

André Bastos Antunes

**"À conversa com a Ansiedade Social": Resultados de
um estudo piloto sobre uma Intervenção inovadora
para o aumento da Literacia.**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2023

André Bastos Antunes

**"À conversa com a Ansiedade Social": Resultados de
um estudo piloto sobre uma Intervenção inovadora
para o aumento da Literacia.**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof.^a Doutora Antónia Rós



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2023

"À conversa com a Ansiedade Social": Resultados de um estudo piloto sobre uma Intervenção inovadora para o aumento da Literacia.

Declaração de autoria de trabalho

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

Assinatura

(André Bastos Antunes)

Copyright em nome de André Bastos Antunes

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

O meu percurso académico foi marcado por grandes descobertas, realizações e conquistas. Um caminho que, sem dúvida, não teria sido tão gratificante se não fosse o suporte que tenho em meu redor e as pessoas que direta e indiretamente influenciaram esta minha viagem.

Começo por agradecer à minha namorada, uma verdadeira fonte de incentivo e motivação, o alicerce que me segurou durante estes 5 anos mesmo perante os maiores desafios. Uma pessoa a quem nunca lhe foi pedido nada, mas que mesmo assim tudo deu.

Quero de seguida agradecer à minha família nuclear, o meu pai, a minha mãe, a minha avó e a minha irmã. Cada um com sua forma de apoio e ensinamentos que valeram ouro e me transformaram no homem que sou.

À minha orientadora, Prof.^a Doutora Antónia Rós, a quem agradeço o seu voto de confiança e disponibilidade para me guiar com as suas sugestões, palavras, motivação genuína para procurar a inovação. O carinho que nutre pela psicologia e a forma como transmite o seu expertise são notáveis e contagiantes.

A todos os professores da Licenciatura de Psicologia e Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde pelo gosto demonstrado em passar os conhecimentos desta grande área científica e do modelo exemplar para o futuro da Psicologia do qual eu pretendo integrar.

Aos meus colegas mais próximos, Rogério, Miguel e Gonçalo que me acompanharam desde o início da Licenciatura e que partilharam o percurso comigo, pela camaradagem, sentido de entreajuda e alegria que me proporcionaram.

Por último agradecer a todos os que participaram no meu estudo permitindo a sua realização e, acima de tudo, que possibilitaram a partilha de conhecimento científico.

A todos os que mencionei e os que, por esquecimento, não mencionei, um grande Obrigado!

Resumo

A Perturbação de Ansiedade Social (PAS) é um dos quadros psicopatológicos mais prevalentes (4% - 12%) contudo, menos de 5% desta população procura ajuda profissional e aqueles que procuram, demoram cerca de 16 anos. Na base da reduzida procura de ajuda parecem encontrar-se baixos níveis de literacia. Torna-se assim necessário dispormos de intervenções viáveis e aceitáveis com demonstrada capacidade para aumentar os níveis de literacia das populações acerca desta perturbação. Uma vez testadas, estas intervenções poderão ser aplicadas com segurança evitando o desperdício de recursos, a desmotivação e saturação com eventual efeito contrário ao desejado nas comunidades alvo destes programas.

Propusemo-nos, neste estudo, conceber e comparar a viabilidade e eficácia, num estudo piloto, de duas intervenções *online* inovadoras destinadas ao aumento da literacia na PAS. Participaram no estudo 104 indivíduos portugueses com idades compreendidas entre os 18 e 81 anos.

Foi pedido aos participantes que escutassem um *podcast* de 5 episódios, em função da condição experimental: (a) Programa literacia PAS com episódio sobre barreiras à procura de ajuda na fase inicial; (b) Programa literacia PAS com episódio sobre barreiras à procura de ajuda na fase final; e (c) Controlo.

Os resultados da comparação entre os programas revelaram que a apresentação progressiva e sequencial da informação, em que a reestruturação das barreiras se produz no fim foi mais eficaz para o aumento de conhecimento e intenção de procura de ajuda. A diminuição a curto e médio prazo do estigma pareceu beneficiar, no entanto, do programa em que a reestruturação das barreiras à procura de ajuda foi abordada na fase inicial da intervenção. Apesar da elevada mortalidade da amostra em especial dos participantes com menos intenções de procura de ajuda no pré-teste, a aceitabilidade e compreensão de ambos os programas foram excelentes. Concluimos que, num programa de aumento de literacia em PAS, a seleção e progressão de conteúdos, poderá ser realizada em função das variáveis, que integram o construto da literacia (conhecimento, estigma, atitudes, intenção e comportamento de procura de ajuda) e se propõe alterar. Os resultados do nosso estudo poderão ser replicados em ensaios clínicos controlados.

Palavras-Chave: Perturbação da Ansiedade Social; Literacia em Saúde Mental (LSM); Estigma; Procura de Ajuda.

Abstract

Social Anxiety Disorder (SAD) one of the most prevalent diagnoses (4% - 12%), however, less than 5% of this population seeks professional help and those who seek, take about 16 years to do so. The basis for the reduced demand for help appears to be low levels of literacy. It is, therefore, necessary to have viable and acceptable interventions with proven capacity to increase the literacy levels of populations regarding this disorder. Once tested, these interventions can be applied safely, avoiding waste of resources, demotivation, and saturation potential counterproductive effects in the target communities of these programs.

In this study, we aimed to design and compare the feasibility and effectiveness, in a pilot study, of two innovative online interventions aimed at increasing literacy in SAD. A total of 104 Portuguese individuals aged 18 to 81 participated in the study.

Participants were asked to listen to a 5-episode podcast based on the experimental condition: (a) SAD literacy program with an episode on barriers to help-seeking in the early phase; (b) SAD literacy program with an episode on barriers to help-seeking in the final phase; (c) Control.

The results of the comparison between the programs revealed that the progressive and sequential presentation of information, where the restructuring of barriers occurs at the end, was more effective in increasing knowledge and intention to seek help. The short- and medium-term reduction in stigma seemed to benefit, however, from the program in which the restructuring of barriers to help-seeking was addressed in the early phase of the intervention. Despite the high mortality rate in the sample, especially among participants with less intention to seek help in the pre-test, the acceptability and understanding of both programs were excellent. We conclude that, in a SAD literacy enhancement program, the selection and progression of content can be tailored based on variables that comprise the literacy construct (knowledge, stigma, attitudes, intention, and help-seeking behavior) that are intended to be altered. The results of our study could be replicated in controlled clinical trials.

Keywords: Social Anxiety Disorder (SAD); Mental Health Literacy (MHL); Stigma; Help-seeking.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Método.....	8
2.1 Participantes.....	8
2.2 Instrumentos e Materiais.....	9
2.3 Procedimento	12
2.3.1 Recolha de Dados	12
2.3.2 Análise de Dados	15
3. Resultados.....	16
3.1 Resultados de eficácia dos programas para aumento da Literacia em Ansiedade Social.....	16
3.1.1 Conhecimento	16
3.1.2 Procura de Ajuda	18
3.1.3 Estigma	20
3.2 Análise do Retenção vs. <i>Dropout</i> (mortalidade da amostra).....	23
3.3 Aceitabilidade e viabilidade da implementação dos programas	30
4. Discussão	32
5. Referências bibliográficas.....	40
ANEXOS	49

Índice de Figuras

Figura 1: <i>Esquema do procedimento experimental</i>	14
Figura 2: <i>Conhecimento sobre a PAS no pré-teste, avaliação intermédia, pós momento e follow-up da intervenção no CEA, CEB e CC</i>	18
Figura 3: <i>Análise comparativa da evolução média dos participantes das três condições (CEA, CEB e CC) na procura de ajuda total, abertura psicológica, propensão para a procurar de ajuda e indiferença ao estigma, do pré-teste ao follow-up da intervenção</i>	20
Figura 4: <i>Análise comparativa da evolução média dos participantes das três condições (CEA, CEB e CC) no estigma total, distância social, percepção de perigo, do pré-teste ao follow-up da intervenção</i>	22
Figura 5: <i>Fluxo de participantes ao longo do período experimental</i>	24

Índice de Tabelas

Tabela 1: <i>Análise das diferenças entre condições no pré-teste (Resultados do teste One-way ANOVA)</i>	16
Tabela 2: <i>Análise do Conhecimento sobre a PAS nos quatros momentos em função da Condição experimental (ANOVA fatorial mista 3x4).....</i>	17
Tabela 3: <i>Análise comparativa dos participantes das três condições (CEA, CEB e CC) na procura de ajuda total, abertura psicológica, propensão para a procurar de ajuda e indiferença ao estigma, do pré-teste ao follow-up da intervenção (ANOVA fatorial mista 3x4).</i>	19
Tabela 4: <i>Análise comparativa dos participantes das três condições (CEA, CEB e CC) no estigma total, distância social, percepção de perigo, do pré-teste ao follow-up da intervenção (ANOVA fatorial mista 3x4).</i>	21
Tabela 5: <i>Análise das diferenças entre os participantes que abandonaram a intervenção do momento pré-teste para o segundo momento (PA1) e os participantes que responderam ao segundo momento (PR1), nas variáveis em estudo (teste t para amostras independentes).....</i>	25
Tabela 6: <i>Análise das diferenças entre os participantes que abandonaram a intervenção do segundo momento para o pós-teste (PA2) e os participantes que responderam ao pós-teste (PR2), nas variáveis em estudo (teste t para amostras independentes).....</i>	26
Tabela 7: <i>Análise das diferenças entre os participantes que abandonaram a intervenção do momento pós-teste para o momento follow-up (PA3) e os participantes que responderam ao momento follow-up (PR3), nas variáveis em estudo (teste t para amostras independentes)</i>	27
Tabela 7: <i>Análise das diferenças entre o total dos participantes que abandonaram a sua participação ao longo da intervenção (PA) e os participantes que completaram a sua participação até ao momento follow-up (PC), nas variáveis em estudo (teste t para amostras independentes)</i>	29

Índice de Anexos

Anexo A. Consentimento Informado para a participação (MS Forms)	50
Anexo B. Questionário Sociodemográfico, clínico e de conhecimento da Ansiedade Social (MS Forms)	51
Anexo C. Escala de Desconforto/Ansiedade – Escala de ansiedade e Evitamento em situações de desempenho e de interação social (EAEDIS; Pinto-Gouveia et al., 2003)	59
Anexo D. Link Social Distance Scale (LSDS; Link et al., 1987)	65
Anexo E. Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help (ATSPPH; Mackenzie et al., 2004); IAPSSM; versão portuguesa por Fonseca et al., 2017)	69
Anexo F. Vinhetas clínicas (João/Joana; Jorm et al., 2007; versão portuguesa Morgado et al., 2020)	74
Anexo G. Transcrição dos episódios Podcast de Literacia de PAS	76

Índice de Siglas

PAS: Perturbação de Ansiedade Social

LSM: Literacia em Saúde Mental

EAEDIS: Escala de ansiedade e Evitamento em situações de desempenho e de interação social

LSDS: Link Social Distance Scale

DS: subescala de Distância social

PP: subescala Perceção de perigo

IAPSSM: Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental

AP: subescala de Abertura Psicológica

PPA: subescala Propensão para Procura de Ajuda

IE: subescala Indiferença ao Estigma

DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

M: Média

DP: Desvio-padrão

SPSS: *Statistical Package for Social Sciences*

CEA: Condição Experimental A

CEB: Condição Experimental B

CC: Condição de Controlo

1. Introdução

A Perturbação de Ansiedade Social é um dos quadros psicopatológicos mais prevalentes. Ao longo da vida, a sua prevalência situa-se entre os 4% e os 12,1% na população mundial (Kessler et al., 2005; Stein et al., 2017) e, nos 4,7%, em Portugal (Almeida et al., 2013; Aluh et al., 2022). Esta perturbação caracteriza-se pelo medo persistente de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo está exposto a possível avaliação negativa por parte dos outros (American Psychiatric Association, 2013).

