	9 (52, 9%)
	Prejudicial	3 (16, 7%)	1 (5, 9%)
	Nem uma coisa nem outra	3 (16, 7%)	3 (17, 6%)
	Não sei	1 (5, 6%)	4 (23, 5%)
Marcar uma consulta no médico de família com o seu conhecimento	Útil	61,1%	8 (47, 1%)
	Prejudicial	16,7%	1 (5, 9%)
	Nem uma coisa nem outra	11,1%	2 (11, 8%)
	Não sei	11,1%	6 (35, 3%)
Perguntar se tem tendências suicidas	Útil	33,3%	5 (29, 4%)
	Prejudicial	44,4%	7 (41, 2%)
	Nem uma coisa nem outra	1 (5, 6%)	0
	Não sei	3 (16, 7%)	5 (29, 4%)

Sugerir que “beba uns copos” para esquecer os problemas	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	0 16 (88, 9%) 2 (11, 1%) 0	1 (5, 9%) 10 (58, 8%) 2 (11, 8%) 4 (23, 5%)
Reunir o grupo de amigos para a/o animar	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	14 (77, 8%) 0 2 (11, 1%) 2 (11, 1%)	12 (70, 6%) 1 (5, 9%) 0 4 (23, 5%)
Não valorizar o seu problema, ignorando-o até que se sinta melhor	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	0% 14 (77, 8%) 4 (22, 2%) 0%	2 (11, 8%) 11 (64, 7%) 0 4 (23, 5%)
Mantê-la/o ocupada/o para que não pense tanto nos seus problemas	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	77,8% 11,1% 5,6% 5,6%	7 (41, 2%) 5 (29, 4%) 1 (5, 9%) 4 (23, 5%)
Incentivá-la/o a praticar exercício físico	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	72,2% 5,6% 16,7% 5,6%	11 (64, 7%) 2 (11, 8%) 0 4 (23, 5%)

Para o cenário da ansiedade, a maioria dos/as participantes continuou a selecionar as opções “Ouvir os seus problemas de forma compreensiva”, “Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado”, “Marcar uma consulta no médico de família com o seu conhecimento”, “Reunir o grupo de amigos para a/o animar”, “Mantê-la/o ocupada/o para que não pense tanto nos seus problemas” e “Incentivá-la a praticar exercício físico” como as mais úteis para ajudar. Por outro lado, “Não valorizar o seu problema, ignorando-o até que se sinta melhor” foi a estratégia considerada “prejudicial” por um maior número de respondentes, à semelhança do que se tinha verificado anteriormente. As diferenças que se verificaram nas tendências de resposta foram que a quantidade de participantes a considerar a ação “Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente” como “prejudicial” aumentou significativamente, ao contrário de “Sugerir que “beba uns copos” para esquecer os problemas”, em que a percentagem a considerar esta uma estratégia “prejudicial” diminuiu.

Tabela 28. Crenças sobre ações de prestação de ajuda no cenário da ansiedade (antes e depois)

Ação	Opção	T0	T1
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva	Útil	16 (88, 9%)	14 (82, 4%)
	Prejudicial	1 (5, 6%)	1 (5, 9%)
	Nem uma coisa nem outra	1 (5, 6%)	1 (5, 9%)
	Não sei	0	1 (5, 9%)
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente	Útil	10 (55, 6%)	6 (35, 3%)
	Prejudicial	4 (22, 2%)	7 (41, 2%)
	Nem uma coisa nem outra	3 (16, 7%)	0
	Não sei	1 (5, 6%)	4 (23, 5%)
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado	Útil	9 (50%)	9 (52, 9%)
	Prejudicial	2 (11, 1%)	1 (5, 9%)
	Nem uma coisa nem outra	5 (27, 8%)	4 (23, 5%)
	Não sei	2 (11, 1%)	3 (17, 6%)
Marcar uma consulta no médico de família com o seu conhecimento	Útil	11 (61, 1%)	9 (52, 9%)
	Prejudicial	3 (16, 7%)	1 (5, 9%)
	Nem uma coisa nem outra	2 (11, 1%)	4 (23, 5%)
	Não sei	2 (11, 1%)	3 (17, 6%)
Perguntar se tem tendências suicidas	Útil	6 (33, 3%)	5 (29, 4%)
	Prejudicial	5 (27, 8%)	7 (41, 2%)
	Nem uma coisa nem outra	3 (16, 7%)	2 (11, 8%)
	Não sei	4 (22, 2%)	3 (17, 6%)
Sugerir que “beba uns copos” para esquecer os problemas	Útil	0	2 (11, 8%)
	Prejudicial	15 (83, 3%)	8 (47, 1%)
	Nem uma coisa nem outra	2 (11, 1%)	4 (23, 5%)
	Não sei	1 (5, 6%)	3 (17, 6%)
Reunir o grupo de amigos para a/o animar	Útil	12 (66, 7%)	13 (76, 5%)
	Prejudicial	2 (11, 1%)	3 (17, 6%)
	Nem uma coisa nem outra	0	0
	Não sei	4 (22, 2%)	1 (5,9%)
Não valorizar o seu problema, ignorando-o até que se sintam melhor	Útil	1 (5, 6%)	2 (11, 8%)
	Prejudicial	15 (83, 3%)	10 (58, 8%)
	Nem uma coisa nem outra	1 (5, 6%)	3 (17, 6%)
	Não sei	1 (5, 6%)	2 (11, 8%)
Mantê-la/o ocupada/o para que não pense tanto nos seus problemas	Útil	13 (72, 2%)	10 (58, 8%)
	Prejudicial	3 (16, 7%)	5 (29, 4%)
	Nem uma coisa nem outra	1 (5, 6%)	0
	outra	1 (5, 6%)	2 (11, 8%)

	Não sei		
Incentivá-la/o a praticar exercício físico	Útil	10 (55,6%)	11 (64, 7%)
	Prejudicial	2 (11, 1%)	1 (5, 9%)
	Nem uma coisa nem outra	4 (22, 2%)	2 (11, 8%)
	Não sei	2 (11, 1%)	3 (17, 6%)

Intervenções/tratamento

Na questão de conhecimento acerca dos profissionais de saúde/ pessoas que podem ajudar numa situação semelhante à da vinheta da ansiedade, no que diz respeito à ajuda informal, “Um(a) amigo(a) significativo” ($N= 13$; 76, 5%) continuou a ser considerado como o mais útil e “Resolver os problemas sozinha” continuou a ser a opção considerada “prejudicial” por um maior número de participantes ($N=10$; 58, 8%). Verificou-se um aumento na quantidade de respondentes que selecionaram também “Um familiar próximo” como útil ($N= 11$; 64, 7%). No caso da depressão, estas tendências também se mantiveram, exceto que menos consideraram “Um familiar próximo” como útil comparativamente ao cenário de ansiedade e à seleção feita no primeiro momento. No que concerne à ajuda profissional, foram observadas algumas mudanças nas tendências verificadas na fase de diagnóstico, nomeadamente a perda de destaque do “Médico de família” como útil para ambas as perturbações ($N= 8$; 47, 1% para a ansiedade; $N= 7$; 41, 2% para a depressão). Por outro lado, a utilidade do “Psiquiatra” foi considerada pela maioria do grupo como útil para ajudar com a ansiedade ($N= 9$; 52, 9%), o que revela um aumento comparativamente à primeira análise, o que também sucedeu no caso da depressão, apesar de não ter atingido valores maioritários ($N= 7$; 41, 2%). O “Psicólogo” manteve-se como o profissional mais frequentemente assinalado como útil para ambas as perturbações com 82, 4% e 70, 6% para a ansiedade e a depressão, respetivamente. Os resultados para os restantes profissionais não sofreram praticamente alterações relativamente aos valores apresentados previamente. No geral verificou-se, mais uma vez, um aumento da quantidade de participantes que assinalaram a opção “não sei” ao longo destas questões, tanto para a ansiedade como para a depressão, o que refletiu a redução dos valores maioritários e revelou uma maior incerteza do grupo quanto às suas respostas neste momento pós-intervenção.

A utilidade de medicamentos e produtos na ajuda para a ansiedade teve resultados bastante dispersos nesta segunda fase de análise de dados. Verificou-se que os chás

continuaram a ser considerados pela maioria do grupo como úteis para ajudar no caso da ansiedade. Os tranquilizantes e os antidepressivos deixaram de ser considerados pela maioria como úteis, verificando-se o aumento das respostas neutras para estes medicamentos. Os comprimidos para dormir foram considerados como “úteis” por um maior número de participantes no momento pós-intervenção. O número de respostas para cada opção, bem como a respetiva percentagem para ambos os momentos, encontra-se exposto na Tabela 29.

Tabela 29. Utilidade de medicamentos/produtos no cenário da ansiedade (antes e depois)

Medicamento/produto	Opção	T0	T1
Vitaminas	Útil	6 (33, 3%)	7 (41, 2%)
	Prejudicial	5 (27, 8%)	4 (23, 5%)
	Nem uma coisa nem outra	3 (16, 7%)	3 (17, 6%)
	Não sei	4 (22, 2%)	3 (17, 6%)
Chás (exs. Camomila e Hiperício)	Útil	14 (77, 8%)	10 (58, 8%)
	Prejudicial	1 (5, 6%)	1 (5, 9%)
	Nem uma coisa nem outra	2 (11, 1%)	5 (29, 4%)
	Não sei	1 (5, 6%)	1 (5, 9%)
Tranquilizantes/Calmantes	Útil	9 (50%)	4 (23, 5%)
	Prejudicial	5 (27, 8%)	4 (23, 5%)
	Nem uma coisa nem outra	1 (5, 6%)	5 (29, 4%)
	Não sei	3 (16, 7%)	4 (23, 5%)
Antidepressivos	Útil	9 (50%)	5 (29, 4%)
	Prejudicial	7 (38, 9%)	6 (35, 3%)
	Nem uma coisa nem outra	0	3 (17, 6%)
	Não sei	2 (11, 1%)	3 (17, 6%)
Antipsicóticos	Útil	3 (16, 7%)	4 (23, 5%)
	Prejudicial	10 (55, 6%)	8 (47, 1%)
	Nem uma coisa nem outra	1 (5, 6%)	1 (5, 9%)
	Não sei	4 (22, 2%)	4 (23, 5%)
Comprimidos para dormir	Útil	1 (5, 6%)	6 (35, 3%)
	Prejudicial	10 (55, 6%)	6 (35, 3%)
	Nem uma coisa nem outra	1 (5, 6%)	1 (5, 9%)
	Não sei	6 (33, 3%)	4 (23, 5%)

No que diz respeito ao cenário da depressão, as vitaminas e os chás continuaram a ser considerados pela maioria como “úteis”. Constatou-se uma redução significativa do número de participantes que classificaram os antidepressivos como “úteis” para ajudar na depressão, à semelhança do que é observado para os comprimidos para dormir. Mais uma vez, verificou-se o aumento de respostas neutras em detrimento das positivas ou negativas na generalidade dos medicamentos/produtos, comparativamente ao primeiro momento de análise. Os valores encontram-se presentes na Tabela 30.

Tabela 30. Utilidade de medicamentos/produtos no cenário da depressão (antes e depois)

Medicamento/produto	Opção	T0	T1
Vitaminas	Útil	10 (55, 6%)	8 (58, 8%)
	Prejudicial	4 (22, 2%)	1 (5, 9%)
	Nem uma coisa nem outra	1 (5, 6%)	5 (29, 4%)
	Não sei	3 (16, 7%)	2 (11, 8%)
Chás (exs. Camomila e Hipericão)	Útil	12 (66, 7%)	9 (52, 9%)
	Prejudicial	1 (5, 6%)	5 (29, 4%)
	Nem uma coisa nem outra	1 (5, 6%)	0
	Não sei	4 (22, 2%)	3 (17, 6%)
Tranquilizantes/Calmantes	Útil	6 (33, 3%)	5 (29, 4%)
	Prejudicial	6 (33, 3%)	3 (17, 6%)
	Nem uma coisa nem outra	3 (16, 7%)	6 (35, 3%)
	Não sei	3 (16, 7%)	3 (17, 6%)
Antidepressivos	Útil	8 (44, 4%)	5 (29, 4%)
	Prejudicial	5 (27, 8%)	6 (35, 3%)
	Nem uma coisa nem outra	0	2 (11, 8%)
	Não sei	5 (27, 8%)	4 (23, 5%)
Anti-psicóticos	Útil	2 (11, 1%)	3 (17, 6%)
	Prejudicial	9 (50%)	7 (41, 2%)
	Nem uma coisa nem outra	0	4 (23, 5%)
	Não sei	7 (38, 9%)	3 (17, 6%)
Comprimidos para dormir	Útil	9 (50%)	7 (41, 2%)
	Prejudicial	7 (38, 9%)	3 (17, 6%)
	Nem uma coisa nem outra	0	4 (23, 5%)
	Não sei	2 (11, 1%)	3 (17,6%)

Ações/intervenções de autoajuda

No que refere à utilidade de certas ações/estratégias de autoajuda, os resultados mantiveram-se bastante positivos na medida em que a maioria do grupo foi capaz de identificar as ações mais úteis para ajudar alguém, tanto no cenário da ansiedade, como no da depressão. Como é possível constatar na Tabela 31, nem as tendências de resposta nem os valores sofreram grandes alterações.

Tabela 31. Utilidade de ações/intervenções de autoajuda para a ansiedade (antes de depois)

Ação/Intervenção	Opção	T0	T1
Fazer exercício físico	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	14 (77, 8%) 1 (5, 6%) 1 (5, 6%) 2 (11, 1%)	15 (88, 2%) 1 (5, 9%) 0 1 (5, 9%)
Praticar treino de relaxamento	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	15 (83, 3%) 1 (5, 6%) 1 (5, 6%) 1 (5, 6%)	15 (88, 2%) 0 1 (5, 9%) 1 (5, 9%)
Praticar meditação	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	16 (88, 9%) 2 (11, 1%) 0 0	14 (82, 4%) 0 1 (5, 9%) 2 (11, 8%)
Fazer acupunctura	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	5 (27, 8%) 3 (16, 7%) 1 (5, 6%) 9 (50%)	5 (29, 4%) 2 (11, 8%) 4 (23, 5%) 6 (35, 3%)
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	11 (61, 1%) 0 1 (5, 6%) 6 (33, 3%)	7 (41, 2%) 1 (5, 9%) 3 (17, 6%) 6 (35, 3%)
Fazer terapia com um profissional especializado	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	11 (61, 1%) 1 (5, 6%) 1 (5, 6%) 5 (27, 8%)	12 (70, 6%) 1 (5, 9%) 0 4 (23, 5%)
Consultar um site que contenha informação sobre o problema	Útil Prejudicial	6 (33, 3%) 7 (38, 9%) 2 (11, 1%)	5 (29, 4%) 3 (17, 6%) 6 (35, 3%)

	Nem uma coisa nem outra Não sei	3 (16, 7%)	3 (17, 6%)
Ler um livro de autoajuda sobre o problema	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	10 (55, 6%) 2 (11, 1%) 1 (5, 6%) 5 (27, 8%)	6 (35, 3%) 1 (5, 9%) 5 (29, 4%) 5 (29, 4%)
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	9 (50%) 2 (11, 1%) 2 (11, 1%) 5 (27, 8%)	10 (58, 8%) 2 (11, 8%) 2 (11, 8%) 3 (17, 6%)
Procurar ajuda especializada de saúde mental	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	12 (66, 7%) 2 (11, 1%) 1 (5, 6%) 3 (16, 7%)	10 (58, 8%) 0 3 (17, 6%) 4 (23, 5%)
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	0 16 (88, 9%) 2 (11, 1%) 0	0 13 (76, 5%) 3 (17, 6%) 1 (5, 9%)
Fumar para relaxar	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	0 16 (88, 9%) 2 (11, 1%) 0	0 15 (88, 2%) 0 2 (11, 8%)

Quanto à depressão, destacam-se pela negativa as diferenças presentes nas respostas às ações “Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar” e “Fumar para relaxar”, em que se verificou a sua classificação como “útil” por dois participantes (o que não tinha sucedido anteriormente) e a significativa diminuição do número que considerou estas ações como “prejudiciais”.