Embora seja uma das perturbações mais prevalentes, os indivíduos com PAS solicitam, tardiamente, ajuda profissional, rondando a média temporal entre o surgimento da perturbação e a primeira procura de tratamento, os 16 anos. Globalmente menos de 5% das pessoas com PAS procura, ainda, ajuda no primeiro ano de surgimento dos sintomas (Wang et al., 2005). Quando comparado com a média internacional, a população portuguesa mostra níveis mais baixos de procura de ajuda no primeiro ano (3,8%), e o primeiro contacto com o tratamento é mais tardio (18 anos) (Almeida et al., 2013; Aluh et al., 2022).

Este atraso na procura de tratamento profissional é marcadamente superior quando a PAS tem o seu início em idades precoces, do que quando surge na idade adulta (Peyre et al., 2022). Apesar das elevadas taxas de prevalência e da existência de tratamentos empiricamente validados para esta perturbação, existe ainda uma elevadíssima percentagem de indivíduos com PAS (79,2%) que nunca recorreu a serviços de ajuda profissional (Ormel et al., 2008). A literatura indica, contudo, que o prognóstico do tratamento para a remissão total da sintomatologia da PAS, que se encontra entre os mais baixos das perturbações de ansiedade, melhora quanto mais cedo for iniciado o tratamento e quando ainda não se desenvolveram outras complicações ou comorbilidades (Rapee & Spence, 2004; Yonkers et al., 2001).

Têm sido identificadas em vários estudos algumas das barreiras mais comuns, que justificam a reduzida procura de ajuda profissional por parte dos indivíduos com perturbação mental. A primeira destas barreiras diz respeito ao escasso conhecimento/literacia sobre as perturbações psicológicas, e dos serviços e tratamentos disponíveis (Barrow & Thomas, 2022; Olfson et al., 2000). Parece existir entre a população geral uma grande dificuldade para reconhecer as queixas e sintomas como fazendo parte de uma perturbação psicopatológica (Gulliver et al., 2010).

No caso específico da PAS, apenas 1% a 3% dos jovens e jovens adultos, conseguiram nomear claramente vinhetas de PAS como “fobia social” ou “perturbação da ansiedade social” (Coles et al., 2016; Reavley & Jorm, 2011). No entanto, apesar da reduzida capacidade para identificar as vinhetas, metade dos participantes do estudo de Coles et al. (2016) informaram que aconselhariam às pessoas com a sintomatologia descrita na vinheta que procurassem ajuda profissional. Os resultados deste estudo sugerem, assim, que, para poder aconselhar alguém com PAS a procurar ajuda, pode ser mais importante o conhecimento da problemática e da importância da cronicidade dos sintomas do que a capacidade de nomear a perturbação.

Outra das barreiras prende-se com a baixa perceção de necessidade de tratamento e a preferência por lidar com o problema de forma autónoma, sem recurso a ajuda profissional. Ainda que a perceção de baixa necessidade seja esperada em casos menos severos de perturbação, este fenómeno é também observado em indivíduos com uma maior severidade de sintomas (Andrade et al., 2014).

Na PAS, o fenómeno da baixa perceção de necessidade de tratamento, pode ser explicado pelo facto de nos casos menos severos, os indivíduos identificarem os seus sintomas como sendo intratáveis e parte da sua personalidade, confundindo-os frequentemente como sendo características de timidez (Coles et al., 2014; Ruscio et al., 2008). Uma vez que a PAS é frequentemente considerada um problema social ao invés de um problema de Saúde Mental (Jorm et al., 2007), as pessoas com esta perturbação consideram ser capazes de lidar com os sintomas com recurso às próprias estratégias de *coping*.

Por outro lado, à medida que o quadro clínico se agrava, embora exista uma maior perceção de necessidade, o evitamento social característico desta perturbação inibe as intenções de procurar ajuda (McDonagh et al., 2022). Como consequência, o pedido de ajuda é adiado até ao momento em que se atinge um grau de cronicidade bastante severo (Gulliver et al., 2010; Olfson et al., 2000) ou, muito frequentemente, apenas quando surgem comorbilidades (Park et al., 2021).

Por último, uma das barreiras mais comuns e frequentemente destacadas na literatura diz respeito ao estigma associado à doença mental (Barrow & Thomas, 2022; Yap et al., 2011). Dois grandes construtos integram o estigma: o estigma público e o auto-estigma (Corrigan, 2004).

O estigma público diz respeito ao estereótipos e ideias preconcebidas da sociedade relativamente a um grupo, que está na base dos comportamentos discriminatórios direcionados ao mesmo. A maioria das pessoas considera os indivíduos com perturbação mental de forma negativa (Angermeyer & Dietrich, 2006), sendo os tipos de estigma público mais frequentes: o distanciamento social; considerar que os indivíduos com diagnóstico psicopatológico são imprevisíveis e perigosos; considerar esses indivíduos como fracos (Yap et al., 2011). O auto-estigma surge como consequência do estigma público, e é definido por Corrigan (2004), como a internalização de ideias sociais estigmatizantes que o indivíduo aceita e que diminuem a sua autoestima, autoeficácia e confiança. As pessoas preferem não procurar ajuda, para evitar o julgamento e rótulos negativos (Jorm & Wright, 2008; Yap et al., 2011).

O medo de ser discriminado por revelar uma perturbação, assim como o auto-estigma, explicam a preferência já mencionada dos indivíduos em lidar com os sintomas de forma autónoma ao invés de procurar ajuda profissional (Andrade et al., 2014; Corrigan & Wassel, 2008).

Conceber programas de intervenção destinados à redução das barreiras anteriores parece fundamental para a melhoria dos resultados das intervenções terapêuticas e o prognóstico das pessoas com quadros psicopatológicos. Neste contexto, tem sido proposto e desenvolvido o conceito de Literacia em Saúde Mental (LSM), derivado do termo, até então utilizado no ramo da saúde, “Literacia em Saúde” (Jorm et al., 1997). Esta é nomenclatura utilizada na literatura para nos referirmos não só ao conhecimento e crenças sobre perturbações mentais, como também para nos referirmos à capacidade para: procurar a informação sobre saúde mental; reconhecer as perturbações específicas; saber quais os seus fatores de risco e causas; saber onde e como procurar ajuda profissional; ter atitudes que promovam o reconhecimento e procura de ajuda adequadas.

O conceito da LSM foi mais tarde estruturado como um construto composto por quatro domínios inter-relacionados: 1) entender como obter e manter uma boa Saúde Mental; 2) entender as perturbações mentais e os seus tratamentos; 3) diminuir o estigma contra a doença mental; 4) atitudes e comportamentos de procura de ajuda (Wei et al., 2015).

Vários estudos experimentais foram realizados em diferentes contextos e populações, e demonstram alguns indícios de eficácia no aumento dos níveis de

conhecimento, estigma e procura de ajuda relacionados com as perturbações psicológicas (Amado-Rodríguez et al., 2022; Kutcher et al., 2016; Mansfield et al., 2020; Seedaket et al., 2020). Podemos identificar dois métodos fundamentais para o aumento da Literacia em Saúde Mental: psicoeducação e contacto (Corrigan & Shapiro, 2010).

A abordagem psicoeducativa na LSM envolve o processo de informar sobre a natureza das perturbações e seus tratamentos, bem como desafiar crenças irrealistas sobre a doença mental substituindo-as por informação factual, e apresenta-se como a tipologia de eleição. Contudo, apesar desta abordagem demonstrar eficácia significativa quando utilizada sozinha, existe alguma evidência de que este método poderá ser potenciado em conjunto com uma componente de contacto (Patafio et al., 2021). Neste sentido, surge a metodologia do contacto, no qual a ação na oportunidade do indivíduo para aprender e adquirir conhecimento sobre uma perturbação mental através do contacto direto ou indireto com uma pessoa que tem ou já teve a mesma perturbação mental (Corrigan & Penn, 1999). O objetivo final é substituir possíveis informações erradas, estereótipos ou crenças negativas previamente adquiridas sendo um método que se tem mostrado como um modo eficaz para aumentar a LSM, especialmente a diminuir os níveis de estigma da população (Corrigan et al., 2006).

Num estudo de Chan et al. (2009), os autores tinham como objetivo elaborar um programa de redução de estigma direcionado à esquizofrenia e para tal empregaram uma metodologia onde foram comparados entre três tipos de intervenção: educação (palestra), educação-vídeo (palestra seguida de um vídeo de contacto com uma pessoa com esquizofrenia) e vídeo-educação (vídeo de contacto seguido de palestra). Os autores verificaram que adicionar a componente de contacto à componente de educação foi significativamente mais eficaz do que o uso exclusivo de educação apenas quando o contacto foi apresentado após o momento de educação (palestra).

O investigador Tuijnman et al. (2022), criaram um vídeo-jogo didático e psicoeducativo, com uma componente de contacto com uma personagem do jogo com depressão como uma intervenção para aumentar o conhecimento, diminuir o estigma e, mais especificamente, para aumentar as intenções de procura de ajuda profissional bem como. Os resultados indicaram que existiu apenas uma diminuição significativa do estigma dos jovens em idade escolar quando comparados com a condição de controlo, não existindo diferenças ao nível do conhecimento e intenções de procura de ajuda.

Na Turquia, Gürbüz et al. (2020) estudaram a eficácia de um programa de redução de estigma especificamente relacionado com a Perturbação Obsessivo-Compulsiva, que utilizava concomitantemente uma componente psicoeducação e uma de contacto, sendo ambas realizadas em formato vídeo. Os autores demonstraram, de forma semelhante, que uma intervenção combinada com elementos psicoeducativos e de interação por contacto com uma pessoa com a uma perturbação mental têm um efeito significativo, especialmente, na redução do estigma associada à perturbação do pré-teste e *follow-up*, quando comparada com uma intervenção de controlo.

Ainda assim, uma vez que a literatura referente ao uso da metodologia de contacto é limitada (González et al., 2023), e que em alguns estudos não se observam efeitos significativos no aumento da LSM e mais especificamente na redução do estigma (Casañas et al., 2022; Chisholm et al., 2016), o efeito da componente de contacto nas intervenções de aumento da LSM. Como tal, semelhante aos estudos anteriormente referidos, procedemos ao uso de elementos psicoeducacionais e de contacto.

Contudo, a eficácia geral das intervenções de aumento LSM é de modo geral reportada como pouco significativa em várias meta-análises, ainda que existam ocasiões isoladas com resultados e estabilidade temporal positivos (Campos et al., 2018; Yamaguchi et al., 2020). O estudo da LSM, apresenta limitações que devem ser mencionadas. A falta de consenso entre autores na própria definição e medidas utilizadas para avaliar este construto impedem não só a adequada generalização dos resultados, como também a comparação de resultados entre estudos, uma vez que não existe a partilha de métodos estandardizados que empreguem a mesma definição e medidas de LSM entre eles (Amado-Rodríguez et al., 2022; González et al., 2023). Outra limitação está relacionada com o facto de a grande maioria do estudo da LSM incidir as suas intervenções somente sobre o contexto escolar e população jovem, negligenciando substancialmente o estudo de outro tipo de população alvo e meios de atuação, como o estudo na comunidade e com populações adultas (Seedaket et al., 2020). O foco exacerbado na população mais jovem e em contexto escolar pode, segundo González et al. (2023), significar a negligência do estudo destas variáveis noutros contextos, como por exemplo, do estigma que existe fora desta população-alvo e que afeta negativamente as mesmas propostas realizadas a nível escolar.

O tratamento precoce das perturbações mentais acontece quando, não só o próprio indivíduo, como também a sua rede de suporte social possui o conhecimento adequado

que permita, por um lado, identificar os sintomas presentes como parte de um quadro clínico, e por outro lado, reconhecer empaticamente, sem estigma, as consequências da condição para o seu bem-estar e quais os meios e formas disponíveis para o tratamento da mesma (Jorm et al., 1997). Esta perspetiva suscita a seguinte questão: deverá o aumento da LSM ser universalizado ao público em geral e não limitado apenas a públicos específicos?

Consideramos que tal como qualquer processo de alfabetização, o aumento da literacia de saúde mental deve ser atuado na comunidade. Desenvolver intervenções com o objetivo de dotar a população geral de melhor LSM, e que tenham a capacidade de alcançar o maior número de pessoas pode contribuir para a redução das barreiras já referidas: reduzir o estigma e antecipar e aumentar os comportamentos eficazes de procura de ajuda, aspeto fundamental para reduzir os custos emocionais, familiares, sociais e económicos e melhorar o prognóstico das pessoas com perturbações psicológicas, mais especificamente de pessoas com PAS.

Numa perspetiva psicoeducativa, ao nível da comunidade, existe um potencial promissor na utilização da *internet* e das redes sociais como importantes veículos para a universalização da literacia em saúde mental, possibilitando o alcance das intervenções ao nível da população geral (Brijnath et al., 2016). A *Internet* apresenta-se como um facilitador do acesso à informação, proporcionando uma maior variedade de informação à população fora da área da saúde.

A *Internet* pode ainda estabelecer-se como uma ponte entre o indivíduo e os serviços de saúde, especialmente para os que tradicionalmente não os procuram e para aqueles que ao manifestarem sintomas iniciais podem receber tratamento precoce (Christensen & Griffiths, 2000). Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística (2021), a taxa de penetração de internet é de 83%, sendo que 79,5% da população utiliza a internet para participar em redes sociais e cerca de 40,8% dos portugueses utiliza internet para aprendizagem informal, evidenciando existirem as condições necessárias, no contexto português, para obter o máximo de proveito das vantagens que uma intervenção de Literacia sobre PAS online pode apresentar.

Em suma, existe uma clara discrepância entre a prevalência de PAS na população e o número de indivíduos com PAS que efetivamente procura ajuda. Esta desproporção é motivada, de acordo com a literatura, entre outros fatores, por: a incapacidade para

identificar o problema, o reduzido conhecimento sobre o impacto e a cronicidade, a preferência pelo recurso a estratégias de *coping*, o desconhecimento dos recursos de apoio psicológico eficazes no tratamento e o estigma associado à doença mental e ao uso de serviços de Saúde Mental. Estes fatores constituem-se como barreiras para a identificação e tratamento precoce da PAS e limitam o bom prognóstico das intervenções.

Graças ao aumento da preocupação a nível político pela saúde mental, tem vindo a crescer o número de iniciativas públicas e privadas (e.g., campanhas publicitárias) dirigidas de forma massiva ao aumento do conhecimento sobre as perturbações psicopatológicas. Sem o suporte empírico adequado, estas campanhas podem, no entanto, não ter efeitos e no pior dos casos ter efeitos opostos aos desejados, contribuindo para o aumento do estigma e rejeição das pessoas com perturbações psicopatológicas. Por este motivo, é essencial investigar as estratégias mais eficazes e menos iatrogénicas para o aumento da literacia nestas perturbações. Estes programas deverão conseguir aumentar o conhecimento, mas também reduzir o estigma e, sobretudo, quebrar as barreiras relativas à procura de ajuda psicológica.

Sobre a Literacia especificamente associada à PAS, apenas se sabe o nível de conhecimento dos indivíduos sobre a PAS (e.g., Coles et al., 2016), as tendências de procura de ajuda (e.g., Asher & Aderka, 2018) e do estigma associado a esta perturbação (e.g., Lynch et al., 2021; McDonagh et al., 2022; Wright et al., 2011). Na verdade, os estudos que se propuseram a desenhar uma intervenção de aumento de literacia especificamente para a PAS, são escassos (Griffiths et al., 2017). Do nosso conhecimento, não existe na literatura, por um lado, estudos que objetivem as barreiras para a procura de ajuda mais frequentemente identificadas em indivíduos com PAS, e por outro lado, uma intervenção para o aumento de literacia na PAS para a população portuguesa, muito menos em formato online. Desta forma, com base nos benefícios evidenciados anteriormente, considera-se a utilização deste meio como uma maneira mais eficiente, de baixo custo e com uma maior capacidade alcance da população que de outra forma não tem contacto com os serviços de saúde mental tradicionais.

No presente estudo é testada a eficácia a curto e médio prazo de dois programas de 5 sessões de uma intervenção de aumento da literacia em PAS aplicado através das redes sociais, distinguidos pela manipulação de uma sessão específica que incide sobre o debate das potenciais barreiras à procura de ajuda, com uma pessoa com PAS. O objetivo será compreender o potencial de mudança desta sessão nas variáveis de LSM, que, caso

se apresente como eficaz, poderá ser utilizada em exclusivo, sendo mais rentável do que o uso do programa completo.

Para o efeito foi utilizada uma abordagem psicoeducativa em conjunto com uma componente de interação com pessoas com características de PAS (contacto) por ser a combinação de metodologia que, até à data, parece mostrar mais evidências para a redução do estigma.

Iremos testar esta abordagem numa amostra reduzida da população alvo como passo prévio a um ensaio clínico controlado, com uma amostra mais extensa. A metodologia de um estudo piloto enquadra-se neste objetivo, uma que o seu propósito se baseia na avaliação de aspetos como a viabilidade de recrutamento, retenção e o procedimento envolto na implementação de uma nova intervenção como é o caso do nosso programa de literacia (Leon et al., 2011) como estágio anterior à finalidade de ser testado num estudo de larga escala.

O presente estudo pretende avaliar a viabilidade de uma versão piloto de um programa psicoeducativo e de contacto destinado aumento da literacia na PAS (aumento de conhecimento, intenção e comportamentos de procura de ajuda e redução do estigma) na população portuguesa. Os objetivos do estudo são: (a) obter dados preliminares acerca da eficácia comparada a curto e médio prazo de dois programas aplicados *online* para o aumento da literacia na PAS numa amostra da população portuguesa (b) analisar a aceitabilidade e viabilidade da implementação destes programas na amostra selecionada com recurso às novas Tecnologia da Informação e Comunicação

2. Método

2.1 Participantes

Neste estudo foi utilizada uma amostra de participantes portugueses maiores de 18 anos que foram recrutados por conveniência através de um link partilhado. O período de partilha foi de 2 meses nas redes sociais, ao qual um número de 104 pessoas. Das 104 pessoas que acederam ao *link*, 7 não aceitaram participar (**Anexo A**) e 3 não tinham nacionalidade portuguesa. O presente estudo teve a aprovação do Conselho Científico da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais e todos os procedimentos foram realizados ao abrigo das normas de ética da declaração de Helsínquia

[\(https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/\)](https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/).

Os noventa e quatro participantes da população geral portuguesa completaram os questionários da *baseline* tinham média de idades de 38.73 ($DP = 13.73$, Min = 18, Máx = 81), 54 (57%) eram do sexo feminino, sendo que a maioria dos participantes apresentava habilitações literárias ao nível do ensino superior (66%) e estava empregado a tempo inteiro (68%).

Quinze pessoas (16%) tinha diagnóstico de perturbação mental, de “Ansiedades” (46.67%) e “Depressão” (40%). Dos 94 participantes, 47 (50%) já teve contacto com pelo menos uma pessoa com diagnóstico de perturbação mental, entre os mais frequentes um “Amigo” (27.66%) ou “Outro” (48.94%), e os diagnósticos mais reportados, os do grupo das Perturbações da Depressivas (46.81%), do grupo das Perturbações Bipolares (36.17%) e do grupo das Perturbações de Ansiedade (25.53%).

Os 94 participantes foram atribuídos aleatoriamente pelas três condições experimentais, a Condição Experimental A (CEA: $N = 31$), a Condição Experimental B (CEB: $N = 30$) e a Condição de Controlo (CC: $N = 33$). Destes 94 apenas 25 participantes terminaram a intervenção e responderam ao pós-teste e 18 responderam ao *follow-up*. O fluxo da participação e *dropout* (Mortalidade da amostra) será exposta na secção dos resultados.

2.2 Instrumentos e Materiais

a) Questionário Sociodemográfico, clínico e de conhecimento da Ansiedade Social

Foi desenvolvido *ad hoc*, para este estudo, um questionário com questões sociodemográficas (e.g., idade, sexo, habilitações literárias, etc.), clínicas (e.g., história clínica e de Saúde Mental) e de conhecimento prévio da Ansiedade Social (**Anexo B**).

b) Escala de Desconforto/Ansiedade – Escala de ansiedade e Evitamento em situações de desempenho e de interação social (EAEDIS; Pinto-Gouveia et al., 2003)

Esta escala foi seleccionada para avaliar à partida possíveis diferenças entre condições em relação aos níveis de Ansiedade Social que pudessem influenciar os resultados. A escala é composta por 44 itens situações de interação social nas quais os

participantes indicam o grau de desconforto ou ansiedade que cada situação lhes provoca. Cada item é respondido com recurso a uma escala de Likert de 4 pontos, em que 1 = “Nenhum”, 2 = “Ligeiro”, 3 = “Médio” e 4 = “Severo”. A subescala utilizada para este estudo foi a de Ansiedade e apresenta uma adequada fiabilidade, com um alfa de Cronbach de 0.95 (**Anexo C**).

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

A tradução para o português europeu foi realizada pelos autores deste estudo. A escala compreende duas subescalas (“Distância social” e “Perceção de perigo”) cujo itens se referem a uma pessoa apresentada numa vinheta clínica. A subescala de **Distância social** (DS) inclui 7 itens sobre situações e contextos hipotéticos em que o participante teria de contactar com o indivíduo descrito na vinheta. Os participantes respondem o quão confortáveis se sentiriam nesse contacto através de uma escala de Likert de 4 pontos, em que 0 = “Totalmente confortável”, 1 = “Bastante confortável”, 2 = “Pouco confortável” e 3 = “Nada Confortável”. A subescala de **Perceção de perigo** (PP) é composta por 8 itens de afirmação às quais os participantes têm de indicar o seu grau de concordância com as mesmas, usando uma escala de Likert de 6 pontos, em que 0 = “Concordo totalmente”, 1 = “Concordo”, 2 = “Não tenho a certeza, mas provavelmente concordo”, 3 = “Não tenho a certeza, mas provavelmente discordo”, 4 = “Discordo” e 5 = “Discordo Totalmente”. A escala original total apresenta uma adequada fiabilidade com um alfa de Cronbach de 0.85, sendo que a versão portuguesa apresentou também consistência interna adequada ($\alpha = .80$) (**Anexo D**).

d) *Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help* (ATSPPH; Mackenzie et al., 2004); IAPSSM; versão portuguesa por Fonseca et al., 2017)

O Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM) avalia as atitudes face à procura de ajuda formal para lidar com problemas psicológicos. É composto por 24 itens que podem ser respondidos numa escala de 5 pontos (0 = Discordo a 4 = Concordo), que se organizam em três dimensões: a) **Abertura Psicológica** (AP) – grau de disponibilidade para reconhecer a presença de um problema psicológico e de procurar ajuda para esse problema; b) **Propensão para Procura de Ajuda** (PPA) – disponibilidade e capacidade percebida para procurar ajuda para problemas psicológicos; c) **Indiferença ao Estigma** (IE) – grau em que o indivíduo se sente preocupado e desconfortável caso as pessoas da sua rede social soubessem que se encontrava a receber

ajuda profissional para problemas psicológicos. A versão portuguesa apresenta uma adequada consistência interna ($\alpha = .83$). A amostra do nosso demonstrou uma consistência interna também adequada ($\alpha = .87$) (**Anexo E**).

- e) **Vinhetas clínicas** (João/Joana; Jorm et al., 2007; versão portuguesa Morgado et al., 2020)

A avaliação da literacia dos participantes, foi realizada com recurso a vinhetas clínicas cujo/a protagonista é um/a adolescente com diagnóstico de PAS. A partir da vinheta original de Jorm et al (2007) foram desenvolvidas quatro vinhetas alterando as características sociodemográficas do/a jovem, mas mantendo, nas três versões, as características fenomenológicas fundamentais da PAS: medo da avaliação negativa por parte dos outros, manifestações psicofisiológicas, interferência nas relações sociais, interferência nas atividades académicas/profissionais, comportamentos de evitamento/escape, *insight* sobre a natureza irracional dos seus medos, dificuldade para gerir emoções e comportamentos.