Tabela 32. Utilidade de ações/intervenções de autoajuda para a depressão (antes de depois).

Ação/Intervenção	Opção	T0	T1
Fazer exercício físico	Útil	13 (72, 2%)	14 (82, 4%)
	Prejudicial	1 (5, 6%)	1 (5, 9%)
	Nem uma coisa nem outra	2 (11, 1%)	0
	Não sei	2 (11, 1%)	2 (11, 8%)

Praticar treino de relaxamento	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	14 (77, 8%) 1 (5, 6%) 0 3 (16, 7%)	13 (76, 5%) 0 1 (5, 9%) 3 (17, 6%)
Praticar meditação	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	15 (83, 3%) 1 (5, 6%) 0 2 (11, 1%)	12 (70, 6%) 1 (5, 9%) 1 (5, 9%) 3 (17, 6%)
Fazer acupunctura	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	7 (38, 9%) 2 (11, 1%) 0 9 (50%)	4 (23, 5%) 2 (11, 8%) 3 (17, 6%) 8 (47, 1%)
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	10 (55, 6%) 0 1 (5, 6%) 7 (38, 9%)	9 (52, 9%) 1 (5, 9%) 0 7 (41, 2%)
Fazer terapia com um profissional especializado	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	12 (66, 7%) 1 (5, 6%) 1 (5, 6%) 4 (22, 2%)	12 (70, 6%) 0 0 5 (29, 4%)
Consultar um site que contenha informação sobre o problema	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	5 (27, 8%) 4 (22, 2%) 3 (16, 7%) 6 (33, 3%)	6 (35, 3%) 4 (23, 5%) 3 (17, 6%) 4 (23, 5%)
Ler um livro de autoajuda sobre o problema	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	9 (50%) 3 (16, 7%) 2 (11, 1%) 4 (22, 2%)	8 (47, 1%) 2 (11, 8%) 2 (11, 8%) 5 (29, 4%)
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	8 (44, 4%) 4 (22, 2%) 2 (11, 1%) 4 (22, 2%)	11 (64, 7%) 1 (5, 9%) 0 5 (29, 4%)
Procurar ajuda especializada de saúde mental	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	12 (66, 7%) 3 (16, 7%) 0 3 (16, 7%)	12 (70, 6%) 2 (11, 8%) 0 3 (17, 6%)
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar	Útil Prejudicial	0 16 (88, 9%)	2 (11, 8%) 9 (52, 9%)

	Nem uma coisa nem outra Não sei	2 (11, 1%) 0	0 6 (35, 3%)
Fumar para relaxar	Útil Prejudicial Nem uma coisa nem outra Não sei	0 16 (88, 9%) 2 (11, 1%) 0	2 (11, 8%) 10 (58, 8%) 2 (11, 8%) 3 (17, 6%)

Prevenção

A nível das crenças sobre a prevenção de perturbações de ansiedade e depressão, também não se manifestaram grandes diferenças nas tendências de resposta dos participantes para todas as ações, tanto no caso da ansiedade como da depressão. Constatou-se que a maioria dos/as participantes continuou a selecionar ações preventivas do desenvolvimento de ambas as perturbações de forma correta. A comparação dos resultados de ambos os momentos se encontra exposta nas Tabelas 33 e 34.

Tabela 33. Crenças sobre prevenção da ansiedade (antes e depois).

Ação	Opção	T0	T1
Praticassem exercício físico	Sim	12 (66, 7%)	14 (82, 4%)
	Não	2 (11, 1%)	1 (5, 9%)
	Não sei	4 (22, 2%)	2 (11, 8%)
Evitassem situações geradoras de stress	Sim	14 (77, 8%)	12 (70, 6%)
	Não	3 (16, 7%)	3 (17, 6%)
	Não sei	1 (5, 6%)	2 (11, 8%)
Mantivessem o contacto regular com amigos	Sim	17 (94, 4%)	12 (70, 6%)
	Não	0	3 (17, 6%)
	Não sei	1 (5, 6%)	2 (11, 8%)
Mantivessem o contacto regular com a família	Sim	16 (88, 9%)	12 (70, 6%)
	Não	1 (5, 6%)	2 (11, 8%)
	Não sei	1 (5, 6%)	3 (17, 6%)
Não utilizassem drogas	Sim	83,3%	13 (76, 5%)
	Não	16,7%	3 (17, 6%)
	Não sei	0%	1 (5, 9%)
Não bebessem bebidas alcoólicas	Sim	94,4%	13 (76, 5%)
	Não	5,6%	3 (17, 6%)
	Não sei	0%	1 (5, 9%)
Praticassem actividades relaxantes regularmente	Sim	77,8%	15 (88,2 %)
	Não	0%	2 (11, 8%)
	Não sei	22,2%	
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual	Sim	27,8%	7 (41, 2%)
	Não	22,2%	4 (23, 5%)
	Não sei	50%	6 (35, 3 %)

Tabela 34. Crenças sobre prevenção da depressão (antes e depois).

Ação	Opção	T0	T1
Praticassem exercício físico	Sim	13 (72, 2%)	13 (76, 5%)
	Não	3 (16, 7%)	2 (11, 8%)
	Não sei	2 (11, 1%)	2 (11, 8%)
Evitassem situações geradoras de stress	Sim	15 (83, 3%)	11 (64, 7%)
	Não	2 (11, 1%)	3 (17, 6%)
	Não sei	1 (5, 6%)	3 (17, 6%)
Mantivessem o contacto regular com amigos	Sim	16 (88, 9%)	9 (52, 9%)
	Não	1 (5, 6%)	3 (17, 6%)
	Não sei	1 (5, 6%)	5 (29, 4%)
Mantivessem o contacto regular com a família	Sim	16 (88, 9%)	9 (52, 9%)
	Não	1 (5, 6%)	3 (17, 6%)
	Não sei	1 (5, 6%)	5 (29, 4%)
Não utilizassem drogas	Sim	16 (88, 9%)	12 (70, 6%)
	Não	1 (5, 6%)	2 (11, 8%)
	Não sei	1 (5, 6%)	3 (17, 6%)
Não bebessem bebidas alcoólicas	Sim	16 (88, 9%)	11 (64, 7%)
	Não	1 (5, 6%)	4 (23, 5%)
	Não sei	1 (5, 6%)	2 (11, 8%)
Praticassem actividades relaxantes regularmente	Sim	15 (83, 3%)	12 (70, 6%)
	Não	1 (5, 6%)	3 (17, 6%)
	Não sei	2 (11, 1%)	2 (11, 8%)
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual	Sim	6 (33, 3%)	8 (47, 1%)
	Não	2 (11, 1%)	3 (17, 6%)
	Não sei	10 (55, 6%)	6 (35, 3%)

Atitudes/crenças estigmatizantes

Quanto às diferenças nas atitudes e crenças estigmatizantes após a intervenção, os resultados encontram-se revelados nas Tabelas 35 e 36 para ambas as perturbações, atendendo a medidas de tendência central e de dispersão.

Tabela 35. Comparação atitudes/crenças estigmatizantes para a ansiedade (antes e depois).

Atitude/Crença	Medidas	T0	T1
“Se a Rita quisesse poderia sair desta situação por si.”	X	3,56	3,35
	S	1,19	1,22
	Mo	3	4

“A situação da Rita é um sinal de fraqueza pessoal.”	X	3,22	3,41
	S	1,39	1,06
	Mo	3	3
“Esta situação não é uma doença verdadeira.”	X	3,94	4,12
	S	1,25	0,99
	Mo	5	5
“A Rita é perigosa para os outros.”	X	4,39	4,24
	S	0,85	1,09
	Mo	5	5
“A melhor forma de evitar desenvolver uma situação como a da Rita é afastar-me dela.”	X	4,67	4,24
	S	0,59	1,03
	Mo	5	5
A situação da Rita torna-a uma pessoa imprevisível.	X	3,67	3,53
	S	1,23	1,12
	Mo	3	4
Nunca contaria a ninguém se estivesse na situação da Rita.	X	3,33	3,47
	S	1,23	1,12
	Mo	3	3

Tabela 36. Comparação atitudes/crenças estigmatizantes para a depressão (antes e depois).

Atitude/Crença	Medidas	Depressão	T1
“Se a Joana quisesse poderia sair desta situação por si.”	X	3,67	3,29
	S	1,08	0,92
	Mo	3	3
“A situação da Joana é um sinal de fraqueza pessoal.”	X	3,56	3,47
	S	1,38	1,01
	Mo	5	3
“Esta situação não é uma doença verdadeira.”	X	4,06	3,76
	S	1,16	1,09
	Mo	5	3
“A Joana é perigosa para os outros.”	X	4,28	4,06
	S	1,07	0,96
	Mo	5	5

“A melhor forma de evitar desenvolver uma situação como a da Joana é afastar-me dela.”	X	4,22	4,12
	S	1,06	1,05
	Mo	5	5
A situação da Joana torna-a uma pessoa imprevisível.	X	3,72	3,82
	S	1,17	0,81
	Mo	5	3
Nunca contaria a ninguém se estivesse na situação da Joana.	X	3,56	3,65
	S	1,29	1,11
	Mo	3	3

Feedback da intervenção

Para além dos dados apresentados anteriormente, procurou-se recolher também o *feedback* qualitativo do grupo e dos envolvidos relativamente à ação desenvolvida de modo a complementar os dados recolhidos e analisados previamente. O *feedback* do grupo de intervenção foi obtido através da dinamização do jogo ‘Dado Mágico’. As respostas dos/as alunos/as às questões colocadas por cada face do dado foram curtas e diretas e revelam algumas opiniões, aprendizagens e sensações associadas à ação socioeducativa.

Na sua maioria, o *feedback* do grupo foi bastante positivo, quanto às sensações/sentimentos experienciados durante as sessões, a prestação da equipa e as sessões no geral. Alguns/mas referiram ter sentido felicidade e compreensão (clareza) durante as sessões e manifestaram interesse em prolongá-las, nomeadamente para o próximo ano letivo. Referiram ter gostado de participar no projeto e que é sempre bom ter temas diferenciados a serem abordados na escola. Em retrospectiva, elogiaram algumas das atividades dinamizadas, maioritariamente os *Kahoot's* e as atividades iniciais de quebra-gelo, as quais foram as mais recordadas por serem “mais divertidas”. As que menos gostaram corresponderam, respetivamente, às tarefas que implicavam um maior esforço (físico ou intelectual) da sua parte, nomeadamente a dinâmica dos ‘Mitos e Verdades’ da 2ª sessão. Demonstraram desagrado pelo facto de terem sido poucas, durante pouco tempo e terem ocupado algumas aulas “fixes” como disseram. Um dos alunos classificou o desempenho da equipa como o fator que menos gostou das sessões,

referindo que, na sua opinião, podia ter sido melhor, o que constitui um dado importante para a avaliação da prática e realização de futuras ações semelhantes.

Quanto às aprendizagens que retiraram da intervenção, uns/mas alunos/as afirmaram que já tinham conhecimento acerca de muitas das coisas que tinham sido faladas durante as sessões e que, por esse motivo, não tinham aprendido muitas coisas novas. Referiram que aprendiam sobre o tema da saúde e perturbações mentais na *internet* e através de redes sociais como o *TikTok*. Apesar disto, alguns elementos referiram como novas aprendizagens “a importância de conversar com alguém quando precisamos de ajuda”, “a psicologia é interessante”, “os problemas mentais nem sempre são doenças” e “a experiência é subjetiva”.

Por fim, quando discutidas as suas expectativas e temas que gostavam de ter abordado mais profundamente durante as sessões, indicaram exemplos como a autoestima relacionada ao bem-estar mental. Não foi possível retirar muito mais informação desta última sessão de *debriefing* devido ao tempo limitado e à hesitação de alguns/mas alunos/as em partilhar *feedback* com o grupo e a participar na conversa coletiva.

O *feedback* dos/as docentes da turma que presenciaram as sessões de LSM e o projeto de intervenção foi também bastante positivo, apesar de breve, e foi comunicado através da diretora de turma após a reunião de conselho de turma, no final do ano letivo. O parecer do conselho de turma foi favorável, considerando que o projeto «foi uma mais-valia para o desenvolvimento pessoal e emocional dos/as alunos/as» e «que foram atingidos os objetivos para cada sessão, embora os/as alunos/as tenham sido mais participativos numas sessões do que em outras. No entanto, as atividades decorreram dentro da normalidade tendo sido os/as alunos/as participativos/as, empenhados/as e dinâmicos/as».

2. Discussão dos resultados

Os resultados obtidos serão discutidos de forma a dar resposta às questões elaboradas no início desta investigação e a refletir acerca da concretização dos respetivos objetivos. O presente projeto de Investigação-ação teve como principal objetivo a promoção da LSM através da criação e implementação de uma ação socioeducativa com um grupo de adolescentes. Ainda, eram objetivos deste projeto avaliar o sucesso da ação socioeducativa nestes moldes, bem como estudar a prática profissional do Educador Social neste âmbito, no sentido de a melhorar. A ação socioeducativa foi implementada com uma turma do 3º ciclo de uma escola do concelho de Faro pertencente ao AEPR e envolveu a dinamização de 7 sessões socioeducativas sobre a saúde e perturbações mentais, ao longo de 4 meses, num total de 10 horas e 50 minutos. A recolha de dados foi realizada através da aplicação do QuaLisMental na fase de diagnóstico e avaliação, e da observação direta participante das sessões com recurso ao Diário de Campo. Os dados quantitativos foram analisados de forma descritiva em ambos os momentos de recolha e o Diário de Campo foi alvo de uma análise de conteúdo.