À semelhança do estudo desenvolvido por Chaves et al., (2021), as vinhetas clínicas foram usadas, neste estudo, para avaliar nos participantes as seguintes componentes: Reconhecimento do Problema e da Perturbação, a Perceção da Causa do Problema, Recomendação para Falar sobre o Problema, Perceção de Necessidade de Tratamento, Recomendação de Tratamento. A cotação das cinco componentes de literacia será feita dicotomicamente, ao qual será atribuído 1 ponto no caso de resposta correta e 0 em repostas incorretas, e posteriormente será criada uma variável compósita de Conhecimento sobre a PAS (**Anexo F**).

- f) **Podcast áudio**

Programa Literacia em PAS

O programa de Literacia em PAS foi elaborado e gravado em formato *podcast* (MP3) pelos autores do presente estudo. O programa completo é composto por cinco episódios (de entre 8 a 14 minutos): Episódio 1- Descrição da PAS; Episódio 2- Caso de PAS (contacto); Episódio 3- Conceptualização da PAS, Episódio 4- Tratamento da PAS, Episódio 5- Barreiras à procura de ajuda (contacto). A transcrição e *link* e acesso aos episódios encontram-se no **Anexo G**.

A opção pelo formato *Podcast* deveu-se à sua conveniência e facilidade de consumo que se distingue principalmente pela sua natureza autodirigida da aprendizagem permitindo aos utilizadores, que ouçam ao seu ritmo e em diferentes contextos como, no carro, durante o trabalho, enquanto caminham ou fazem exercício (Casares & Binkley, 2021). A procura pelos *podcasts* de saúde mental é, na sua maioria, motivada pela vontade dos ouvintes de aprenderem informações e estratégias novas, e de normalizar os problemas, demonstrando que o objetivo psicoeducativo inerente à LSM pode ser correspondido.

A cada 3 dias os participantes receberam um novo episódio, composto pela exposição de um dos conteúdos temático da nossa. Após a audição de cada episódio, os participantes responderam de imediato a 5 questões de resposta “Verdadeiro” e “Falso”, acerca dos conteúdos que acabaram de escutar, para verificar a compreensão do episódio. Os participantes recebiam *feedback* automático das suas respostas e eram aconselhados a realizar uma nova audição do episódio sempre que não alcançavam um número igual ou superior a 5 acertos nas questões de compreensão.

Programa sobre diabetes

Foi utilizado o *podcast* educativo sobre Diabetes de Coutinho e Santos (2021-2022), com a igual quantidade de episódios, duração semelhante e a mesma frequência de apresentação do programa de literacia sobre PAS, com o objetivo de introduzir os participantes da condição de controlo nas mesmas condições (procedimento experimental e ambiente) que as condições experimentais.

2.3 Procedimento

2.3.1 Recolha de Dados

Este estudo foi divulgado em várias plataformas de redes sociais como, *Instagram*, *Facebook*, *Linkedin*, *Reddit* e através do método de amostragem por conveniência as pessoas interessadas acederam ao *link* para obter mais informações sobre a participação. O processo encontra-se esquematizado na **Figura 1**. O protocolo foi disponibilizado através da plataforma *Microsoft Forms*.

1º. **Baseline:** Acedendo ao *link*, os participantes deram o seu consentimento informado. Uma vez que a participação era anónima, foi solicitado a cada pessoa que elaborasse um código de identificação para permitir a agrupamento de medidas repetidas.

Os participantes foram informados que iriam receber os episódios do *podcast* através do seu endereço de email, bem como as perguntas de compreensão.

2º. **Fase experimental:** Os 96 participantes foram aleatoriamente atribuídos a três condições (**Condição experimental A (CEA)**: programa de Literacia em PAS com o episódio Barreiras à Procura de Ajuda em terceiro lugar; **Condição experimental B (CEB)**: programa de Literacia em PAS com o episódio Barreiras à Procura de Ajuda em último lugar; **Condição de controlo (CC)**: Programa Diabetes).

Após os três primeiros episódios, foi realizada uma avaliação intermédia para avaliar os efeitos do episódio Barreiras à Procura de Ajuda e assim verificar a hipótese. No final da intervenção, após os 5 episódios, os participantes leram a vinheta clínica nº 3 (pós-teste) e preencheram novamente a bateria completa de instrumentos e responderam ainda a um questionário de satisfação para apurar a perceção dos participantes relativamente ao conteúdo e formato da intervenção. As 12 das perguntas de satisfação são de resposta aberta sobre a opinião em relação à:

1. Duração da intervenção;
2. Frequência de envio dos episódios (interações);
3. Facilidade de acesso aos conteúdos online;
4. Utilização de email como forma de envio;
5. Facilidade/dificuldade em cumprir com a escuta;
6. Questões de compreensão serem interpretadas como um modo de avaliação;
7. Interesse da temática;
8. Clareza da informação transmitida;
9. Pertinência dos temas abordados;
10. Pertinência do Contacto com pessoas com PAS;
11. Que mudanças faria ao nível da forma;
12. Que mudanças faria ao nível do conteúdo.

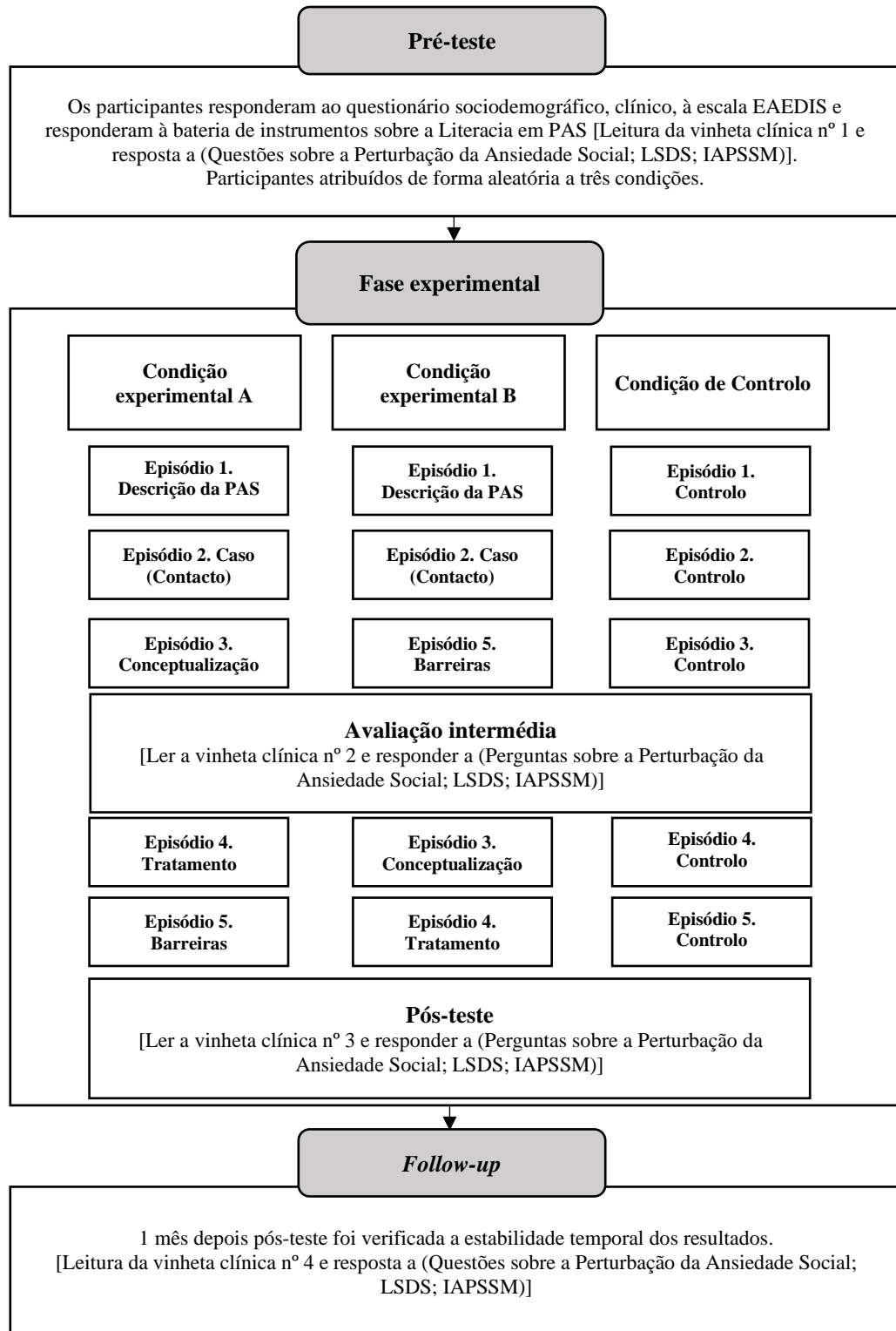


Figura 1: *Esquema do procedimento experimental.*

3º. **Terceira fase** – Com o objetivo de verificar a estabilidade temporal dos resultados, transcorrido um mês do pós-teste, os participantes leram a vinheta clínica nº4 (follow-up) e que responderam novamente à bateria de instrumentos de avaliação.

2.3.2 Análise de Dados

A análise dos resultados foi realizada com recurso ao *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 29.0 para o *Windows*. Os dados foram extraídos dos questionários online através de uma folha *Excel* e convertidos para uma base de dados do programa SPSS.

As variáveis sociodemográficas e clínicas foram analisadas com recurso à estatística descritiva (média, desvio padrão, mínimo e máximo, e percentagem).

Com o objetivo de analisar as possíveis razões do *dropout* (taxa de mortalidade da amostra), foi utilizado o teste *t* para amostras independentes (*independent samples T-Test*) para comparar as médias das variáveis quantitativas em estudo, entre a amostra de participantes que completou a intervenção e a amostra de participantes que desistiu do programa. A magnitude destas diferenças foi calculada através do *d* de Cohen. As análises das variáveis de natureza nominal foram analisadas com recurso ao teste estatístico do Qui quadrado.

A análise de variância (*One-way ANOVA*) foi realizada para calcular a diferença das médias, verificação da homogeneidade entre as três condições independentes na *baseline*, e para comparar os níveis de Compreensão do Programa dos participantes em função da condição experimental. Sempre que necessário foram realizadas análises *Post-Hoc* com recurso ao teste estatístico de *Tuckey* para compreender como as condições diferiam entre si. O *d* de Cohen foi utilizado para calcular a magnitude da diferença entre as médias com valores iguais ou maiores que .02, .05 e 0.8, para tamanhos de efeito pequeno, médio e grande, respetivamente (Cohen, 2013).

Os resultados do efeito da intervenção foram obtidos através comparação das três condições, nos três momentos (pré-teste, avaliação intermédia, pós-teste e *follow-up*), com recurso à *ANOVA* fatorial mista (3x4) e a magnitude do efeito estimada com base no *partial eta square*, com valores iguais ou maiores que .01, .06 e 0.14, para tamanhos de efeito pequeno, médio e grande, respetivamente (Cohen, 2013).

3. Resultados

3.1 Resultados de eficácia dos programas para aumento da Literacia em Ansiedade Social

Com o objetivo de avaliar a existência de diferenças prévias entre os participantes atribuídos às três condições nas variáveis idade e sintomatologia de ansiedade social, Condição Experimental A (CEA: N = 5), Condição Experimental B (CEB: N = 6) e a Condição de Controlo (CC: N = 7) à participação na tarefa, foi realizada a *One-way ANOVA*. Os resultados dessa análise apresentam-se detalhados na Tabela 1.

As variáveis de controlo não diferiram de forma significativa entre as condições experimentais, pelo que se assume a existência de igualdade no momento pré-teste.

Tabela 1

Análise das diferenças entre condições no pré-teste (Resultados do teste One-way ANOVA)

Variáveis em estudo	GEA N = 5		GEB N = 6		GC N = 7		$F_{(2,17)}$	P	η^2
	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)			
Idade	31.8	(11.05)	34	(12.71)	34.14	(13.64)	0.58	.944	.008
EAEDIS	102.4	(45.02)	83	(17.79)	107.57	(28.38)	1.078	.365	.126

Nota: *F* – ANOVA unidirecional; **p* < .05; η^2 = eta quadrado; EAEDIS = Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e de Interação social.

3.1.1 Conhecimento

Para analisar o efeito da intervenção ao longo do tempo nas variáveis de Conhecimento sobre PAS, Procura de Ajuda e Estigma, foi realizada uma ANOVA fatorial mista 3x4 para cada uma das variáveis. A condição experimental a que os participantes foram atribuídos foi considerada como variável entre condições (CEA, CEB, CC), e o momento (pré-teste, avaliação intermédia, pós-teste, *follow-up*) como variável intra sujeitos, os resultados obtidos encontram-se sintetizados na Tabela 2.

Tabela 2

Análise do Conhecimento sobre a PAS nos quatros momentos em função da Condição experimental (ANOVA fatorial mista 3x4)

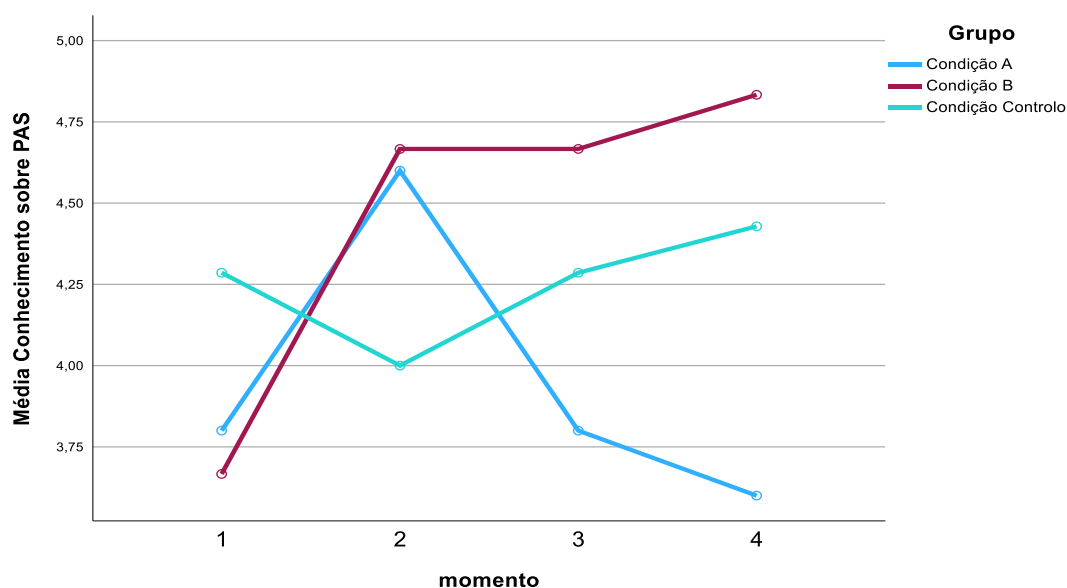
		$F_{Greenhouse-Geisser}$ (gl)	p	η_p^2
Conhecimento sobre a PAS	Momento	1.107 (1.65,24.676)	.336	.069
	Condições	0.5 (2,15)	.616	.063
	Momento*Grupos	1.5 (3.290,24.676)	.237	.167

Nota: F – ANOVA fatorial mista; $*p < .05$; η_p^2 – *partial Eta-Square*.

Os resultados da ANOVA, mostram que na variável de conhecimento sobre a PAS, apesar de não existirem efeitos significativos, o tamanho do efeito é moderado para o efeito principal do momento [$F_{Greenhouse-Geisser}(1.65, 24.676) = 1.107$, $p = .336$, $\eta_p^2 = .069$] e para a condição [$F_{Greenhouse-Geisser}(2,15) = 0.5$, $p = .616$, $\eta_p^2 = .063$] e elevado para a interação [$F_{Greenhouse-Geisser}(3.290, 24.676) = 1.5$, $p = .237$, $\eta_p^2 = .167$], indicando que as diferenças na variável conhecimento podem ser explicadas pela manipulação experimental. Recorrendo ainda à inspeção visual do gráfico de interação da Figura 2, observa-se uma tendência crescente do conhecimento sobre a PAS na condição B ao longo do tempo, enquanto na condição A o aumento de conhecimento acontece apenas do momento pré-teste para o segundo momento, apresentando uma diminuição dos níveis de conhecimento sobre PAS posteriormente.

Figura 2

Conhecimento sobre a PAS no pré-teste, avaliação intermédia, pós momento e follow-up da intervenção no CEA, CEB e CC.



3.1.2 Procura de Ajuda

É possível verificar a existência de um efeito principal significativo do fator condição no total do instrumento que avalia as atitudes de procura de serviços de saúde mental [$F_{Greenhouse-Geisser}(2,15) = 3.908, p = .043, \eta_p^2 = .343$], contudo, apesar de não existir de efeito principal significativo, existe um tamanho efeito moderado do momento nesta variável [$F_{Greenhouse-Geisser}(1.102,16.526) = 1.468, p = .246, \eta_p^2 = .089$] e um tamanho de efeito grande da interação do momento em função da condição [$F_{Greenhouse-Geisser}(2.204, 16.526) = 1.216, p = .325, \eta_p^2 = .140$], sugerindo que as alterações observadas, nos níveis de procura de ajuda, poderão ser explicadas pela nossa manipulação experimental. A análise das subescalas do instrumento IAPSSM mostra um tamanho moderado do efeito da interação entre o momento e a condição nas três dimensões (abertura psicológica, indiferença ao estigma e propensão para a procura de ajuda).

Através da inspeção visual dos gráficos que mostram a interação da variável procura de ajuda nos diferentes momentos (Figura 3a), podemos verificar que o resultado obtido pelos participantes no total do instrumento que avalia as atitudes de procura de serviços de saúde mental aumentou em todas as condições do momento pré-teste para o segundo momento. Do segundo momento para o pós-teste, este total diminuiu de forma acentuada apenas nos participantes da condição A (que ouviram o episódio do podcast

destinado às barreiras para a procura de ajuda na sessão 3), mantendo-se estável nos participantes da condição de controlo e os da condição B.

A mesma tendência se verifica relativamente às das subescalas deste instrumento com uma diferença apenas na dimensão de abertura psicológica (Figura 3b), na qual verificamos que a condição B apresenta um aumento constante ao longo dos momentos da intervenção.

Tabela 3

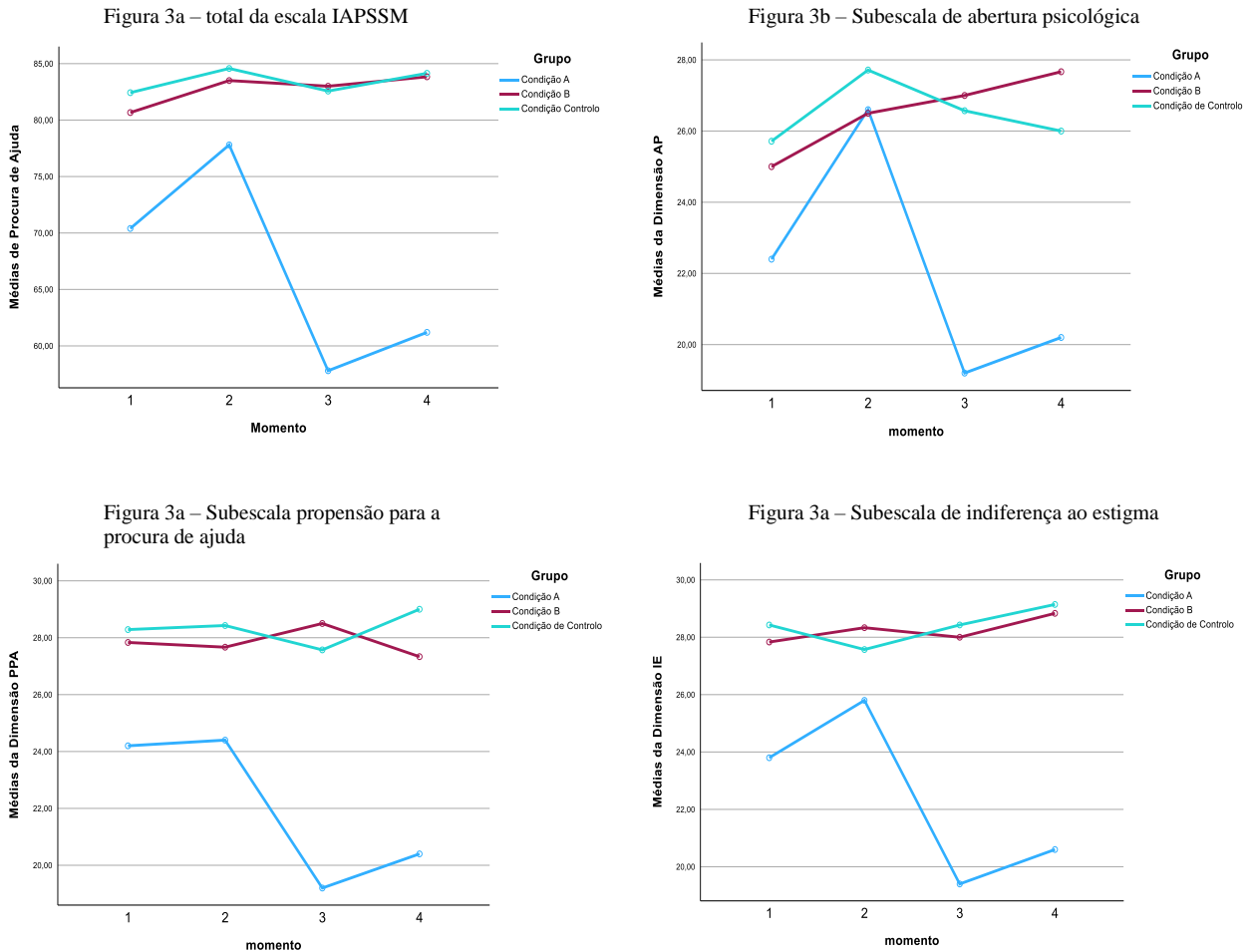
Análise comparativa dos participantes das três condições (CEA, CEB e CC) na procura de ajuda total, abertura psicológica, propensão para a procurar de ajuda e indiferença ao estigma, do pré-teste ao follow-up da intervenção (ANOVA fatorial mista 3x4).

		$F_{\text{Greenhouse-Geisser}}$ (gl)	p	η_p^2
Procura de Ajuda (Total: IAPSSM)	Momento	1.468 (1.102,16.526)	.246	.089
	Condições	3.908 (2,15)	.043*	.343
	Momento*Grupos	1.216 (2.204,16.526)	.325	.140
Subescala AP	Momento	1.427 (1.286,19.291)	.255	.087
	Condições	1.845 (2,15)	.192	.197
	Momento*Grupos	1.084 (2.572,19.291)	.372	.126
Subescala PPA	Momento	0.791 (1.641,24.616)	.442	.050
	Condições	2.764 (2,15)	.095	.269
	Momento*Grupos	0.859 (3.282,24.616)	.484	.103
Subescala IE	Momento	0.731 (1.292,19.378)	.437	.046
	Condições	3.354 (2,15)	.063	.309
	Momento*Grupos	1.171 (2.584,19.378)	.341	.135

Nota: F – ANOVA fatorial mista; $*p < .05$; η_p^2 – *partial Eta-Square*. IAPSSM = Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental; AP = subescala de Abertura Psicológica; PPA = subescala de Propensão para Procura de Ajuda; IE = subescala Indiferença ao Estigma.