No que diz respeito aos níveis de LSM do grupo de intervenção na fase de diagnóstico (pré-intervenção), os resultados evidenciaram algumas semelhanças com estudos similares cujo objetivo foi analisar os níveis de LSM do público-alvo com recurso ao instrumento utilizado na recolha de dados desta investigação- o QuaLisMental (Loureiro, 2016; Loureiro *et al.*, 2014). Estes estudos focaram, mais frequentemente, a sua análise nas vinhetas alusivas às perturbações da depressão, esquizofrenia e do abuso de álcool. A questão da ansiedade não fora tão explorada até agora com este instrumento, dificultando a comparação com os resultados das pesquisas existentes a nível nacional, pelo que esta pesquisa pode contribuir para impulsionar futuros estudos dos níveis de LSM associados a esta perturbação. Contudo, consideram-se os resultados num todo.

Quanto ao reconhecimento das perturbações mentais retratadas nas vinhetas (ansiedade e depressão) constatou-se a existência de um padrão de respostas diversificado no que diz respeito aos rótulos assinalados, com a geral valorização dos sinais e sintomas apresentados. Estes resultados vão ao encontro do que fora verificado por Loureiro (2016) para a depressão, com a maioria do grupo sendo capaz de identificar corretamente os rótulos adequados à situação exposta nas vinhetas, à semelhança do que ocorre com a ansiedade, e grande parte selecionando rótulos associados como “stress”, “problemas emocionais/psicológicos/mentais” e “esgotamento nervoso” para descrever ambas as

situações das vinhetas. Os resultados da vinheta da depressão são consistentes com o que fora constatado em estudos de outros países, em que a maioria dos participantes foi capaz de reconhecer a depressão, mas a capacidade de reconhecer a ansiedade ficou a par da depressão neste estudo, sendo muito maior nesta amostra comparativamente à observada em outras investigações (Kelly *et al.*, 2011; Reavley & Jorm, 2011; Gibbons, Thorsteinsson & Loi, 2015; Coles *et al.*, 2016; Tissera & Tairi, 2020). Isto pode relacionar-se com o facto de esta ser uma perturbação cada vez mais prevalente na atualidade e na sociedade portuguesa, o que pode resultar numa maior familiaridade com os seus sintomas e sinais e na conseqüente capacidade para os identificar (Almeida *et al.*, 2013; Gibbons *et al.*, 2015). De facto, mais de metade do grupo afirmou já ter estado exposto a ambos os tipos de situações no seu círculo familiar e social, com uma maior quantidade de participantes a afirmá-lo no caso da ansiedade. Apesar da correta identificação das perturbações pela maioria do grupo, e à semelhança do que ocorreu em outros estudos, parte dos participantes recorreram também à utilização inadequada de rótulos como “crise própria da idade”, “bulimia”, “anorexia” e “esquizofrenia” ou, em menor escala, à atribuição do problema a fatores de personalidade como “importa-se de mais com os outros”, no caso da ansiedade, e circunstâncias da vida como a “perda de um familiar muito próximo”, no caso da depressão (Loureiro *et al.*, 2014; Loureiro, 2016). Outro aspeto que se destacou foi a dificuldade, por grande parte do grupo, de distinção entre a ansiedade e depressão, o que resultou na indicação da opção “depressão” para a vinheta da ansiedade e vice-versa. Reavley and Jorm (2011) observaram o mesmo fenómeno, no sentido em que a depressão foi utilizada frequentemente para descrever outras perturbações, nomeadamente a ansiedade, sugerindo que isto se poderia dever ao facto da depressão ser sobre-generalizada na categorização de perturbações mentais, refletindo a necessidade de aumentar o conhecimento do público-alvo relativo a esta perturbação.

Ao contrário do que fora observado em estudos anteriores (como por exemplo, Reavley & Jorm, 2011) a intenção de procurar ajuda no caso de se encontrarem em situações semelhantes às das vinhetas foi maior no caso da ansiedade do que da depressão, apesar da maioria ter afirmado esta intenção em ambos os casos, o que é consistente com os resultados de outros estudos, embora a afirmação desta intenção no caso da depressão tenha sido menor comparativamente aos valores previamente observados (Loureiro, Pedreiro, Correia & Mendes, 2012c; Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010; Tissera &

Tairi, 2020). Segundo a literatura, existem barreiras à intenção dos adolescentes em procurar ajuda, nomeadamente o estigma social e a vergonha, e fatores facilitadores como o apoio social e experiências prévias positivas (Gulliver *et al.*, 2010; Rosa *et al.*, 2014). É possível que a vergonha e/ou receio de procurar ajuda caso se encontrassem nas situações retratadas nas vinhetas seja uma barreira para muitos dos participantes, uma vez que nas respostas à questão “nunca contaria a ninguém se estivesse na situação da Rita/Joana”, muitos selecionaram a opção neutra. O receio, vergonha e percepções estigmatizantes já foram identificados como barreiras à intenção de procurar ajuda no caso da depressão num estudo com adolescentes portugueses, pelo que esta barreira pode explicar estes resultados no caso de alguns participantes (Rosa *et al.*, 2014).

À semelhança do que tem sido constatado na literatura, a preferência dos adolescentes em procurar ajuda e pedir apoio a fontes informais, nomeadamente os pais e os amigos, foi verificada neste estudo, tendo ficado explícito que estas são as pessoas a quem os participantes recorreriam em primeiro lugar e a quem se sentem mais confiantes para pedir ajuda em ambos os casos, de ansiedade e depressão (Jorm, Wright & Morgan, 2007; Reavley & Jorm, 2011; Rosa *et al.*, 2014; Loureiro, 2016). Isto revela a importância de desenvolver competências, tanto no seio familiar como nos adolescentes e jovens, de modo a apoiar pessoas próximas e a aconselhar/sugerir a procura de ajuda especializada no caso de sintomas e sinais de perturbação mental (Reavley & Jorm, 2011). Os profissionais de saúde, apesar de não serem classificados como primeiro recurso na procura de ajuda, foram identificados como úteis no tratamento das perturbações por uma grande parte do grupo, especialmente os psicólogos, mas também os médicos de família, tal como ocorreu em estudos anteriores (Rosa *et al.*, 2014; Loureiro, 2016; Reavley & Jorm, 2011; Tissera & Tairi, 2020). Uma explicação para isto pode ser, mais uma vez, a crescente exposição dos adolescentes à ansiedade e depressão no seu círculo próximo e, conseqüentemente, a uma maior familiaridade com os profissionais de saúde indicados (Reavley & Jorm, 2011; Gibbons *et al.*, 2015). Para além deste tipo de exposição, estes resultados podem também estar relacionados com o maior acesso e exposição a informação e discursos divulgados nos *media* acerca da utilidade destes profissionais, como sugerem Reavley and Jorm (2011) na discussão da sua pesquisa. Pedreiro (2013) sugere ainda, que a utilidade percebida destes profissionais pode estar relacionada com as relações de proximidade que podem existir com os mesmos, dada a presença de psicólogos na escola e da familiaridade com os médicos de família. Este argumento pode

simultaneamente explicar a inferior utilidade atribuída aos psiquiatras pelo grupo, uma vez que estes profissionais poderão ser mais “estranhos” aos participantes, à semelhança do que acontece com os enfermeiros e os serviços telefónicos de aconselhamento. Os professores, de acordo com esta lógica, teriam sido classificados como “úteis” pela maior parte do grupo, no entanto o inverso verificou-se. Os resultados revelam que um maior número de respondentes os considera como prejudiciais do que os que consideram estes profissionais úteis como opções de ajuda, o que é consistente com os resultados de outros estudos (Reavley & Jorm, 2011; Pedreiro, 2013; Loureiro, 2016; Coles *et al.*, 2016). Loureiro (2016) sugere que isto pode ser fruto da preocupação dos adolescentes relativamente a questões de confidencialidade e receio que pedir ajuda a estes profissionais se reflita no seu aproveitamento escolar.

Quanto à utilidade de medicamentos e produtos disponíveis, um maior número de participantes valorizou os produtos não-farmacológicos, como os chás e as vitaminas, no tratamento das perturbações, em detrimento de medicamentos como os antidepressivos, à semelhança do que é evidenciado na literatura (Jorm & Wright, 2007; Pedreiro, 2013; Reavley & Jorm, 2011; Loureiro, 2016). O uso de medicamentos no tratamento de perturbações mentais pode ser um tema polarizador nas perceções dos jovens, principalmente os mais novos, levantando questões quanto à sua eficácia, os efeitos secundários e o estigma associado a tomar medicação para este tipo de problemas (Summerhurst *et al.*, 2017). Por outro lado, Loureiro (2016) indica que produtos de venda livre, como as vitaminas e os chás, são da preferência deste público-alvo uma vez que não requerem contacto com profissionais de saúde e são, culturalmente associados ao bem-estar e à saúde. Ainda assim, muitos assinalaram medicamentos como os antidepressivos, tranquilizantes e comprimidos para dormir, como úteis no tratamento das perturbações, algo que também foi verificado, de certo modo, em outros estudos (Pedreiro, 2013; Loureiro, 2016). As outras intervenções mais valorizadas no tratamento das perturbações encontram-se em consonância com o que fora observado na literatura, evidenciando resultados muito positivos em ambos os casos, a par do que ocorre para a componente sobre a prevenção destas perturbações mentais (Reavley & Jorm, 2011; Loureiro, 2016). Relativamente à prestação de ajuda, constata-se que, grande parte do grupo demonstra sentir-se confiante para o fazer em ambas as situações, valorizando estratégias de apoio e incentivo a práticas promotoras do bem-estar, bem como à procura de ajuda profissional, como é verificado em estudos prévios (Yap, Wright & Jorm, 2011; Loureiro, 2016;

Pedreiro, 2013). No entanto, é de importante ressalva a quantidade de participantes que percebem a utilidade da estratégia “mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas” que, como afirma Loureiro (2016), não promove a procura de ajuda.

Assim, os resultados referentes à LSM destes adolescentes revelaram-se promissores na fase que antecedeu a sua participação na ação socioeducativa, considerando as reflexões feitas pelos autores de estudos que utilizaram métodos semelhantes de avaliação destas capacidades com o público-alvo (Yap *et al.*, 2011; Tissera & Tairi, 2020; Reavley & Jorm, 2011; Loureiro, 2016). No que refere à ansiedade, estes resultados evidenciam níveis de literacia do grupo mais adequados, comparativamente ao que fora verificado em estudos similares realizados noutros países (Reavley & Jorm, 2011; Gibbons *et al.*, 2015; Coles *et al.*, 2016). É necessário existirem estudos em maior escala que permitam conhecer a LSM deste público-alvo, e que estes incluam a ansiedade de modo a conceber até que ponto os resultados desta investigação se refletem a nível regional e nacional.

A LSM do grupo voltou a ser avaliada após a sua participação na ação socioeducativa para verificar possíveis e desejadas melhorias. Contudo, os resultados ficaram aquém do esperado, nomeadamente na tradução do sucesso da ação para a melhoria das respostas ao questionário. No geral, não foram constatadas melhorias na LSM dos adolescentes, inversamente ao que ocorreu em estudos semelhantes (Kelly *et al.*, 2007; Pedreiro, 2013; Campos *et al.*, 2012; Loureiro & Freitas, 2020; Nobre *et al.*, 2021). Tendo em conta o nível relativamente apropriado de conhecimento detido no primeiro momento de avaliação, os resultados sugerem que estes se mantiveram, na generalidade dos casos, à semelhança do que ocorreu em Campos *et al.* (2012). Isto foi também evidenciado pelo *feedback* do grupo quanto à sua aquisição de conhecimentos ao longo da ação, em que referiram que muitos dos assuntos abordados já eram do seu conhecimento. Contudo, o que foi verificado no momento de avaliação da ação foi um aumento da dispersão das respostas assinaladas para vários itens, o aumento da dúvida relativamente a certas questões (principalmente no caso da depressão) e a redução da margem substancial de participantes que assinalara as respostas adequadas comparativamente ao primeiro momento de análise. Uma explicação para este fenómeno poderá estar relacionada com a fadiga dos respondentes no momento de preenchimento do questionário, uma vez que as questões alusivas à vinheta da depressão se encontravam em último lugar. Inclusivamente, o grupo fez várias queixas durante o preenchimento

relativamente à dimensão do mesmo e à quantidade de perguntas, com alguns elementos afirmando que iriam selecionar “não sei” a vários itens de forma a apressar o processo. De facto, este é um fator que é frequentemente associado ao êxito da administração destes instrumentos em captar as opiniões e conhecimentos dos indivíduos de forma genuína, pois pode impactar a sua motivação e disposição para responder de forma adequada, sendo preferível o recurso a questionários breves (Mansfield *et al.*, 2020; Morgado *et al.*, 2021). No entanto, ainda que o mesmo seja verdade, este fenómeno não foi comprovado no primeiro momento de administração. Assim, importa analisar estes resultados à luz de diversos outros fatores, nomeadamente alguns aspetos e desafios observados ao longo da implementação da ação socioeducativa que podem ter dificultado o desenvolvimento de conhecimentos e competências em certas componentes da LSM.

Os resultados qualitativos apresentados anteriormente revelaram a escassez de tempo e o seu subaproveitamento como um dos maiores desafios à realização da ação, pelo que é possível que este tenha constituído um fator que dificultou a melhoria da LSM do grupo, como evidenciado pelos presentes resultados. Morgado e Botelho (2014) demonstram que a duração das intervenções com este propósito está associada à sua eficácia, bem como à sustentabilidade da ação no tempo. Intervenções mais longas (com mais de 10 sessões) são eficazes durante um maior período de tempo, a contrastar com intervenções com um menor número de sessões. Pedreiro (2013) também refere que a significância estatística dos resultados poderia ser potenciada por um maior número de horas de intervenção. Porém, Morgado and colleagues (2021) encontraram que um número mais reduzido de sessões e tempo de ação seria mais proveitoso no sentido de manter os participantes cativados e atentos. Isto pode estar relacionado com o facto de este estudo se ter focado na promoção da LSM sobre a ansiedade, em vez de tentar albergar várias perturbações. De facto, focalizar a recolha de dados e o conteúdo da ação socioeducativa em apenas uma perturbação ou em algumas das componentes da LSM, como por exemplo, aquelas que tivessem sido identificadas como mais prementes na classificação das necessidades do grupo referentes ao tema na fase de diagnóstico, parece uma estratégia eficaz para atenuar os constrangimentos de tempo referidos (Nobre *et al.*, 2021; Brown, 2018 como citado em Morgado *et al.*, 2021). Isto teria permitido, simultaneamente, o desenvolvimento de uma ação mais centrada nos problemas/necessidades do grupo, uma maior disponibilidade para aprofundar as respetivas questões associadas às suas necessidades, um melhor aproveitamento do tempo

disponível, e a redução do tamanho e conseqüente tempo de preenchimento do questionário. Assim, esta pesquisa destaca, à semelhança do que afirmam Kelly and colleagues (2007), a importância de priorizar recursos como o tempo e a sustentabilidade da ação no seu sucesso. Associado a esta necessidade, encontram-se o planeamento eficaz, a organização e a sistematização da ação, tal como consta nas condições para exequibilidade de intervenções deste tipo em Morgado *et al.* (2021).