Figura 3

Análise comparativa da evolução média dos participantes das três condições (CEA, CEB e CC) na procura de ajuda total, abertura psicológica, propensão para a procurar de ajuda e indiferença ao estigma, do pré-teste ao follow-up da intervenção.



3.1.3 Estigma

Da forma semelhante, na variável de estigma, foram obtidos tamanhos de efeito moderado de efeito principal do momento [$F_{\text{Greenhouse-Geisser}}(1.893, 28.392) = 1.344, p = .276, \eta_p^2 = .082$] e elevado no efeito da interação [$F_{\text{Greenhouse-Geisser}}(3.786, 28.392) = 1.208, p = .329, \eta_p^2 = .139$] apresentados na Tabela 4. Através da análise individual das duas subescalas que compõe o instrumento LSDS, podemos afirmar uma magnitude de efeito elevada da interação na subescala de distância social [$F_{\text{Greenhouse-Geisser}}(4.343, 32.569) = 1.694, p = .171, \eta_p^2 = .184$] e próximo de elevado da interação na subescala e percepção de perigo [$F_{\text{Greenhouse-Geisser}}(2.763, 20.722) = 1.070, p = .379, \eta_p^2 = .125$].

Recorrendo à inspeção visual do gráfico de interação presente na Figura 4a, é possível observar que do primeiro momento para o segundo momento, a condição A, que

já tinha escutado o episódio alvo do contacto sobre as barreiras à procura de ajuda (3º episódio) mostrou uma tendência descendente, ainda que não significativa, dos níveis de estigma. Já a condição B, que só escutou este episódio após o segundo momento de avaliação apenas registou uma descida dos níveis de estigma do segundo para o terceiro momento.

Na análise dos gráficos das subescalas é perceptível que a descida verificada no nível de estigma na condição A se deve principalmente à diminuição de intenções distanciamento social (Figura 4b).

Tabela 4

Análise comparativa dos participantes das três condições (CEA, CEB e CC) no estigma total, distância social, percepção de perigo, do pré-teste ao follow-up da intervenção (ANOVA fatorial mista 3x4).

		$F_{\text{Greenhouse-Geisser}}$ (gl)	p	η_p^2
Estigma (Total: LSDS)	Momento	1.344 (1.893,28.392)	.276	.082
	Condições	0.252 (2,15)	.781	.032
	Momento*Grupos	1.208 (3.786, 28.392)	.329	.139
Subescala DS	Momento	2.956 (2.171,32.569)	.062	.165
	Condições	0.260 (2,15)	.774	.033
	Momento*Grupos	1.694 (4.343,32.569)	.171	.184
Subescala PP	Momento	0.123 (1.381,20.722)	.809	.008
	Condições	0.157 (2,15)	.856	.020
	Momento*Grupos	1.070 (2.763,20.722)	.379	.125

Nota: F – ANOVA fatorial mista; $*p < .05$; η_p^2 – *partial Eta-Square*; LSDS = *Link Social Distance Scale*; DS = subescala Distância Social; PP = subescala Percepção de Perigo;

Figura 4

Análise comparativa da evolução média dos participantes das três condições (CEA, CEB e CC) no estigma total, distância social, percepção de perigo, do pré-teste ao follow-up da intervenção.

Figura 4a – Total da escala LSDS

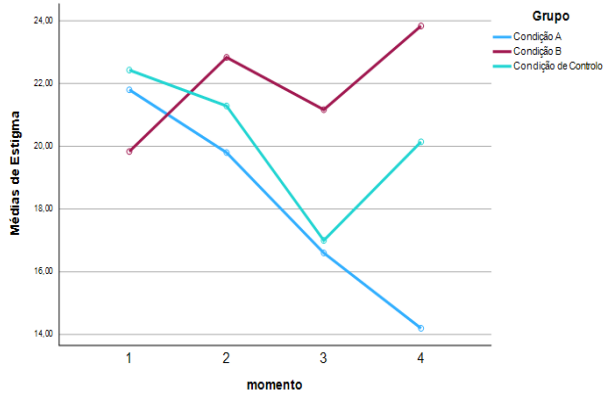


Figura 4a – Subescala de distância social

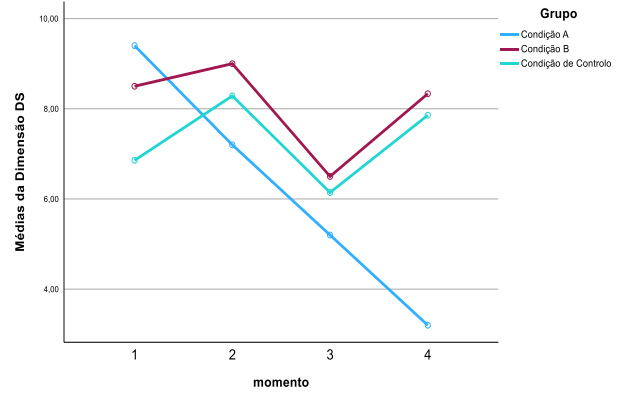
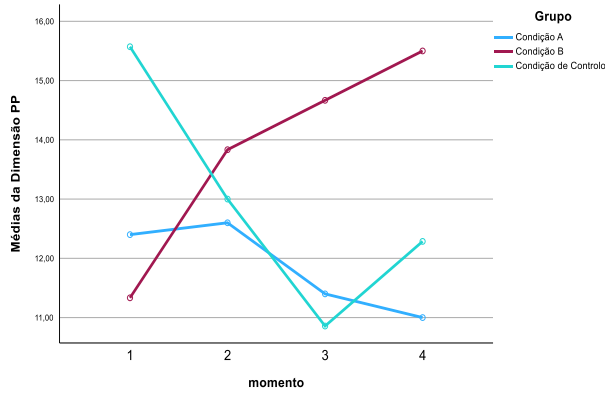


Figura 4a – Subescala de Percepção de perigo



3.2 Análise do Retenção vs. Dropout (mortalidade da amostra)

Para cálculo da taxa de retenção dos participantes, uma vez que a partilha do recrutamento foi feita pelas redes sociais, e não foi possível obter os dados de alcance das publicações, realizadas nas redes sociais, considerámos três tipos de participantes: aqueles que, respondendo aos instrumentos do pré-teste, responderam ao primeiro momento da tarefa de investigação (pré-teste), os que concluíram a participação até ao momento pós-teste e os que responderam quando contactados para uma avaliação de *follow-up*.

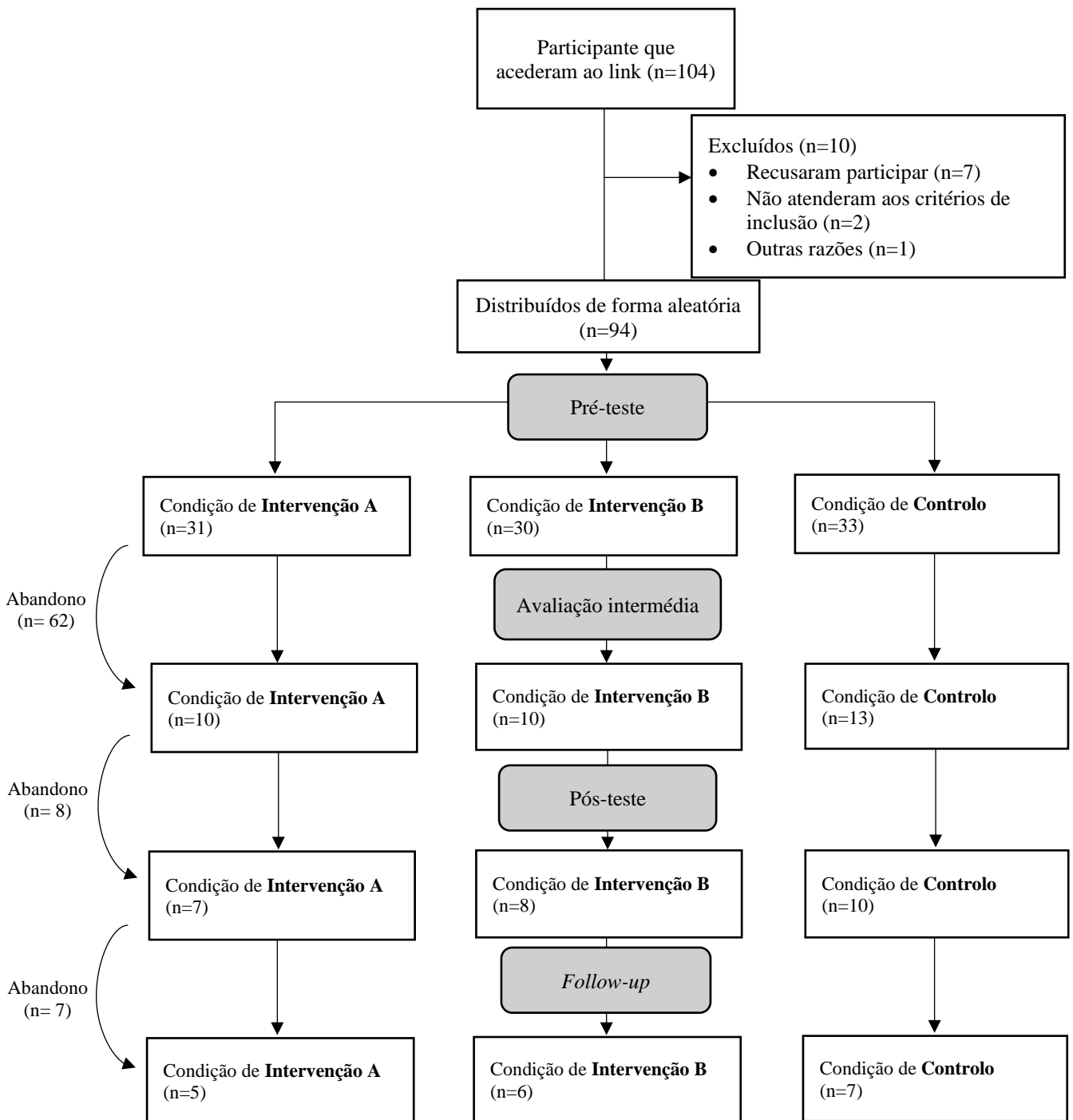
No primeiro momento, das 97 pessoas que acederam ao link e consentiram participar, duas não cumpriram os critérios de inclusão e outra foi considerada inválida, restando 94 indivíduos que preencheram a bateria de questionários e instrumentos da *baseline*. Destes 94 participantes apenas 33 responderam ao 2º momento de avaliação, o que corresponde a uma capacidade Retenção no momento pré-teste foi de apenas 31.7%, que corresponde aos participantes que iniciaram o período experimental.

Dos 33 participantes que iniciaram o período experimental, 25 participantes (26.6%) completaram a intervenção, e 18 (19%) responderam ao *follow-up*. O fluxo de participantes encontra-se detalhado na **Figura 5**.

Para uma análise mais compreensiva dos possíveis fatores explicadores da baixa taxa Retenção vs Dropout, foram realizadas comparações entre a amostra de participantes que respondeu a cada momento da intervenção vs. a amostra de participantes que desistiu da intervenção antes do respetivo momento, em todas as variáveis em estudo. Os dados foram analisados através do teste T para amostras independentes (*Independent samples T-test*) no caso das variáveis quantitativas e o qui-quadrado para as variáveis qualitativas. As médias e desvios-padrão, bem como o valor dos testes e magnitude dos efeitos, encontram-se detalhados em cada tabela.

Figura 5

Fluxo de participantes ao longo do período experimental.



Do momento pré-teste para o segundo momento de avaliação, em relação à variável procura de ajuda verificam-se diferenças significativas sendo que os participantes que responderam ao segundo momento tinham significativamente mais intenções de procura de ajuda pré-teste ($t_{[92]} = 2.134, p = .017, d$ de *Cohen* = .464), do que os participantes que abandonaram. Os resultados encontram-se apresentados na Tabela 5.