Esta ambição em abordar durante a curta ação socioeducativa todas as componentes da LSM relativamente a duas perturbações acabou por impedir, de certa forma, a atenção às especificidades do grupo e a adaptação da abordagem aos mesmos, o que possivelmente também se refletiu nos resultados. Como afirmam vários autores (Kelly *et al.*, 2007; Campos *et al.*, 2012; Kutcher *et al.*, 2016a; Morgado *et al.*, 2021) estes tipos de intervenções devem ser pertinentes ao contexto específico de atuação e ao público-alvo, pelo que privilegiar uma abordagem que concilie o tema da saúde mental com temáticas social e culturalmente relevantes, que permitam encaixar e aplicar informação relevante no dia-a-dia de forma autónoma e consciente, pode ser uma mais-valia para o seu sucesso. Mais uma vez, o *feedback* do grupo relativamente aos conteúdos abordados nas sessões reforçou esta ideia, tendo sido revelado um interesse em desenvolver conhecimentos e competências a nível da autoestima associada à saúde mental, por exemplo. Um dos princípios da prática do Educador Social passa, precisamente, pela consideração dos sujeitos na sua história, especificidade e contexto envolvente, aproveitando e mobilizando as potencialidades existentes para favorecer o seu processo educativo e desenvolvimento pessoal e social (Azevedo & Correia, 2013). Considera-se que futuras intervenções socioeducativas nesta área poderiam beneficiar da conjugação da saúde mental com assuntos relevantes para a faixa etária e necessidades dos participantes, numa abordagem mais personalizada (Kutcher *et al.*, 2016a). Isto poderá ser feito através da realização de *focus groups* preliminares com o grupo a quem a informação e as mensagens serão direcionadas, de modo a recolher informação pertinente às suas perceções, conhecimentos, interesses e necessidades, para que garanta que o conteúdo das mensagens seja adaptado de forma adequada (Kelly *et al.*, 2007; Campos *et al.*, 2012). Ainda, o envolvimento e articulação com diferentes partes (familiares, professores, escola) na intervenção e na aquisição de conhecimentos e competências pelos participantes, constitui um aspeto fundamental ao sucesso da ação e que poderia ter atenuado possíveis fragilidades associadas ao caráter pontual da ação e o

seu desenvolvimento por pessoal externo à escola, coisa que não foi feita neste projeto (Campos *et al.*, 2012; Morgado & Botelho, 2014; Kutcher *et al.*, 2016b). Isto reflete a importância da organização e trabalho em rede na prática do Educador Social, permitindo a atuação a nível multidisciplinar e tendo em consideração o contexto no seu todo, consequentemente abrindo espaço para que a mudança se verifique e seja sustentável (Serapicos, 2006; Canastra & Malheiro, 2009; Azevedo & Correia, 2013). Serapicos (2006) alerta, contudo, para o facto de que o impacto do Educador Social e da sua ação é

“(…) difícil de avaliar pela morosidade dos resultados que se espera da ação educativa, e que só o tempo se encarrega de revelar com a conseguida mudança de mentalidades, comportamentos e valores” (Serapicos, 2006, p. 9).”

Posto isto, seria interessante existir a possibilidade de investigar o impacto de futuros projetos socioeducativos deste género a longo prazo.

Por outro lado, os fatores escolares que foram encontrados como um dos desafios à ação socioeducativa neste estudo vão ao encontro do verificado na literatura. Nobre and colleagues (2021) identificaram, na sua revisão sistemática de literatura, que as escolas, apesar de constituírem o palco privilegiado para a realização de intervenções de LSM com os adolescentes, impõem algumas dificuldades como contexto de intervenção, ao nível da coordenação com os diferentes agentes educativos e a interrupção do currículo educacional. Os próprios participantes demonstraram desagrado relativamente à ocupação de algumas aulas favoritas em prol da dinamização das sessões, o que acabou por impactar os seus níveis de interesse, motivação e participação. Assim, Nobre and colleagues (2021), à semelhança de Kutcher and colleagues (2016b), sugerem que estes programas deveriam ser integrados no próprio currículo escolar e aproveitar os seus recursos (professores, comunidade escolar) de modo a economizar e promover o seu rendimento. O desenvolvimento deste tipo de intervenções por pessoal interno é, efetivamente, mais eficaz e sustentável segundo as evidências (Morgado & Botelho, 2014). Assim, reforça-se a importância do papel do Educador Social nas escolas “num campo de reflexão da intervenção sobre os problemas sociais e educativos que nela ocorrem” (Candeias, 2021, p. 41), constituindo um modo de não sobrecarregar os agentes educativos existentes e a fortalecer as respostas aos respetivos problemas que surgem nestes contextos.

Em última análise, a constante observação e reflexão crítica desenvolvida ao longo de toda a ação socioeducativa permitiram refletir acerca da prática profissional do

Educador Social neste âmbito, nomeadamente acerca do desempenho/competências essenciais à prática socioeducativa nestes moldes e com o público-alvo em questão, no sentido de a melhorar. A utilização de métodos de educação não-formal, dinâmicas de grupo, e atividades de natureza particip(ativa), reflexiva e colaborativa, com recurso ao diálogo, a jogos interativos e trabalhos de grupo revelaram-se estratégias eficazes na dinamização das sessões. Estes resultados vão ao encontro da literatura, que evidencia a combinação deste tipo de técnicas pedagógicas e estilos educativos mais interativos e dinâmicos como fundamentais ao sucesso da intervenção de LSM com os adolescentes (Campos *et al.*, 2012; Pedreiro, 2013; Morgado & Botelho, 2014; Morgado *et al.*, 2021; Nobre *et al.*, 2021). Contudo, e à semelhança do que foi observado por Nobre and colegas (2021), a dificuldade de incentivar à participação dos adolescentes foi algo que foi verificado neste estudo. Este desafio pode estar relacionado com a pouca familiaridade do grupo com estas estratégias, possivelmente resultando numa certa hesitação aliada à falta de “à vontade” para com as atividades mencionadas anteriormente (Kutcher *et al.*, 2016a). Por este motivo é que eventualmente se verificou, neste estudo, a eficácia das dinâmicas de grupo iniciais no decorrer das atividades pedagógicas, uma vez que se refletiram em maiores níveis de participação, disposição, empenho e atenção durante as sessões.

Estes resultados apontam para a eventual necessidade de formação e treino adequado das partes que dinamizem este tipo de intervenções (professores, profissionais de saúde, Educadores Sociais) de modo a garantir o seu sucesso, como é indicado por outros autores (Morgado & Botelho, 2014; Kutcher *et al.*, 2016a; Nobre *et al.*, 2021; Morgado *et al.*, 2021). Ainda, os resultados evidenciaram algumas competências essenciais ao sucesso da prática do Educador Social na dinamização deste tipo de intervenções e ao longo da sua ação socioeducativa. Destacaram-se competências de carácter técnico/instrumental, interpessoal e de organização/gestão. A nível técnico, as competências referem-se à capacidade de saber adotar e aplicar métodos e técnicas sociopedagógicos na sua ação, bem como estratégias de intervenção específicas e metodologias de investigação para estudar fenómenos e contextos variados. O uso e desenvolvimento destas competências auxiliou a recolha e análise de dados, a implementação de toda a ação, bem como o seu planeamento, ao longo deste projeto e é consistente com o que é afirmado por outros autores (Serapicos, 2006; Camões *et al.*, 2020; Azevedo, 2021). Como este conhecimento não é suficiente, e ficou evidente o

caráter imprevisível e mutável dos contextos sociais, as competências interpessoais são imprescindíveis à prática do Educador Social (Baptista, 2006; Camões et al., 2020). Neste campo de competências, assinalam-se a capacidade de comunicar eficaz e claramente, moldando as mensagens ao público-alvo e ao contexto de ação, praticar a escuta ativa e saber fomentar e orientar o diálogo interpessoal e coletivo. Ainda, destacam-se a imparcialidade, a gestão/mediação de conflitos e a capacidade de estabelecer laços de confiança e proximidade com os sujeitos de intervenção. Por fim, nas competências de organização, é fundamental o desenvolvimento de aptidões que permitam coordenar e gerir os recursos essenciais à ação, nomeadamente a gestão do tempo, do espaço e a coordenação do grupo e das atividades. Esta categoria de competências é transversal a todo processo socioeducativo, desde a fase de planeamento até à avaliação do projeto uma vez que determina o uso eficaz destes recursos e o seu aproveitamento e, ainda, permite a realização harmoniosa da ação, evitando/prevenindo possíveis obstáculos e/ou desafios associados à mesma (Delgado *et al.*, 2014; Canastra & Malheiro, 2008). Estas englobam a criatividade, inovação, flexibilidade, resiliência, adaptação e resolução de problemas. Para além disto, e como é explicitado na literatura, a capacidade de autorreflexão crítica é vital à melhoria da sua prática e eficácia de intervenção nos demais contextos sociais onde atua (Serapicos, 2006; Baptista, 2006; Azevedo, 2021). Na ação socioeducativa com o objetivo de desenvolvimento de LSM dos adolescentes, considerando a infância deste tipo de intervenção nos eixos da Educação Social, esta competência é fulcral à evolução de conhecimento nesta área e à consequente melhoria da prática do Educador Social em projetos desta génese. Por este motivo, esta investigação representa um dos primeiros passos dados nesta direção no sentido de, simultaneamente, informar o desenvolvimento e implementação de intervenções de LSM com adolescentes e aperfeiçoar as contribuições da prática socioeducativa nesta sua nova configuração.

Conclusão

Feita a análise e discussão dos resultados desta investigação-ação, importa refletir acerca da execução dos objetivos delineados no início do projeto SOCIALMente.

O primeiro objetivo consistia no desenvolvimento, implementação e avaliação de uma ação socioeducativa com o intuito de promover a LSM de adolescentes. Pode ser afirmado que, parte deste objetivo foi bem-sucedido. O desenvolvimento e implementação da ação foram realizados ao longo de vários meses do estágio na Associação Sê Mais Sê Melhor, com uma turma de alunos/as do 3º ciclo em uma escola do concelho de Faro pertencente ao AEPR. Foram dinamizadas 7 sessões de LSM em que, através de estratégias socioeducativas de natureza não-formal, particip(ativa), reflexiva e colaborativa, bem como de atividades dinâmicas, interativas e de grupo, foram abordados vários temas alusivos às várias componentes da LSM. No final da ação, foi avaliado o seu impacto quantitativo no desenvolvimento de LSM do grupo de intervenção, bem como a perceção do grupo relativamente à mesma. Os resultados ficaram aquém do esperado, não tendo sido observadas melhorias nas respostas dos participantes ao QuaLisMental de modo geral. Porém, o *feedback* dos participantes e docentes presentes revelou ser maioritariamente positivo no que refere à participação da turma na ação e às sessões dinamizadas. Concluiu-se que, apesar dos resultados quantitativos não traduzirem uma melhoria da LSM do grupo, o *feedback* das partes envolvidas evidenciou o impacto positivo da intervenção nos participantes e no seu desenvolvimento.

O segundo objetivo propôs a compreensão dos fatores associados ao sucesso da ação socioeducativa, a qual foi possibilitada através da investigação da prática no decorrer da ação. Os dados fizeram emergir conhecimento acerca da utilidade e eficácia percebida das estratégias socioeducativas aplicadas durante as sessões, sobre os desafios associados à implementação da intervenção e à dinamização das sessões, e das competências necessárias à sua execução. Foi observado que os principais desafios associados à realização da intervenção se prendem com o planeamento e a gestão eficaz do tempo, a participação/envolvimento do público-alvo nas atividades e os fatores escolares limitantes, como a coordenação com o currículo e período letivo e a disponibilidade de recursos/espços adequados. Neste sentido, a adoção de estratégias diversificadas e específicas ao contexto pode contribuir para o atenuar destes desafios, tendo sido verificado o efeito positivo do recurso a dinâmicas de grupo iniciais e a jogos interativos

nos níveis de participação, envolvimento, atenção e empenho dos participantes nas atividades.

O terceiro e último objetivo desta investigação-ação objetivou a reflexão acerca do desempenho profissional na realização da intervenção implementada e, conseqüentemente, das competências essenciais ao Educador Social neste tipo de projetos e com este público-alvo. Destacaram-se competências de caráter técnico/instrumental, interpessoal e de organização como fundamentais à prática do Educador Social neste tipo de contexto e estrutura de ação, com um especial destaque para o desenvolvimento de competências como a flexibilidade, a imparcialidade, a resolução de problemas, o planeamento e gestão eficaz de recursos, a criatividade e a resiliência.

Estes resultados devem ser considerados à luz das limitações deste estudo, nomeadamente o reduzido número de participantes que envolveu. Este foi um fator que, apesar de benéfico para a componente interventiva desta investigação, inviabiliza a generalização dos resultados para a população abrangente dos adolescentes portugueses. Assim, esta investigação, apesar de contribuir para o desenvolvimento da literatura científica no campo da Educação Social, deve ser sempre tida em conta na sua especificidade, bem como a do contexto em que se realizou. Ainda, devem ser consideradas as limitações associadas à recolha e análise de dados nesta investigação. É um exemplo destas limitações o facto de ter sido efetuada uma análise meramente descritiva das respostas dos participantes ao QuaLisMental, uma vez que esta análise impossibilita a fiel captação de mudanças estatisticamente significativas da LSM do grupo. Depois, a análise qualitativa dos dados recolhidos através da observação participante deve sempre ser considerada à luz da interpretação subjetiva da realidade, apesar de que este foi um aspeto o qual se tentou atenuar ao longo da investigação, nomeadamente através da autorreflexão crítica, da combinação de métodos e técnicas de recolha de dados variados e da captação das perceções das restantes partes envolvidas no processo.

Apesar destas limitações, considera-se que este estudo contribui para preencher um fosso existente na literatura relativamente às características, exigências e potencial da ação socioeducativa no desenvolvimento da LSM dos adolescentes. Permitiu ainda, gerar conhecimento científico relevante do ponto de vista do futuro planeamento e implementação de projetos socioeducativos com o mesmo propósito, e da aquisição de competências profissionais necessárias ao Educador Social que garantam a sua realização

e sucesso. Deste modo, considera-se que este estudo tem contribuições importantes para a evolução do conhecimento científico no campo teórico-prático da Educação Social, nomeadamente do seu potencial na educação para a saúde, bem como para a futura realização de programas/intervenções que proponham o desenvolvimento da LSM com o público-alvo.

Importa desenvolver mais estudos neste campo de conhecimento científico que permitam compreender melhor o fenómeno estudado da perspectiva da Educação Social, perceber a replicabilidade desta pesquisa e entender os resultados à luz de diferentes abordagens metodológicas. É necessário continuar a desenvolver esforços no sentido da promoção da LSM dos adolescentes nas escolas através da auscultação das necessidades e interesses do público-alvo e da diversificação dos temas abordados e estratégias utilizadas. Contudo, este tipo de intervenção beneficiaria de uma implementação interna, que contasse com o contributo de uma equipa multidisciplinar, com elementos de psicologia, profissionais de saúde, de educação e de técnicos de Educação Social, articulados de modo a consignar uma ação eficaz, abrangente e sustentável, colocando em sinergia os recursos escolares já existentes, reforçando a comunidade escolar e potenciando a ação transformadora no desenvolvimento integral dos participantes.

Bibliografia

Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, A., Gusmao, R., Corrêa, B., & Silva, J. (2013). Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Almeida, T. P. P. D. (2015). *Literacia em saúde mental: conhecimentos, estigma e preconceito numa amostra de adolescentes da região centro de Portugal projeto de investigação* (Projeto de Investigação, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Educação de Viseu, Viseu, Portugal).

Arriaga, M., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C., Câmara, G., Sorensen, K., Dietscher, C., & Costa, A. (2022). Health literacy in Portugal: results of the health literacy population survey project 2019–2021. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4225, . <https://doi.org/10.3390/ijerph19074225>

Associação dos Profissionais Técnicos Superiores de Educação Social (2015). Documentos Profissionalizadores. 4-47. APTSES.

Associação dos Profissionais Técnicos Superiores de Educação Social (2021). Código Deontológico do/a Técnico/a Superior de Educação Social. [Código Deontológico – APTSES](#)

Associação dos Profissionais Técnicos Superiores de Educação Social (2023). Estatutos APTSES. Capítulo I. Constituição, Denominação, Âmbito, Sede e Finalidades. [Estatutos – APTSES](#)

Associação dos Profissionais Técnicos Superiores de Educação Social (2023). Publicações. [PUBLICAÇÕES – APTSES](#)

Ávila, P. (2006). *A literacia dos adultos: competências-chave na sociedade do conhecimento*. (Tese de Doutoramento, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, Portugal).

Azevedo, C. E. F., Oliveira, L. G. L., Gonzalez, R. K., & Abdalla, M. M. (2013). A estratégia de triangulação: objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo. *IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade*, 4, 13-31. [\(PDF\) A Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo \(researchgate.net\)](#)

Azevedo, S. (2021). Educação Social: profissão ou ciência? contributos para uma discussão científica. *Revista Interacções*, 17(56), 50-67. <https://doi.org/10.25755/int.21238>

Azevedo, S., & Correia, F. (2013). A Educação Social em Portugal: evolução da identidade profissional. *RES: Revista de Educación Social*, (17), 1-11. [A Educação Social em Portugal: evolução da identidade profissional - Dialnet \(unirioja.es\)](#)

Baptista, I. (2006). Problemas, dilemas e desafios éticos na intervenção sócio-educativa. No Serapicos, A. M., Daniela, G., Rodrigues, F., Gandra, F. S., Trevison, G. & Medeiros, P. *Actas do Encontro Intervenção Social, Saberes e Contextos* (pp. 61-73). Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. <http://hdl.handle.net/10400.14/13014>

Baris, L. & Uzun, O. (2012). *Psychology of Adolescence: New Research (Psychology of Emotions, Motivations and Actions: Children's Issues, Laws and Programs)*. Nova Science Publishers. ISBN: 1-61942-891-1.

Beldie, A., Den Boer, J. A., Brain, C., Constant, E., Figueira, M. L., Filipcic, I., ... & Wancata, J. (2012). Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(1), 1-38. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0491-z>

Bernardino, M. (2019). Avaliabilidade do programa português para a saúde mental. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical: III Encontro Luso-Brasileiro de Avaliação em Saúde e Gestão do Conhecimento*, 109-119. <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.326>.

Bernardo, I. M. R., & Cossa, S. P. (2021). Análise de variância em investigação em Educação. No Costa, A., Moreira, A., Sá, P. (3ª Ed.) *Reflexões em torno de Metodologias de investigação: análise de dados*, (pp. 71-82). UA Editora.

Brain, C., Kymes, S., DiBenedetti, D. B., Brevig, T., & Velligan, D. I. (2018). Experiences, attitudes, and perceptions of caregivers of individuals with treatment-resistant schizophrenia: a qualitative study. *BMC psychiatry*, 18(253), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1833-5>

Camões, A., Vaz, C., Machado, R., & Sá, S. (2020). Profissionais da educação social: desafios contemporâneos. *Humanidades e Tecnologia*, 27(1), 06-19.

Campos, L., Palha, F., Dias, P., Lima, V. S., Veiga, E., Costa, N., & Duarte, A. I. (2012). Mental health awareness intervention in schools. *Journal of Human Growth and Development*, 22(2), 259-266. <http://hdl.handle.net/10400.14/13002>

Canastra, F., & Malheiro, M. (2008). O perfil profissional do educador especializado (social) - uma leitura sócio-histórica. *Cadernos de Pedagogia Social*, (2), 61-80. <http://hdl.handle.net/10400.8/346>

Canastra, F., & Malheiro, M. (2009). O papel do educador social no quadro das novas mediações socioeducativas. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga, Universidade do Minho, Portugal. 2024-2033. <http://hdl.handle.net/10400.8/345>

Canastra, F., Gujamo, L., & Magnino, A. (2012). A investigação-ação como estratégia privilegiada no contexto da inserção sociolaboral de reclusos: uma leitura a partir da Pedagogia Social. *Cadernos de Pedagogia Social*, (4), 75-90. <https://doi.org/10.34632/cpedagogiasocial.2012.1948>

Candeias, E. (2021). Os espaços socioeducativos da escola e a reconfiguração da pedagogia (educação) social na intervenção escolar. *Revista Lusófona de Educação*, 49(49), 41-55. [doi: 10.24140/issn.1645-7250.rle49.03](https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle49.03)

Canesqui, A. M. (2003). Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 109-124. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100009>

Cardoso, A. (2014). As atuais exigências inovadoras e o interesse crescente pela investigação-ação, em educação. No Cardoso, A. *Inovar com a investigação-ação: desafios para a formação de professores* (pp. 14-16). Imprensa da Universidade de Coimbra. <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0666-8>

- Cardoso, A. & Rego, B. (2017). Metodologias de Investigação na Formação de Professores: A Investigação-Ação e Estudo de Caso. No Menezes, L., Cardoso, A., Rego, B., Balula, J., Figueiredo, M., Felizardo, S, *Olhares sobre a Educação: em torno da formação de professores* (pp. 21-33). Escola Superior de Educação de Viseu (ESEV).
- Carvalho, D., Sequeira, C., Querido, A., Tomás, C., Morgado, T., Valentim, O., Moutinho, L., Gomes, J. & Laranjeira, C. (2022). Positive mental health literacy: A concept analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.877611>
- Chen, L., Zhao, Y., Tang, J., Jin, G., Liu, Y., Zhao, X., Chen, C. & Lu, X. (2019). The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: A qualitative study. *BMC psychiatry*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2052-4>
- Coles, M. E., Ravid, A., Gibb, B., George-Denn, D., Bronstein, L. R., & McLeod, S. (2016). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *Journal of Adolescent Health*, 58(1), 57-62. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.017>
- Correia, M. D. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*, 13(2), 30-36. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v13i2.32>
- Correia, S. I. (2012). *Construção e validação de um instrumento de avaliação de literacia em saúde mental para adolescentes e jovens*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal).
- Costa, D. (2015). A Investigação-acção: Noções Básicas (Sebenta). UP- ESTEC, pp. 1-40. [\(PDF\) A Investigação-acção: Noções básicas | Daniel Da Costa - Academia.edu](#)
- Coutinho, C.P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M.J., Vieira, S. (2009). Investigação-ação: Metodologia preferencial nas práticas educativas. *Psicologia, Educação e Cultura*, 13(2), 13(2), 455-479. <https://hdl.handle.net/1822/10148>
- da Silva, S. M., & Rosa, A. R. (2021). O impacto da Covid-19 na saúde mental dos estudantes e o papel das instituições de ensino como fator de promoção e proteção. *Revista Prâksis*, 2, 189-206. [10.25112/rpr.v2i0.2446](https://doi.org/10.25112/rpr.v2i0.2446)
- de Souza Neto, J. C. (2012). O compromisso ético do educador social. *Revista Lusófona de Educação*, (22), 55-67. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34926381004>
- Delgado, P., Correia, F., Martins, T., & Azevedo, S. (2014). A educação social em Portugal: novos desafios para a identidade profissional. *Interfaces Científicas-Educação*, 3(1), 113-124. <https://doi.org/10.17564/2316-3828.2014v3n1p113-124>
- Díaz, A. S. (2006). Uma aproximação à pedagogia-educação social. *Revista Lusófona de Educação*, 7(7), 91-104. [Uma aproximação à Pedagogia- Educação Social | Revista Lusófona de Educação \(ulusofona.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (PNS 2021-2030). Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Direção-Geral da Saúde.
- Ferreira, J. (2016). *Reabilitar em Saúde Mental: Uma abordagem integrada, integral e participada: Projeto de investigação e intervenção em Educação Social* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico do Porto, Porto, Portugal).

Ferreira, P. (2008). A utilização da metodologia de investigação-ação na intervenção social: uma reflexão teórica. *Intervenção Social*, (32-34), 215-236. <http://hdl.handle.net/10071/14785>

Figueiral, M. D. F. M. (2016). *Literacia em Saúde Mental nos adolescentes do terceiro ciclo: um estudo no Agrupamento de Escolas de Vouzela e Campia*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal).

Fonseca, K. (2012). Investigação – Ação: Uma Metodologia Para Prática e Reflexão Docente. *Revista Onis Ciência*, 1(2), 16-31.

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World psychiatry*, 14(2), 231-233. [10.1002/wps.20231](https://doi.org/10.1002/wps.20231)

Gandhi, S., Poreddi, V., Govindan, R., Anjanappa, S., Sahu, M., Narayanasamy, P., & Badamath, S. (2019). Knowledge and perceptions of Indian primary care nurses towards mental illness. *Nursing Research and Education*, 37(1), 50-59. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n1a06>

Geboers, B., Reijneveld, S. A., Koot, J. A., & De Winter, A. F. (2018). Moving towards a comprehensive approach for health literacy interventions: The development of a health literacy intervention model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1268. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061268>

Gibbons, R. J., Thorsteinsson, E. B., & Loi, N. M. (2015). Beliefs and attitudes towards mental illness: an examination of the sex differences in mental health literacy in a community sample. *PeerJ*, 3, 1-15. <https://doi.org/10.7717/peerj.1004>

Gonçalves, A. M. (2016). A doença mental:: determinação individual ou construção social. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*. 32(11), 163-168.

Gonçalves, M. N., & Brás, J. V. (2020). As (re) configurações da educação: a dimensão socioeducativa. *Revista Lusófona de Educação*, 48(48), 43-57. Doi: 10.24140/issn.1645-7250.rle48.03

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), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>

Halcomb, E., Massey, D. & Gunowa, N. (2015). Mixed methods research. In Halcomb, E. J., & Hickman, L. (6^a Ed.), *Navigating the maze of research: Enhancing Nurse and Midwifery Practice* (pp. 125-137). Elsevier.

Instituto Nacional de Estatística (2011). Classificação Portuguesa das Profissões. Lisboa. Disponível em <https://www.ine.pt/xurl/pub/107961853>

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical journal of Australia*, 166(4), 182-186.

Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>

- Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Beliefs of young people and their parents about the effectiveness of interventions for mental disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(8), 656-666. <https://doi.org/10.1080/00048670701449179>
- Jorm, A. F., Wright, A., & Morgan, A. J. (2007). Where to seek help for a mental disorder?. *Medical Journal of Australia*, 187(10), 556-560. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01415.x>
- Jorm, A. F. (2019). The concept of mental health literacy. In Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P. & Sørensen, K. *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the life-span*, (pp. 53-66). Policy Press.
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187(7), 26-30. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x>
- Kelly, C. M., Mithen, J. M., Fischer, J. A., Kitchener, B. A., Jorm, A. F., Lowe, A., & Scanlan, C. (2011). Youth mental health first aid: a description of the program and an initial evaluation. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(4), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-4>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016a). Mental health literacy: Past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Hashish, M. (2016b). Mental health literacy for students and teachers: A “school friendly” approach. *Positive mental health, fighting stigma and promoting resiliency for children and adolescents*, 161-172. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804394-3.00008-5>
- Latané, C. (2021). How School Environments Shape Mental, Social, and Physical Health. In Island Press (Eds.), *Schools That Heal: Design with Mental Health in Mind*. [Schools That Heal: Design with Mental Health in Mind - Claire Latane - Google Livros](https://www.google.com/books/edition/Schools_That_Heal:_Design_with_Mental_Health_in_Mind/Claire_Latane).
- Leitão, J. (2018). *A importância da escrita de cartas como estratégia de comunicação da pessoa com doença mental e o educador social: Um estudo de caso* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal).
- Lima, L. (2011). A representação das múltiplas dimensões paradigmáticas no estudo da administração: um ensaio sobre os limites contidos nas defesas paradigmáticas excludentes. *Revista de Administração Contemporânea*, 15(2), 198-208. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000200003>.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Loureiro, L. M., Mendes, A. M., Barroso, T. M., Santos, J. C., Oliveira, R. A., & Ferreira, R. O. (2012a). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de enfermagem Referência*, (6), 157-166. <https://doi.org/10.12707/RIII11112>
- Loureiro, L., Pedreiro, A., & Correia, S. (2012b). Tradução, adaptação e validação de um questionário de avaliação da literacia em saúde mental (QuALiSMental) para adolescentes e jovens portugueses a partir de um focus group. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 25, 42-48.