Tabela 5

Análise das diferenças entre os participantes que abandonaram a intervenção do momento pré-teste para o segundo momento (PA1) e os participantes que responderam ao segundo momento (PR1), nas variáveis em estudo (teste t para amostras independentes)

Variáveis em estudo	PR1 N = 32		PA1 N = 62		$t_{(92)}$	p	d
	M	(DP)	M	(DP)			
CPAS	3.38	(1.29)	3.02	(1.26)	1.298	.198	.282
Idade	35.44	(14.69)	40.44	(13)	1.689	.095	.368
IAPSSM	76.5	(9.75)	70.32	(14.78)	2.134	.017*	.464
AP	23.38	(4.65)	21.24	(6.48)	1.654	.102	.36
PPA	26.25	(4.38)	25.21	(6.27)	1.886	.063	.41
IE	26.88	(4.31)	25.49	(6.04)	1.528	.130	.301
LSDS	20.88	(8.64)	24.15	(8.69)	1.732	.087	.32
DS	7.69	(4.67)	9.03	(4.39)	1.377	.172	.3
PP	13.19	(6.90)	15.11	(6.68)	1.309	.097	.285
EAEDIS	93.09	(25.92)	88.26	(24.50)	0.889	.376	.194

Nota: t = teste *T-Student* para amostras independentes; $*p < .05$; $d = d$ de *Cohen*; CPAS = Conhecimento sobre PAS; IAPSSM. = Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental; AP = subescala de Abertura Psicológica; PPA = subescala de Propensão para Procura de Ajuda; IE = subescala Indiferença ao Estigma; LSDS = *Link Social Distance Scale*; DS = subescala Distância Social; PP = subescala Percepção de Perigo; EAEDIS = Escala de ansiedade e Evitamento em situações de desempenho e de interação social.

Quando comparados os participantes que responderam ao momento de avaliação pós-teste com os participantes que abandonaram a intervenção anteriormente não se verificaram diferenças significativas, como descrito na Tabela 6.

Tabela 6

Análise das diferenças entre os participantes que abandonaram a intervenção do segundo momento para o pós-teste (PA2) e os participantes que responderam ao pós-teste (PR2), nas variáveis em estudo (teste t para amostras independentes)

Variáveis em estudo	PR2 <i>N</i> = 25		PA2 <i>N</i> = 8		<i>t</i> ₍₃₀₎	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	(<i>DP</i>)	<i>M</i>	(<i>DP</i>)			
CPAS	3.52	(1.05)	2.86	(1.95)	0.864	.416	.518
Idade	33.56	(11.94)	42.14	(21.87)	0.997	.352	.593
IAPSSM	76.92	(9.38)	75	(11.63)	0.445	.653	.194
AP	23.56	(4.61)	22.71	(5.09)	0.42	.678	.180
PPA	26.8	(4.65)	24.29	(4.75)	1.258	.218	.538
IE	26.56	(4.31)	28	(4.79)	0.763	.451	.326
LSDS	20.96	(9.17)	20.57	(7.04)	0.103	.918	.044
DS	7.44	(5.01)	8.57	(3.31)	0.228	.579	.24
PP	13.52	(7.28)	12	(5.69)	0.509	.615	.218
EAEDIS	95.04	(27.90)	86.14	(16.83)	0.798	.431	.341

Nota: *t* = teste *T-Student* para amostras independentes; *d* = *d* de *Cohen*; CPAS = Conhecimento sobre PAS; IAPSSM. = Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental; AP = subescala de Abertura Psicológica; PPA = subescala de Propensão para Procura de Ajuda; IE = subescala Indiferença ao Estigma; LSDS = *Link Social Distance Scale*; DS = subescala Distância Social; PP = subescala Percepção de Perigo; EAEDIS = Escala de ansiedade e Evitamento em situações de desempenho e de interação social.

Relativamente à comparação dos participantes que responderam ao momento de avaliação *follow-up* com os participantes que abandonaram a intervenção após o momento pós-teste, verificaram-se diferenças com um tamanho de efeito moderado na variável de intenções de procura de ajuda ($t_{[23]} = 1.375$, $p = .182$, *d* de *Cohen* = .612) sendo tendo os participantes que responderam ao follow-up mais intenções de procura de ajuda à priori do que os participantes que abandonaram a intervenção.

De forma semelhante, os participantes que responderam tinham mais conhecimento prévio sobre a PAS do que os participantes que abandonaram com um tamanho de efeito moderado ($t_{[23]} = 1.6$, $p = .123$, d de Cohen = .713).

Uma magnitude de efeito elevada verifica-se na dimensão de abertura psicológica ($t_{[23]} = 1.812$, $p = .083$, d de Cohen = .807) na qual os participantes que responderam apresentavam mais abertura psicológica para a procura de, do que os participantes que abandonaram a intervenção. Os valores estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7

Análise das diferenças entre os participantes que abandonaram a intervenção do momento pós-teste para o momento follow-up (PA3) e os participantes que responderam ao momento follow-up (PR3), nas variáveis em estudo (teste t para amostras independentes)

Variáveis em estudo	PR3 <i>N</i> = 18		PA3 <i>N</i> = 7		<i>t</i> ₍₂₃₎	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	(<i>DP</i>)	<i>M</i>	(<i>DP</i>)			
CPAS	3.72	(0.83)	3	(1.41)	1.6	.123	.713
Idade	33.44	(11.96)	33.86	(12.84)	0.076	.94	.034
IAPSSM	78.5	(9.25)	72.86	(9.12)	1.375	.182	.612
AP	24.56	(4.34)	21	(4.58)	1.812	.083	.807
PPA	27	(5.02)	26.29	(3.86)	0.338	.738	.151
IE	26.94	(3.75)	25.57	(5.74)	0.707	.486	.315
LSDS	21.39	(8.84)	19.86	(10.62)	0.368	.726	.164
DS	8.11	(5.14)	5.71	(4.54)	1.078	.292	.48
PP	13.28	(7.51)	14.14	(7.15)	0.262	.796	.117
EAEDIS	97.94	(31.26)	87.57	(16.02)	0.829	.416	.369

Nota: *t* = teste *T-Student* para amostras independentes; *d* = *d* de *Cohen*; CPAS = Conhecimento sobre PAS; IAPSSM. = Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental; AP = subescala de Abertura Psicológica; PPA = subescala de Propensão para Procura de Ajuda; IE = subescala Indiferença ao Estigma; LSDS = *Link Social Distance Scale*; DS = subescala Distância Social; PP = subescala Perceção de Perigo; EAEDIS = Escala de ansiedade e Evitamento em situações de desempenho e de interação social.

Como análise adicional, para evidenciar possíveis diferenças significativas acerca da amostra total que abandonou a sua participação e os participantes que completaram na íntegra os programas, decidimos proceder a uma comparação entre estes.

Os participantes que completaram o programa na sua totalidade registaram maiores níveis de conhecimento sobre a PAS ($t_{[92]} = 2.205, p = .030, d \text{ de } Cohen = .578$) do que os participantes que abandonaram a participação no programa, no momento pré-teste.

Em relação à variável das intenções de procura de ajuda total verificaram-se diferenças significativas, sendo que os participantes que completaram a intervenção tinham significativamente mais Intenções de Procura de ajuda pré-teste ($t_{[92]} = 2.156, p = .034, d \text{ de } Cohen = .565$), do que os participantes que abandonaram a sua participação. Numa análise mais detalhada das subescalas do instrumento de procura de ajuda (abertura psicológica), foi detetada a mesma tendência, uma vez que os participantes que completaram a intervenção tinham significativamente mais abertura para procura ajuda para problemas psicológicos ($t_{[92]} = 2.078, p = .041, d \text{ de } Cohen = .545$), do que os participantes que abandonaram.

Tabela 7

Análise das diferenças entre o total dos participantes que abandonaram a sua participação ao longo da intervenção (PA) e os participantes que completaram a sua participação até ao momento follow-up (PC), nas variáveis em estudo (teste t para amostras independentes)

Variáveis em estudo	PC N = 18		PA N = 76		$t_{(92)}$	p	d
	M	(DP)	M	(DP)			
CPAS	3.72	(0.83)	3	(1.33)	2.205	.030*	.578
Idade	33.44	(11.96)	39.99	(13.89)	1.841	.069	.482
IAPSSM	78.5	(9.25)	70.99	(14.05)	2.156	.034*	.565
AP	24.56	(4.34)	21.36	(6.17)	2.078	.041*	.545
PPA	27	(5.02)	24.13	(5.96)	1.888	.062	.495
IE	26.94	(3.75)	25.5	(5.89)	0.990	.325	.260
LSDS	21.39	(8.84)	23.42	(8.76)	0.883	.379	.232
DS	8.11	(5.14)	8.68	(4.38)	0.483	.63	.127
PP	13.28	(7.51)	14.74	(6.62)	0.819	.415	.215
EAEDIS	97.94	(31.26)	878	(23.06)	1.531	.129	.401

Nota: t = teste *T-Student* para amostras independentes; $*p < .05$; $d = d$ de *Cohen*; CPAS = Conhecimento sobre PAS; IAPSSM. = Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental; AP = subescala de Abertura Psicológica; PPA = subescala de Propensão para Procura de Ajuda; IE = subescala Indiferença ao Estigma; LSDS = *Link Social Distance Scale*; DS = subescala Distância Social; PP = subescala Perceção de Perigo; EAEDIS = Escala de ansiedade e Evitamento em situações de desempenho e de interação social.

Para melhor compreender os motivos da desistência, solicitámos aos participantes que desistiram que dessem a sua opinião sobre a intervenção e a principal causa da sua desistência. Apenas 12 dos 69 participantes que desistiram responderam a este questionário. Destes 12 participantes, 4 pensaram ter respondido a tudo que era necessário, 3 reportaram falta de disponibilidade, 2 esqueceram-se de participar e 2 afirmaram ser muito extenso.

3.3 Aceitabilidade e viabilidade da implementação dos programas

Com o objetivo de avaliar a compreensão dos participantes sobre o conteúdo dos temas apresentados em cada um dos episódios do programa, foram construídos questionários compostos por 5 perguntas de Verdadeiro e Falso com pontuação máxima de 5 pontos. Primeiramente avaliamos a adesão dos participantes aos questionários através da análise das percentagens de resposta e posteriormente recorreu-se ao cálculo da média de pontuação nos questionários relativamente ao total de acertos possível (total = 5) em cada condição experimental (CEA e CEB) e condição de controlo (CC).

A adesão às perguntas de compreensão foi medida através da frequência de respostas dadas aos 5 questionários correspondentes aos 5 episódios que compõe o programa. A adesão aos questionários nas três condições experimentais, foi maior na CEB (100%), seguida da CC (96%) e por fim, com menor adesão a CEA (82.86%). A compreensão do conteúdo mostrada pelos participantes das três condições ($M_{CEA} = 4.34$; $DP = 0.61$; $M_{CEB} = 4.58$; $DP = 0.35$ e $M_{CC} = 4.63$; $DP = 0.25$) não apresentou diferenças significativas ($F_{\text{Welch}} [2,11.49] = 0.685$; $p = .523$).

Para analisar a aceitabilidade dos participantes ao nosso programa foi aplicado um questionário de satisfação, ao qual responderam apenas 12 pessoas dos 15 participantes atribuídos às condições experimentais (CEA: $N = 7$; CEB: $N = 8$).

Nas questões de duração da intervenção, frequência do envio de episódios, facilidade em cumprir com a escuta dos episódios, utilização do email para envio dos episódios, interesse do conteúdo, pertinência dos temas abordados, pertinência do contacto com pessoas com PAS, 100% das pessoas responderam positivamente e afirmando que perceberam todos estes aspetos como sendo adequados. Em relação à clareza da informação transmitida, apenas uma pessoa mencionou que algumas partes não foram tão claras (*Da parte que as pessoas tinham esse problema sim [foi claro] agora como arranjar esse problema só ficou me na cabeça que temos de ir a um terapeuta e nada mais*).