- Loureiro, L., Pedreiro, A., Correia, S., & Mendes, A. (2012c). Reconhecimento da depressão e crenças sobre procura de ajuda em jovens Portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7(7), 13-17. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0074>
- Loureiro, L., Sequeira, C., Rosa, A., & Gomes, S. (2014). Rótulos psiquiátricos: " Bem-me-quer, mal-me-quer, muito, pouco e nada...". *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Ed. Esp. 1), 40-46. <http://hdl.handle.net/10400.26/34946>
- Loureiro, L.M. (2015). Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 79-88. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14031>
- Loureiro, L. M. (2016). Literacia em saúde mental acerca da depressão e abuso de álcool de adolescentes e jovens portugueses. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*. 2(2), 2-11. <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2016.2.2.33>
- Loureiro, L. M., & Freitas, P. M. F. P. (2020). Efetividade do programa de primeiros socorros em saúde mental em estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RIV19078>
- Maciel, K. D. F. (2012). O pensamento de Paulo Freire na trajetória da educação popular. *Educação em Perspectiva*, Viçosa. 2(2), 326-344. <https://doi.org/10.22294/eduper/ppge/ufv.v2i2.196>
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health education research*, 23(5), 840-847. <https://doi.org/10.1093/her/cym069>
- Mansfield, R., Patalay, P., & Humphrey, N. (2020). A systematic literature review of existing conceptualisation and measurement of mental health literacy in adolescent research: current challenges and inconsistencies. *BMC public health*, 20(607), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08734-1>
- Martin, L. T., Ruder, T., Escarce, J. J., Ghosh-Dastidar, B., Sherman, D., Elliott, M., Bird, C., Fremont, A., Gasper, C., Culbert, A. & Lurie, N. (2009). Developing predictive models of health literacy. *Journal of general internal medicine*, 24, 1211-1216. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1105-7>
- Matos, M. G. D., Machado, M. D. C. S., Raimundo, R., Moleiro, P., Figueiras, M. J., & Neufeld, C. B. (2018). Prevenção e promoção na saúde mental das crianças, adolescentes e jovens: tertúlia de reflexão. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 9(2), 13-25. <https://doi.org/10.34628/88gb-pq07>
- Mesquita-Pires, C. (2016). A Investigação-acção como suporte ao desenvolvimento profissional docente. *Eduser - Revista de Educação*, 2 (2), 66-83. <https://doi.org/10.34620/eduser.v2i2.23>
- Mestre, T. (2016). *Promoção da saúde mental em gerontes através da educação social: estamos juntos no caminho para a inclusão* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Beja, Beja, Portugal).
- Mónico, L., Alferes, V., Parreira, P., & Castro, P. A. (2017). A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. *Atas – Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*, 3, 724-733. [A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa | CIAIQ 2017](https://doi.org/10.1007/978-98-96-68-000-0_33)

- Morais, A. M., & Neves, I. P. (2007). Fazer investigação usando uma abordagem metodológica mista. *Revista Portuguesa de Educação*, 20(2), 75-104. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37420204>
- Morgado, T., & Botelho, M. (2014). Intervenções promotoras da literacia em saúde mental dos adolescentes: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista Especial da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (Ed. Esp. 1) ,90-96. [\(PDF\) Intervenções promotoras da literacia em saúde mental dos adolescentes: Uma revisão sistemática da literatura \(researchgate.net\)](#)
- Morgado, T., Loureiro, L., Rebelo Botelho, M. A., Marques, M. I., Martínez-Riera, J. R., & Melo, P. (2021). Adolescents' empowerment for mental health literacy in school: a pilot study on ProLiSMental psychoeducational intervention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 1-14. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/15/8022>
- Moura, E., Ramos, R., Simões, S., & Li, Y. (2021). Técnica de Análise de Conteúdo: uma reflexão crítica. No Costa, A., Moreira, A., Sá, P. (3ª Ed.) *Reflexões em torno de Metodologias de investigação: análise de dados*, (pp. 45-60). UA Editora.
- Nascimento, L. A. D., & Leão, A. (2019). Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 26(1),103-121. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100007>
- Nobre, J., Oliveira, A. P., Monteiro, F., Sequeira, C., & Ferré-Grau, C. (2021). Promotion of mental health literacy in adolescents: a scoping review. *International journal of environmental research and public health*, 18(18), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189500>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D., McGill, B., & Premkumar, P. (2018). Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health promotion international*, 33(5), 901-911. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax015>
- Oliveira, C. B. E., Oliva, O. B., Arraes, J., Galli, C. Y., Amorim, G., & Souza, L. A. (2016). Socioeducação: origem, significado e implicações para o atendimento socioeducativo. *Psicologia em estudo*, 20(4), 575-585. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v20i4.28456>
- Oliveira, S., Carolino, L., & Paiva, A. (2012). Programa saúde mental sem estigma: efeitos de estratégias diretas e indiretas nas atitudes estigmatizantes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (8), 30-37. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0068>
- Palha, J., & Palha, F. (2016). Perspetiva sobre a Saúde Mental em Portugal: Perspective on Mental Health in Portugal. *Gazeta Médica*, 2(3), 6-12. <https://doi.org/10.29315/gm.v3i2.110>
- Pedreiro, A. (2013). *Literacia em Saúde Mental de Adolescentes e Jovens sobre Depressão e Abuso de Álcool* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Tecnologia de Saúde, Instituto Politécnico de Coimbra, Coimbra, Portugal).

Pinto-Costa, I. C., Costa, A. C. B., Assunção, M. R. S., Chaves, G. L., Bressan, V. R., & Chaves, E. D. (2021). Consequências da pandemia do novo coronavírus (COVID-19) na saúde mental da população mundial: scoping review. *Revista Científica de Enfermagem*, 11(36), 366-381.

Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). Young people's recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(10), 890-898. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.614215>

Ricardo, R. (2013). *A (s) Realidade (s) do Educador Social no Algarve* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve, Faro, Portugal).

Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2014). Literacia em Saúde Mental de Adolescentes: Um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (Ed. Esp. 1), 125-132.

Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2018). Literacia em saúde mental sobre abuso de álcool: Um estudo com adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6, 31-38. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0210>

Santos, D. C. S., da Silva, I. R., Barbosa, V. F., Ferreira, S. H., de Barros, C. G. (2019). Práticas educativas em saúde mental: a escola como espaço para a ruptura dos estigmas sobre a doença mental. *Revista Principia- Divulgação Científica e Tecnológica do IFPB*, 46, 11-18. <http://dx.doi.org/10.18265/1517-03062015v1n46p11-18>

Santos, J. (2017). A investigação-ação e o desenvolvimento de práticas educativas e de liderança educacional conducentes à eficácia nas escolas. No Oliveira, I., Henriques, S. *Investigação-ação em práticas de liderança educacional* (pp. 123-138). Universidade Aberta.

Santos, J. R., & Henriques, S. (2021). Inquérito por questionário: contributos de conceção e utilização em contextos educativos. 6-35. Universidade Aberta. <https://doi.org/10.34627/3s9s-k971>

São João, R., Coelho, T., Ferreira, C., Castelo, A., & Massano, M. T. (2017). Estigma na doença mental: estudo observacional e piloto em Portugal. *Revista da UIIPS*, 5(2), 171-185. <http://hdl.handle.net/10400.15/2014>

Sê Mais Sê Melhor (2012). Documentos Institucionais: Estatutos. [Sê Mais Sê Melhor - - Documentos Institucionais \(semaissemelhor.org\)](http://semaissemelhor.org).

Sê Mais Sê Melhor (2021). Apoios e Parcerias. [Sê Mais Sê Melhor - - Apoios e Parcerias \(semaissemelhor.org\)](http://semaissemelhor.org).

Sê Mais Sê Melhor (2021). Projeto de Intervenção Escolar ‘Na Primeira Pessoa’. [Sê Mais Sê Melhor - - Na Primeira Pessoa \(semaissemelhor.org\)](http://semaissemelhor.org).

Sê Mais Sê Melhor (2022). Projetos. [Sê Mais Sê Melhor - Projetos \(semaissemelhor.org\)](http://semaissemelhor.org).

Sequeira, C., Sampaio, F., Pinho, L. G. D., Araújo, O., Lluch Canut, T., & Sousa, L. (2022). Mental health literacy: How to obtain and maintain positive mental health. *Frontiers in Psychology*, 13, 01-04. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1036983>

Serapicos, A. M. (2006). Alguns desafios que se colocam à Educação Social. *Cadernos de Estudo*. ESE de Paula Frassinetti, (3), p.7-15. <http://hdl.handle.net/20.500.11796/880>

- Silva, E. (2013). As metodologias qualitativas de investigação nas Ciências Sociais. *Revista Angolana de Sociologia*, (12), 77-99. <https://doi.org/10.4000/ras.740>
- Silva, J., Leite, H. D. C. S., Fernandes, M. A., Nogueira, L. T., Avelino, F. V. S. D., & da Rocha, S. S. (2020). Os determinantes sociais do sofrimento mental infantil. *Enfermagem em Foco*, 11(1). <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2671>
- Silveira, L. C., & Braga, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(4), 591-595. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000400019>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K. (2019). Defining health literacy: Exploring differences and commonalities. In Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P. & Sørensen, K. *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the life-span*, (pp. 5-20).
- Spadini, L. S., & Souza, M. C. B. D. M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1), 123-127. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000100018>
- Stuart, H. (2012). Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness?. *CNS drugs*, 20, 99-106. <https://doi.org/10.2165/00023210-200620020-00002>
- Summerhurst, C., Wammes, M., Wrath, A., & Osuch, E. (2017). Youth perspectives on the mental health treatment process: What helps, what hinders?. *Community mental health journal*, 53, 72-78. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0014-6>
- Tavousi, M., Mohammadi, S., Sadighi, J., Zarei, F., Kermani, R. M., Rostami, R., & Montazeri, A. (2022). Measuring health literacy: A systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. *PloS One*, 17(7), 1-47. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271524>
- Tissera, N., & Tairi, T. (2020). Mental health literacy: New Zealand adolescents' knowledge of depression, schizophrenia and help-seeking. *New Zealand Journal of Psychology*, 49(1), 14-21.
- Trejos-Castillo, E. (2013). The Adolescence-Adulthood Transition: A Critically Vital Phase. In New York: Nova Science Publishers, Inc. (Eds.) *Youth: Practices, perspectives and challenges*.
- Trigueiro, M. J., Simões-Silva, V., Lucas, S., & Marques, A. (2022). Caracterização do nível de literacia em saúde mental dos jovens na área metropolitana do Porto. *RevSALUS-Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 4(2). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v4i2.182>
- Vieira, A., & Vieira, R. (2016). Pedagogia Social, Mediação Intercultural e Intervenção. No Vieira, A. M. & Vieira, R., *Pedagogia Social, Mediação Intercultural e (Trans) formações, Profedições, Lda.* (pp. 55-64).

Vieira, V. B., & Delgado, P. G. G. (2021). Estigma e saúde mental na atenção básica: lacunas na formação médica podem interferir no acesso à saúde?. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(04), 2-20. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310422>

Vilelas, J. (2009). Do senso comum ao conhecimento científico. No Vilelas, J. (3ª Ed.), *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (pp. 21-37). Edições Sílabo.

Weiner, I. B. (1995). Normalidade e anormalidade na adolescência. In *Perturbações psicológicas na adolescência* (F. Andersen, Trans.) (pp. 1-26). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

World Health Organization (2001). The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>

World Health Organization (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report / a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42940>

World Health Organization (2020). Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: Helping Adolescents Thrive. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336864/9789240011854-eng.pdf>

World Health Organization (2021). Mental health of adolescents. [Mental health of adolescents \(who.int\)](https://www.who.int/adolescents)

Yap, M. B. H., Wright, A., & Jorm, A. F. (2011). First aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or family member: findings from an Australian national survey of youth. *Psychiatry research*, 188(1), 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.01.014>

APÊNDICES

Apêndice A- Registos das atividades

1ª Sessão



2ª Sessão



3ª Sessão



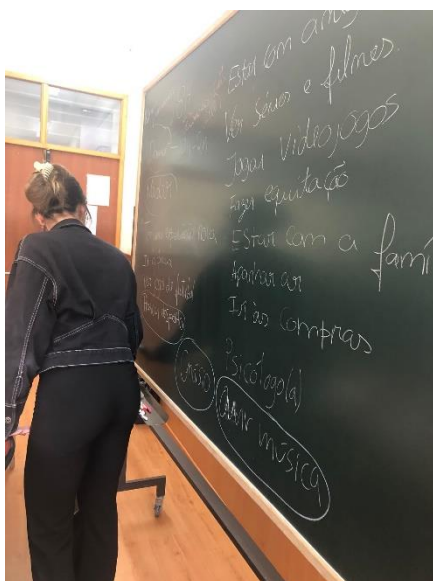
4ª Sessão



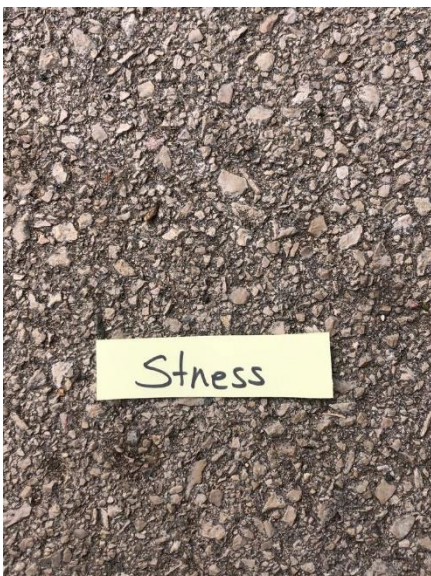
5ª Sessão



6ª Sessão



7ª Sessão



Apêndice B- Materiais

Sessão 1

Se mais se Melhor associado para a promoção do potencial humano

UAlg ESEC
UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS SOCIAIS

Introdução à Saúde Mental

Novelo de Lã

Nome _____

Idade _____

Irritado _____

Alegre _____

Triste _____

Medo _____

SAÚDE MENTAL?

Saúde mental é:

Um estado de bem-estar que nos permite aproveitar as nossas capacidades, lidar com os problemas normais da vida, trabalhar produtivamente e contribuir para a nossa comunidade.

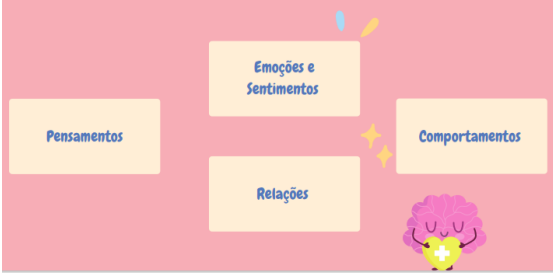
Saúde

Físico

Mental

Social

Saúde mental inclui:



Ter mudanças de humor não é o mesmo que Bipolaridade

Estar triste não é o mesmo que depressão

Estar ansioso não é o mesmo que uma perturbação de ansiedade

Complex block containing three text boxes and a brain illustration. On the left, a pink brain character is next to a colorful wheel of emotions. The text boxes are: a green one with 'Ter mudanças de humor não é o mesmo que Bipolaridade', a yellow one with 'Estar triste não é o mesmo que depressão', and a blue one with 'Estar ansioso não é o mesmo que uma perturbação de ansiedade'. A colorful brain illustration is at the bottom right.

ATÉ À PRÓXIMA!

Sé Associação de Mulheres

Associação para a promoção do potencial feminino

UAIG ESEC

UNIVERSIDADE DE ALGARVE

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOMÉDICA

A complex block with a pink background. It features a large yellow speech bubble with the text 'ATÉ À PRÓXIMA!' in blue. There are decorative elements like confetti and a pink brain character. Logos for 'Sé Associação de Mulheres' and 'UAIG ESEC' are present.

Sessão 2

Quizz sobre Saúde Mental

Verdadeiro ou Falso?

1


CADA UM/A DE NÓS TEM SAÚDE MENTAL. TODOS TEMOS ALTOS E BAIXOS E EXPERIENCIAMOS STRESS AO LONGO DA NOSSA VIDA. PODE ACONTECER A QUALQUER UM/A.

2


SE EVITAR SITUAÇÕES STRESSANTES CONSIGO MANTER UMA BOA SAÚDE MENTAL

3

O STRESS E A ANSIEDADE SÃO REAÇÕES NATURAIS DO NOSSO ORGANISMO A SITUAÇÕES QUE ENTENDEMOS COMO "PERIGOSAS" OU "AMEAÇAS"




4 O SOFRIMENTO QUE RESULTA DE SERMOS EXPOSTOS A STRESSES GRANDES E DIFICEIS INDICA QUE TEMOS UMA PERTURBAÇÃO MENTAL



5 QUANDO O EQUILÍBRIO MENTAL MUDA DE FORMA INTENSA E PROLONGADA, E PROVOCA ANGÚSTIA, PERDA DA QUALIDADE DE VIDA, E DIFICULTA A ROTINA DIÁRIA, COM UM GRANDE IMPACTO NA VIDA DA PESSOA (ESCOLA, AMIGOS, FAMÍLIA) PODE SER DIAGNOSTICADO COMO UMA PERTURBAÇÃO MENTAL



6 PERTURBAÇÕES MENTAIS SÃO RARAS



7 MAIS DE METADE DOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS E PERTURBAÇÕES MENTAIS EXISTENTES NA VIDA ADULTA TÊM INÍCIO NA ADOLESCÊNCIA



8 AS PERTURBAÇÕES MENTAIS MAIS COMUNS SÃO A DEPRESSÃO E PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE



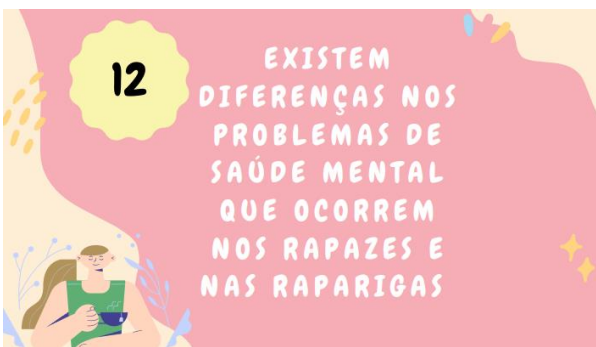
9 AS
PERTURBAÇÕES
MENTAIS VARIAM
EM INTENSIDADE
E GRAVIDADE



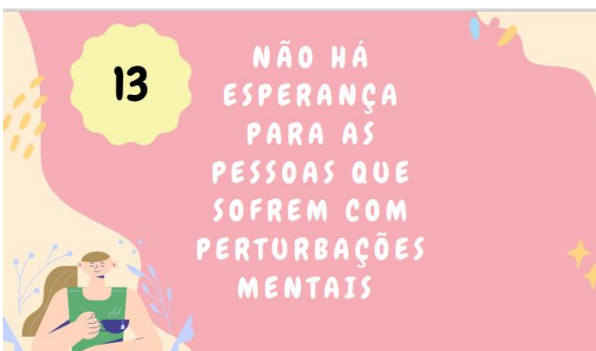
10 AS
PERTURBAÇÕES
MENTAIS SÃO
SEMPRE
DISTINTAS E
OCORREM SEMPRE
EM SEPARADO



11 AS
PERTURBAÇÕES
MENTAIS
SURGEM POR
DESCUIDO DAS
PESSOAS




12 EXISTEM
DIFERENÇAS NOS
PROBLEMAS DE
SAÚDE MENTAL
QUE OCORREM
NOS RAPAZES E
NAS RAPARIGAS




13 NÃO HÁ
ESPERANÇA
PARA AS
PESSOAS QUE
SOFREM COM
PERTURBAÇÕES
MENTAIS



14 CONSULTAR UM/A TERAPEUTA É APENAS ÚTIL PARA QUEM EXPERIENCIA PERTURBAÇÕES MENTAIS



15 DOENÇAS MENTAIS NÃO EXISTEM, ESTÁ TUDO "NA NOSSA CABEÇA"



16 PERTURBAÇÕES MENTAIS SÃO UM SINAL DE FRAQUEZA PESSOAL



17 PESSOAS QUE EXPERIENCIAM PERTURBAÇÕES MENTAIS SÃO PERIGOSAS



18 AS DOENÇAS MENTAIS NÃO ME ATINGEM

Sessão 3



Sessão 4

Contos Clínicos
Por: Michael Dickinson

Contos Clínicos

" NENHUM CONTO CLÍNICO É UMA REPRODUÇÃO TOTAL OU APROXIMADA DE UMA HISTÓRIA REAL. ESTA PERSONAGEM É FICTÍCIA, FOI VAGAMENTE CONSTRUÍDA A PARTIR DE SITUAÇÕES CLÍNICAS, MAS NÃO REPRESENTA DE FORMA ALGUMA UMA PESSOA REAL NEM REPRODUZ UMA HISTÓRIA REAL. EM CONTEXTO CLÍNICO TODOS OS CASOS SÃO TRATADOS COM CONFIDENCIALIDADE TOTAL. "

Reflexão e perguntas:

1. O CONTO FALA SOBRE O QUÊ?
2. QUEM É O/A PROTAGONISTA DO CONTO?
3. QUE SENTIMENTOS/EMOÇÕES ESTÃO PRESENTES NA PERSONAGEM?
4. COMO É QUE A PERSONAGEM PENSA E AGE?
5. PORQUE É QUE A PERSONAGEM PENSA E AGE DESSA FORMA?
6. COMO ACABOU O CONTO?
7. QUE APRENDIZAGEM RETIRAS DO MESMO?
8. QUE PARTE ACHASTE MAIS INTERESSANTE/ TE MARCOU MAIS?
9. O QUE FARIAS SE TIVESSES ALGUÉM PRÓXIMO NESSA SITUAÇÃO? E SE FOSSES TU?

ATÉ À PRÓXIMA!

Sessão 6

Dopamina

"Hormona do prazer"

- Música
- Completar tarefas
- Obter recompensas
- Aprender
- Novas experiências

Serotonina

"Hormona da felicidade"

- Ar livre e puro/ natureza
- Meditar/ Yoga
- Cardio
- Luz solar
- Alimentação (triptofano)



A minha
D.O.S.E.
diária de
SAÚDE MENTAL

Ocitocina

"Hormona do amor"

- Contacto físico
- Tempo de qualidade
- Ato de generosidade
- Elogios
- Brincar com/acariciar um animal


Endorfinas

"Hormona do alívio da dor"

- Dançar
- Exercício Físico
- Rir
- Chocolate preto



Sessão 7



MENÚ DO BEM-ESTAR

ENTRADA

ANDAR E RESPIRAR	5 MINUTOS
Inspirar, expirar. Sentir o fluxo da nossa respiração.	
AS MINHAS EMOÇÕES	15 MINUTOS
Eu sinto-me assim quando...	

PRATOS PRINCIPAIS

BOLINHAS ANTI-STRESS (DIY)	15 MINUTOS
Construir bolinhas para alívio do stress com materiais como os balões, a farinha e o funil.	
REFLEXÃO	25 MINUTOS
Quem sou eu? Exercício coletivo "E a vida é boa" Atividade de gratidão	
ESCUTAS?	15 MINUTOS
Exercício de escuta ativa.	

SOBREMESA

MEDITAÇÃO DE RELAXAMENTO	5 MINUTOS
Prática de meditação guiada para relaxar e aumentar a concentração e o foco.	

BOM PROVEITO!

Bárbara Gomes
Estágio Educação Social (2º Ciclo)

PENSA EM QUEM TU ÉS. COMO É A TUA MANEIRA DE SER, COMO GOSTAS DE TE VESTIR, O QUE GOSTAS DE FAZER, O QUE MAIS APRECIAS EM TI. AGORA PASSA-O PARA O PAPEL- ESCRIBE OU DESENHA ESSE AUTO-RETRATO AQUI EM BAIXO.

ANOTA NA FOLHA AS TRÊS NOTÍCIAS MAIS FELIZES DA TUA VIDA. ANOTA NA FOLHA TRÊS COISAS PELAS QUAIS TE SENTES GRATO/A.

ESCREVE ABAIXO AS TUAS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES QUE TE VOU FAZER.

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8-

Apêndice C- Grelha da observação estruturada não participante

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DA DINÂMICA DA TURMA/AULA			
Composição da turma			
Número de alunos	Total	Rapazes	Raparigas
Alunos com NEE	Sim	Não	Número
Duração da aula			
Espaço da sala de aula			
Como está organizado o espaço da sala de aula?			
O espaço da aula é adequado quanto ao tamanho, luminosidade, circulação do ar, mobiliário?	Sim	Não	
Estratégias educativas			
Materiais (ex. computador, telemóvel, projetor, outros aparelhos)	Disponíveis	Usados	
Tipos de atividades (ex. expositivas, de leitura/escrita, de grupo)	Maioria		
	Exceção		
Participação na aula/ envolvimento com o conteúdo leccionado			

A maioria dos alunos...	Mostra interesse e participa na aula	Demonstra desinteresse e está distraído
A maioria dos alunos...	Participa quando é oportuno, criando um bom ambiente de trabalho para todos	Tem conversas paralelas e prejudica o curso normal da aula
	Sim	Não
A maioria dos alunos desempenha as atividades propostas		
Clima de turma/ Interação na sala		
	Sim	Não
No geral, existem boas relações entre os colegas?		
	Sim	Não
Os alunos trabalham bem em grupo e cooperam uns com os outros?		
	Frequentes	Poucas
Atitudes de entre-ajuda		

Os alunos ouvem (e falam) com os colegas e professor/a com respeito e empatia	Muitas vezes	Raramente
Conflitos interpessoais	Frequententes	
	Raros	
	Não existem	
Outras Observações		

Apêndice D- QuaLisMental versão digital (no *Google Forms*)

Seção 2 de 4

QuaLisMental: Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

Este questionário, designado de QuALiSMental, constitui a versão portuguesa de um instrumento de avaliação da literacia em saúde mental (Loureiro, Pedreiro, & Correia, 2012), que foi adaptado a partir da versão para adolescentes e jovens do *Survey of Mental Health Literacy in Young People - Interview Version*.

Serve para caracterizar a tua opinião e entendimento relativamente a algumas questões de saúde, ou dito de outra forma, a tua literacia em saúde mental.

Ao aceitares responder a este questionário deves ler todas as questões e preencher cada questão conforme as diretrizes, clicando na resposta que achas mais adequada quando te é solicitado, ou ainda manifestando a tua opinião em questões para o efeito. Não há respostas certas ou erradas, apenas a tua opinião.

Género *

Idade *

Habilitações Literárias do Pai *

Habilitações Literárias da Mãe *

Profissão do pai *

Profissão da mãe *

1. Na tua opinião, o que é que se passa com a Joana? (Podes assinalar várias respostas). *

- Não sei
- Não tem nada
- Depressão
- Esquizofrenia
- Psicose
- Doença mental
- Bulimia
- Stresse
- Esgotamento nervoso
- Abuso de substâncias (ex.: álcool)
- É uma crise própria da idade
- Problemas psicológicos/mentais/emocionais
- Anorexia
- Tem um problema
- Alcoolismo
- Ansiedade
- Outro (Especifica qual)
- Outra opção...

2. Se estivesses a viver actualmente uma situação como a da Joana, procurarías ajuda? *

- Sim
- Não
- Não sei

3. Se pedisses ajuda, com quem falarías em primeiro lugar? (Selecciona apenas uma opção). *

- Mãe
- Pai
- Amigo(a)
- Namorado(a)
- Professor
- Profissional de saúde (ex. médico de família)

4. Em que medida te sentes confiante para pedir ajuda a essa(s) pessoa(s)? *

- | | | | | | | |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Nada confiante | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Muitíssimo confiante |

5. Das seguintes frases, indica as que consideras úteis ou prejudiciais para dizer a alguém que esteja na situação da Joana.

Assinala para cada uma a tua opinião.

5.1. Todos temos dias assim, amanhã vais sentir-te melhor! *

- Útil
- Prejudicial

5.2. A vida é injusta connosco, não estás tão mal como pensas! *

- Útil
- Prejudicial

5.3. Tens tudo, não tens motivo nenhum para andares assim! *

- Útil
- Prejudicial

5.4. És superior a isso, eu conheço-te bem! *

- Útil
- Prejudicial

5.5. Tens que aprender a lidar com os teus problemas! *

- Útil

5.6. A forma como te tens comportado não é correta! *

- Útil
- Prejudicial

5.7. É necessário andares com a vida para a frente, a tua vida continua! *

- Útil
- Prejudicial

5.8. Também já passei por isso... já estive no teu lugar! *

- Útil
- Prejudicial

5.9. Tenta esquecer esses sentimentos, isso ainda é negativo e faz-te mal! *

- Útil
- Prejudicial

5.10. O teu distanciamento vai-te fazer que as pessoas também se afastem! *

- Útil
- Prejudicial

5.11. Andas triste, mas isso passa! Triste é que não se melhora, de certeza! *

- Útil
- Prejudicial

5.12. Preocupas-me, sabes? *

- Útil
- Prejudicial

5.13. Mete a tristeza para trás das costas! *

- Útil
- Prejudicial

5.14. Há tanta gente com problemas piores que os teus! *

- Útil
- Prejudicial

5.15. Não tenhas pena de ti mesma(o)! *

- Útil
- Prejudicial

5.16. Se saíres de casa vais sentir-te logo melhor! *

- Otil
- Prejudicial

5.17. Precisas colocar um sorriso nesses lábios! *

- Otil
- Prejudicial

5.18. Tens que ser forte! Tu consegues... é tudo "força de vontade"! *

- Otil
- Prejudicial

5.19. Tens que reagir... assim não melhoras! *

- Otil
- Prejudicial

5.20. Procura manter-te ocupada para que não penses! *

- Otil
- Prejudicial

5.21. Passa à frente! *

- Otil
- Prejudicial

6. Em que medida te sentes confiante para ajudar a Joana? *

Nada confiante 1 2 3 4 5 Mutíssimo confiante

7. São apresentadas de seguida diferentes opções que podias utilizar para ajudar a Joana.
Assinala para cada uma a tua opinião.

7.1. Ouvir os seus problemas de forma compreensiva *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

7.2. Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

7.3. Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado *

- Útil
- Prejudicial

- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

7.4. Marcar uma consulta no Médico de Família com o seu conhecimento *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

7.5. Perguntar se tem tendências suicidas *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

7.6. Sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

7.7. Reunir o grupo de amigos para a animar *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

7.8. Não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

7.9. Mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

7.10. Incentivá-la a praticar exercício físico *

- Útil
- Prejudicial

8. Existem diferentes pessoas e profissionais de saúde que poderão ajudar a Joana.
Assinala para cada um a tua opinião.

8.1. Um médico de família *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma nem outra
- Não sei

8.2. Um professor *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma nem outra
- Não sei

8.3. Um psicólogo *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma nem outra
- Não sei

8.4. Um enfermeiro *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma nem outra
- Não sei

8.5. Um assistente social *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma nem outra
- Não sei

8.6. Um psiquiatra *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma nem outra
- Não sei

8.7. Um serviço telefónico de aconselhamento *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma nem outra
- Não sei

8.8. Um familiar próximo *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma nem outra
- Não sei

8.9. Um amigo significativo *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma nem outra
- Não sei

8.10. Resolver sozinha os seus problemas *

- Útil
- Prejudicial

9. Dos seguintes medicamentos/produtos quais, na tua opinião, seriam úteis ou poderão ajudar a Joana.
Assinala para cada um a tua opinião.

9.1. Vitaminas *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

9.2. Chás (Exs.: Camomila ou Hipericão) *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

9.3. Tranquilizantes/Calmantes *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

9.4. Antidepressivos *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

9.5. Anti-psicóticos *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

9.6. Comprimidos para dormir *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

10. Existem diferentes actividades que poderão ajudar a Joana.
Assinala para cada uma a tua opinião.

10.1. Fazer exercício físico *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

10.2. Praticar treino de relaxamento *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

10.3. Praticar meditação *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

10.4. Fazer acupunctura *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

10.5. Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

10.6. Fazer terapia com um profissional especializado *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

10.7. Consultar um site que contenha informação sobre o problema *

- Útil
- Prejudicial

- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

10.8. Ler um livro de auto-ajuda sobre o problema *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

10.9. Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

10.10. Procurar ajuda especializada de saúde mental *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

10.11. Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

10.12. Fumar para relaxar *

- Útil
- Prejudicial
- Nem uma coisa nem outra
- Não sei

11. Achas que o risco de desenvolver uma situação como a da Joana reduziria se os jovens:
Descrição (opcional)

11.1. Praticassem exercício físico *

- Sim
- Não
- Não sei

11.2. Evitassem situações geradoras de stresse *

- Sim

11.3. Mantivessem o contacto regular com amigos *

- Sim
- Não
- Não sei

11.4. Mantivessem o contacto regular com a família *

- Sim
- Não
- Não sei

11.5. Não utilizassem drogas *

- Sim
- Não
- Não sei

11.6. Não bebessem bebidas alcoólicas *

- Sim
- Não
- Não sei

11.7. Praticassem actividades relaxantes regularmente *

- Sim
- Não
- Não sei

11.8. Tivessem uma crença religiosa ou espiritual *

- Sim
- Não
- Não sei

12. As próximas questões contêm afirmações acerca da situação da Joana.
Indica a tua opinião PESSOAL para cada afirmação.

12.1. Se a Joana quisesse poderia sair desta situação por si *

- | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Concordo totalmente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Discordo totalmente |

12.2. A situação da Joana é um sinal de fraqueza pessoal. *

- | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Concordo totalmente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Discordo totalmente |

12.3. Esta situação não é uma doença verdadeira. *

	1	2	3	4	5	
Concordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discordo totalmente

12.4. A Joana é perigosa para os outros. *

	1	2	3	4	5	
Concordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discordo totalmente

12.5. A melhor forma de evitar desenvolver uma situação como a da Joana é afastar-me dela *

	1	2	3	4	5	
Concordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discordo totalmente

12.6. A situação da Joana torna-a uma pessoa imprevisível *

	1	2	3	4	5	
Concordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discordo totalmente

12.7. Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação da Joana *

	1	2	3	4	5	
Concordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discordo totalmente

Alguém na tua família ou círculo próximo de amigos esteve numa situação similar à da Joana? *

- Sim
- Não

Se sim, receberam alguma ajuda ou tratamento de profissionais especializados nessas situações?

- Sim
- Não
- Não sei

Apêndice E- Declaração de consentimento informado para os/as Encarregados/as de Educação

Exmo/a Sr./a Encarregado/a de Educação,

Eu, Bárbara Gomes, aluna do mestrado de Educação Social da Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve, venho por este meio solicitar a autorização de V. Ex^a. para a participação do seu/sua educando/a no projeto SOCIALMente a decorrer no presente ano letivo 2022/2023, na Escola Básica 2/3 Dr. José Jesus Neves Júnior, em parceria com a Associação Sê Mais Sê Melhor e com a Universidade do Algarve.

No âmbito do projeto mencionado acima, pretende-se desenvolver um trabalho junto da turma com vista à sensibilização e educação para a saúde mental, cujo principal objetivo é promover o desenvolvimento da literacia em saúde mental. A participação neste projeto, como prevista, permitirá a aquisição de conhecimentos e competências específicas no domínio da saúde mental, nomeadamente, ser capaz de aceder, compreender e empregar informação relativa a este aspeto da sua saúde e dos outros. Simultaneamente, pretende-se promover a consciência dos jovens para a importância deste tema e do combate ao estigma associado ao mesmo.

A realização do projeto implica a recolha de dados, como:

- observar a turma e o contexto de sala de aula e fazer anotações pertinentes;
- avaliar os conhecimentos dos participantes em certos domínios da literacia em saúde mental numa primeira e última estância através de um questionário;
- registar por escrito e visualmente as atividades dinamizadas e os trabalhos produzidos ao longo do projeto;
- obter feedback dos alunos relativamente ao impacto do projeto.

O questionário que será utilizado para testar os conhecimentos dos participantes é o “QuaLisMental”, um instrumento adaptado e validado cientificamente para utilização com jovens da população portuguesa. Este irá ser divulgado em formato digital aos alunos, os quais terão instruções para o preencherem durante o período letivo.

Nota: A menos que solicitado, o questionário não será facultado aos Encarregados de Educação, de modo a evitar o viés dos participantes serem influenciados/as nas suas respostas.

Os dados fornecidos pelo/a seu/sua educando/a serão exclusivamente usados para fins do estudo em causa. Além disso, é garantido a todos/as os/as participantes sigilo quanto às suas identidades e confidencialidade dos dados fornecidos.

A participação neste projeto não tem quaisquer custos envolvidos e não requer participação fora do horário letivo.

A participação é totalmente voluntária e tanto V. Ex^a. como o/a seu/sua educando/a podem decidir deixar de participar em qualquer momento, sem quaisquer consequências negativas. Caso assim o decidam, os dados recolhidos serão automaticamente destruídos e não serão usados para quaisquer outros efeitos. Contudo, o sucesso deste projeto depende da participação do maior número de jovens, pelo que a sua colaboração é muito importante.

Atenciosamente e grata pela sua atenção,

(Bárbara Gomes)

Link de acesso: <https://forms.gle/GK28HSgr7ih8org86>.

Apêndice F- Declaração de consentimento informado para os participantes

Pré-intervenção

Estimado/a aluno/a

A promoção de literacia em saúde mental é um serviço urgente para a promoção da saúde e prevenção de doenças mentais. Literacia em saúde mental é o termo que define o "conhecimento e crenças sobre doenças mentais, que facilitam o seu reconhecimento, gestão e prevenção" (Jorm et al., 1997). Uma vez que a saúde mental alberga em si, muito mais que a ausência de doença, é igualmente importante promover competências com vista ao alcance e manutenção da saúde mental.

A incidência de perturbações mentais nos jovens adolescentes, a falta de sensibilização e de informação, bem como a disseminação de desinformação sobre este tema na sociedade atual, justifica a necessidade urgente de educar grupos desta faixa etária para a saúde mental.

Assim, o processo socioeducativo poderá beneficiar a emancipação pessoal e social dos jovens, através da compreensão, reconhecimento e desenvolvimento de competências no domínio da saúde mental, com implicações cruciais na prevenção e gestão da saúde mental e no combate ao estigma associado à doença mental.

Este projeto de investigação visa desenvolver a literacia em saúde mental dos jovens através de uma intervenção no âmbito da Educação Social. É desenvolvido no âmbito do Mestrado em Educação Social da Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve, e conta com a supervisão da Professora Dra. Emília Costa.

Tem como principais objetivos:

1. Sensibilizar e educar os jovens para a saúde mental e doenças mentais;
2. Promover competências que permitam aos jovens aceder, compreender e empregar conhecimentos no domínio da saúde mental;
3. Consciencializar os jovens para as implicações pessoais e sociais das doenças mentais;
4. Reformular crenças sobre a saúde e a doença mental;
5. Desconstruir o estigma associado à doença mental.

O preenchimento deste questionário, demora, aproximadamente 20 minutos. Chamamos a atenção que só deves responder uma vez a este questionário.

Declaramos assim que:

1. Os propósitos deste estudo são puramente académicos/científicos, os seus resultados contribuirão para uma melhor compreensão sobre as estratégias socioeducativas

utilizadas no desenvolvimento de literacia em saúde mental no público-alvo. O estudo levar-se-á a cabo em conformidade com a Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo, que estabelecem critérios éticos internacionais no domínio da investigação com pessoas.

2. A participação no estudo é completamente voluntária e qualquer participante o pode abandonar em qualquer momento, não necessitando de dar explicações e sem quaisquer consequências negativas para o mesmo.

3. De acordo com a Lei nº 58/2019 de 8 de agosto relativa à execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento Geral de Proteção de Dados, toda a informação recolhida neste estudo é confidencial e não se utilizará para outros fins que não os do estudo e divulgação dos seus resultados.

4. Se necessitares informação adicional podes contactar-nos pessoalmente, às investigadoras deste projeto, nomeadamente, Estudante Bárbara Gomes e Professora Dra. Emília Costa, pelo telefone ou por correio eletrónico.

Considero que recebi toda a informação necessária sobre o estudo "A Educação Social no desenvolvimento de literacia em saúde mental".

- Entendo perfeitamente que a minha participação é voluntária e que sou livre de participar ou não no estudo.
- Sou livre de me retirar do estudo em qualquer momento que o deseje.
- Informaram-me que todos os dados obtidos neste estudo são confidenciais e serão tratados em conformidade com a Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto relativa à execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento Geral de Proteção de Dados.
- Informaram-me que a informação obtida será apenas utilizada para os fins específicos deste estudo e divulgação dos seus resultados.

Tomei conhecimento dos termos do estudo de investigação: "A Educação Social no desenvolvimento de literacia em saúde mental" e desejo participar no mesmo.

Depois de ter lido com atenção a informação prévia, aceito livremente participar no estudo " A Educação Social no desenvolvimento de literacia em saúde mental".

Autorizo expressamente o tratamento dos meus dados pessoais para efeitos da realização do Estudo, estando consciente dos termos e finalidades de tratamento dos meus dados pessoais e de que posso exercer os meus direitos de proteção de dados, nomeadamente os direitos de informação, acesso, consulta, retificação, oposição ao tratamento, ou apagamento, contactando com o responsável da equipa do projeto através do endereço de correio eletrónico.

Aceito também os termos das Políticas de Proteção de Dados do Google Forms.

ANEXOS

Anexo I- Autorização do autor do QuaLisMental para utilização na investigação

Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

▼ [Hide message history](#)

On Tue, Nov 8, 2022 at 9:46 AM luisloureiro

<[REDACTED]> wrote:

Exma Barbara de Brito Gomes

Venho deste modo comunicar que autorizo a utilização do
QuALisMental

para efeito da realização da sua dissertação.

Desejando os melhores sucessos,

Professor Luís Loureiro

▲ [Hide message history](#)

Anexo II- Parecer Favorável do EPD da UAlg

Re: Avaliação de projeto de investigação: Mestrado em Educação Social

 Translate message to: English | Never translate from: Portuguese (Brazil)



Regulamento Geral da Proteção de Dados

To: BARBARA DE BRITO GOMES

Cc: 



Tue 13/12/2022 17:55


Cara Bárbara Gomes

Na qualidade de Encarregado da Proteção de Dados da UALG e na sequência da continuidade do Vosso pedido de Parecer sobre a Conformidade RGPD do questionário no âmbito do estudo "A Educação Social no desenvolvimento de literacia em saúde mental", confirmo encontrar no estudo as condições necessárias para evitar possíveis situações que possam responsabilizar a UAlg em termos de falta de cumprimento de requisitos da conformidade de privacidade de dados conforme o RGPD e LPDP.

Este email representa parecer do EPD sobre tratamentos de dados pessoais e pode ser apresentado para Parecer da Comissão de Ética da Ualg.

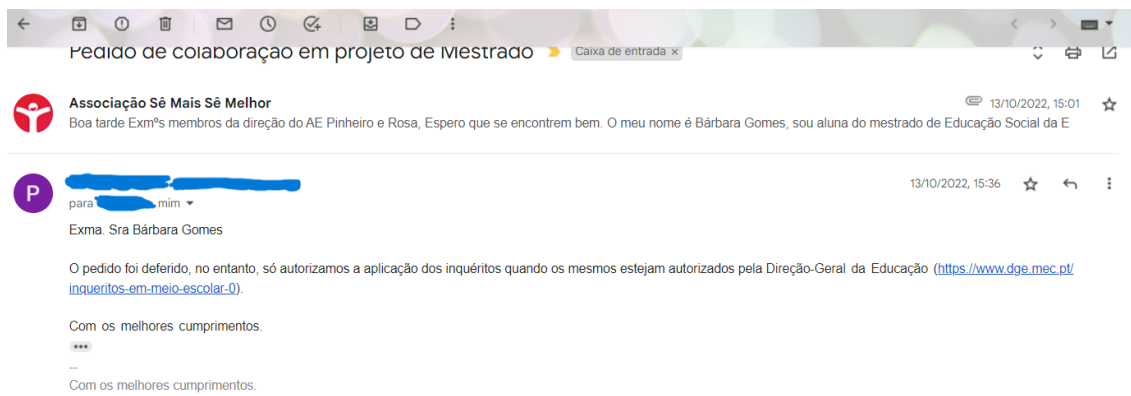
Ao dispor para eventuais esclarecimentos ou informações adicionais.

Melhores Cumprimentos

 na qualidade de EPD da UAlg

Para mais informação e guias de ajuda, aconselho vivamente consultar a área de "Proteção de Dados" na Intranet da Ualg em <https://ualgnet.ualg.pt/servicos#protecao-de-dados>.

Anexo III- Autorização da Direção do AEPR



pedido de colaboração em projeto de Mestrado

Associação Sê Mais Sê Melhor
Boa tarde Exm^s membros da direção do AE Pinheiro e Rosa, Espero que se encontrem bem. O meu nome é Bárbara Gomes, sou aluna do mestrado de Educação Social da E

13/10/2022, 15:01

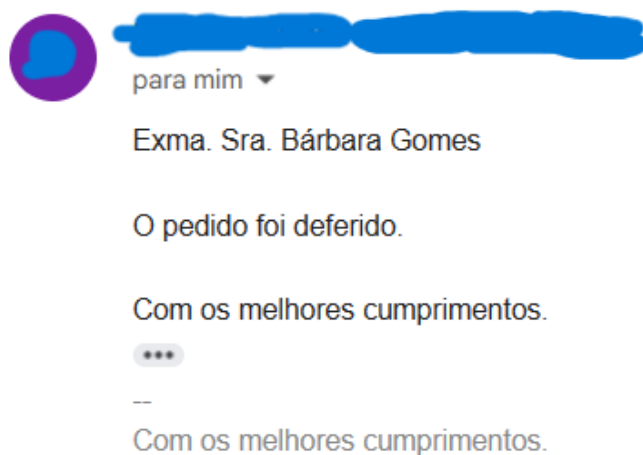
para mim

Exma. Sra Bárbara Gomes

O pedido foi deferido, no entanto, só autorizamos a aplicação dos inquéritos quando os mesmos estejam autorizados pela Direção-Geral da Educação (<https://www.dge.mec.pt/inqueritos-em-meio-escolar-0>).

Com os melhores cumprimentos.

Com os melhores cumprimentos.



para mim

Exma. Sra. Bárbara Gomes

O pedido foi deferido.

Com os melhores cumprimentos.

Com os melhores cumprimentos.