Em relação à questão da utilização de perguntas de compreensão, 6 pessoas (41%) responderam que o facto de responderem a perguntas de compreensão a seguir à escuta dos episódios fez com que se sentissem avaliadas, embora tenham interpretado esta avaliação como algo positivo (*Senti-me contente em saber que entendi bem o tema; Foi*

no sentido de perceber se a mensagem e informação passadas foram efetivamente interiorizadas; Para o fim sentia que sabia mais sobre o assunto).

No que diz respeito às 24 pessoas que responderam a sugestões de melhoria, apenas em relação à forma e conteúdo do programa, salientam-se apenas as seguintes questões:

- Duas pessoas mencionaram que, em certos aspetos do diálogo dos episódios, se notava pouca fluidez como se estivesse a ser seguido um guião.
- Três pessoas mencionaram que sentiram faltar informação (*Desenvolver mais o que uma pessoa que não o psicólogo, um amigo por exemplo, pode fazer para lidar/ajudar pessoas com ansiedade social; Perceber o porquê do aparecimento destas perturbações, Aprofundar mais a conversa sinto que só estiveram a raspar na superfície*)

4. Discussão

A Perturbação de Ansiedade Social (PAS) é um dos diagnósticos psicopatológicos mais prevalentes (Almeida et al., 2013; Kessler et al., 2005; Stein et al., 2017), e uma das que menos comportamentos de procura de ajuda regista (Almeida et al., 2013; Aluh et al., 2022; Wang et al., 2005). Para combater a reduzida procura de ajuda, que se observa também relativamente a outras psicopatologias, têm sido propostos programas de aumento/promoção da Literacia em Saúde Mental (Jorm, 2000; Jorm et al., 1997; Kutcher et al., 2016; Wei et al., 2015), numa tentativa de aumentar o conhecimento, diminuir o estigma e aumentar a procura de ajuda associados às perturbações mentais (Amado-Rodríguez et al., 2022; Corrigan et al., 2012; Salazar de Pablo et al., 2020; Seedaket et al., 2020).

Conceber programas de intervenção destinados à redução das barreiras já mencionadas parece fundamental para a melhoria dos resultados das intervenções terapêuticas e o prognóstico das pessoas com quadros psicopatológicos. Tal como qualquer processo de alfabetização, o aumento da literacia de saúde mental deve almejar atingir a totalidade dos indivíduos de uma comunidade. Só assim se torna possível promover o aumento dos comportamentos eficazes de procura de ajuda precoces, e reduzir os custos emocionais, familiares, sociais e económicos associados ao atraso no início de tratamento.

O presente estudo propôs-se a comparar o piloto, a viabilidade e eficácia de dois programas sobre Literacia na Perturbação da Ansiedade Social aplicados *online* para aumento do conhecimento e das atitudes, intenções e comportamentos de procura de ajuda e redução do estigma, destinados à população geral portuguesa.

De forma específica, quisemos saber se o aumento do conhecimento e redução do estigma e o conseqüente aumento da procura de ajuda poderia ser alcançado de forma rápida e eficaz através de uma ação dirigida à eliminação das barreiras para a procura de ajuda psicológica que seguiria à informação sobre a caracterização fenomenológica da Perturbação ou se, pelo contrário, esta informação acerca da redução das barreiras teria um maior efeito se fosse transmitida no seguimento de um programa completo para aumento da literacia na PAS (fenomenologia, conceptualização teórica e tratamento). Ademais quisemos testar a estabilidade temporal dos resultados nas variáveis em estudo.

Verificámos que a reestruturação das barreiras de procura de ajuda numa fase final de um programa, foi mais eficaz a curto e médio prazo para aumentar os níveis de conhecimento sobre a PAS e as intenções de procura de ajuda gerais. Ou seja, uma apresentação progressiva e sequencial da informação (descrição da perturbação, modelos explicativos, tratamento e redução de barreiras) parece ser a mais eficaz para o aumento do conhecimento e procura de ajuda geral do que ouvir um episódio para reestruturação cognitiva das barreiras precocemente. No caso da variável de intenções de procura de ajuda, esta organização mostrou-se mais eficaz em aumentar a dimensão mais específica de abertura psicológica nos participantes, isto é, o grau em que o indivíduo está disponível para reconhecer a presença de um problema psicológico e de procurar ajuda para esse problema.

Uma explicação para o efeito negativo constatado na apresentação do episódio sobre as barreiras numa fase inicial, pode prender-se ao facto de esta organização poder conduzir a uma saturação e desmotivação relativamente aos conteúdos que se seguem (conceptualização teórica da perturbação e tratamento), impossibilitando assim a manutenção do efeito do episódio alvo.

Apesar da atribuição aleatória dos participantes às condições experimentais os participantes das condições A e B, no pré-teste apresentavam um menor conhecimento e menos intenção de procura de ajuda do que os participantes da condição de controlo, o que pode explicar o facto de os níveis da condição de controlo serem semelhantes ao da condição B.

No entanto, a reestruturação das barreiras de procura de ajuda na fase inicial do programa apresentou-se como mais eficaz na diminuição do estigma em relação à PAS. O fenómeno torna-se mais evidente quando analisamos a dimensão de distância social, definida pela intenção que um indivíduo tem de evitar outro por estigma em relação à sua perturbação, que diminui de forma constante ao longo dos momentos. Este resultado pode também estar associado ao efeito exclusivo do episódio de reestruturação das barreiras de procura de ajuda, uma vez que também no programa onde este episódio surge no final, existe uma diminuição do estigma imediatamente a seguir, apesar desta não perdurar a médio prazo. A dimensão de percepção de perigo não registou a mesma diminuição, contudo este estigma está mais associado a perturbações como a esquizofrenia onde o estereótipo de pessoa perigosa é mais comum, não sendo um estigma característico da PAS.

Observámos então uma tendência encorajadora de diminuição relativa à variável de estigma que poderá estar relacionada com a nossa manipulação de episódio de barreiras à procura de ajuda, de forma semelhante aos resultados de estudos anteriores em que foi usado o Contacto em articulação com a Psicoeducação (Corrigan & Shapiro, 2010; Griffiths et al., 2014). Um estudo experimental a grande escala poderá analisar a eficácia com maior potência e explorar a interação dos métodos de Contacto e de Psicoeducação, com o objetivo de entender qual a melhor forma de manipular, com sucesso, cada uma das componentes da Literacia em Saúde Mental.

A elaboração de um programa de aumento da literacia em PAS direcionado à população geral tem o objetivo de alcançar não só o indivíduo que tem esta perturbação, como o indivíduo que poderá na sua vida desenvolver sintomas e os indivíduos da rede de suporte social do indivíduo. A habilidade de retenção e de controlo do *dropout* pré-teste neste estudo demonstrou-se fraca com uma taxa de retenção pré-teste de apenas 31.7%. Consideramos a possibilidade de, ao não ter sido descrito e salientado de forma clara todo o procedimento experimental, os participantes não tenham tomado total consciência do que lhes era pedido e do compromisso necessário para a realização da totalidade da experiência. Desta forma, muitos dos participantes que acederam e responderam à *baseline* podem não ter a predisposição e intenção de participar num processo experimental com vários momentos de aprendizagem e avaliação.

Adicionalmente, ao questionarmos os participantes que desistiram, das razões do abandono da intervenção, recebemos relatos de que alguns participantes se esqueceram de participar e outros que ficaram confusos ao pensar que tinham respondido a todos os momentos de avaliação, fenómenos que não foram contemplados à priori. Recomenda-se que, em estudos futuros, seja considerado um método semelhante ao usado por Chaves et al. (2022) no qual a equipa de investigação, perante um abandono por parte de um participante, considera uma forma de contacto entre o participante e um técnico, de forma personalizada através de comunicação telefónica ou de forma partilhada através de um fórum online onde os participantes são encorajados a continuar a sua participação e podem esclarecer dúvidas que existem.

Foram também identificadas algumas variáveis comuns entre o perfil dos participantes que abandonou o programa. Identificámos na análise, por um lado, que ao longo dos momentos de avaliação, os participantes que abandonavam a intervenção eram mais velhos, e por outro lado, os participantes que prosseguiram com a sua participação

e eventualmente a completaram na íntegra, apresentavam à priori significativamente mais Intenções de Procura de Ajuda, mais especificamente abertura psicológica para aceitar o ato de procurar ajuda profissional para problemas de saúde mental.

Uma das explicações assenta na ideia de que a população mais velha pode ser menos conhecedora e habilidosa com as Tecnologias de Informação e Comunicação, e como tal ter mais dificuldades para compreender e navegar os materiais *online*, culminando numa menor predisposição para completar este tipo de intervenções. Na mesma linha de raciocínio, é importante mencionar um viés de seleção identificado neste estudo à semelhança de uma meta-análise de Wantland et. al (2004), onde foram comparadas intervenções *online* com intervenções não-*online*, que reporta que indivíduos menos familiarizados com uso de computadores e *internet* irão evitar à partida intervenções desta tipologia, e em contrapartida a amostra será composta desequilibradamente por pessoas com maior nível de habilidade tecnológica, dificultando a generalização dos resultados.

A segunda diz respeito aos níveis de Intenções de Procura de Ajuda que identificámos serem mais elevadas naqueles que completaram a intervenção quando comparados com os que a abandonaram. O padrão identificado no presente estudo remete para um fenómeno anteriormente descrito por Eysenbach (2005), com o nome de “*sigmoid attrition curve*”. Este fenómeno é frequentemente identificado em estudos experimentais de programas *online* e *eHealth* e preconiza o processo de recrutamento e retenção como apresentando 3 fases. Existe uma primeira fase (fase de curiosidade) em que os participantes aderem e permanecem a participar no estudo por curiosidade, uma segunda fase (fase de rejeição) onde se verifica a maior mortalidade da amostra explicada pela realização de que o programa não coincide com as suas expectativas, e uma terceira fase (fase estável) em que se verifica uma redução acentuada da mortalidade e verificamos uma amostra de participantes que se mantém estável que podemos identificar como os participantes que estão motivados. Consequentemente, ao avaliarmos apenas os participantes mais motivados (que completaram a intervenção) estamos a incorrer novamente num viés de seleção, existindo uma grande probabilidade da nossa análise não identificar eventuais diferenças de resultados que seriam observadas nos participantes desmotivados.

Um dos pontos fortes do nosso piloto diz respeito aos níveis de aceitabilidade e compreensão da intervenção. Foi demonstrada boa aceitabilidade e compreensão da

estrutura, forma e conteúdos da nossa intervenção. Estes resultados são encorajadores de que uma intervenção online em formato *Podcast* destinada à população geral, uma vez ultrapassadas as dificuldades de recrutamento e retenção, poderá ser uma forma eficiente de transmitir um programa de aumento de LSM de forma clara e com baixo custo. Salienta-se que o *feedback* foi recolhido através de questionários com respostas abertas e curtas e que grande parte dos participantes respondeu apenas “sim” ou “não” sem desenvolver a razão da sua resposta. Para uma avaliação mais detalhada e fiel da opinião dos participantes, o método já referido do contacto telefónico pode ser a solução adequada.

Ainda assim, os participantes reportaram, unanimemente, facilidade em aceder conteúdos do programa assim como interesse nas temáticas sobre a PAS, de forma semelhante aos reportados em estudos anteriores sobre a utilização do *podcast* como veículo de psicoeducação para a saúde mental (Caoilte et al., 2023).

O nosso estudo tem algumas limitações que merecem atenção e devem ser solucionadas aquando do desenho de um estudo de eficácia a grande escala. A primeira e mais importante diz respeito ao tamanho da amostra que foi muito reduzido mesmo para um estudo piloto. Para o presente estudo, a divulgação do recrutamento de participantes foi feita apenas em redes sociais privadas e sem recurso à monetização de publicidade para aumentar o seu alcance a um público maior. Num posterior estudo experimental controlado, poderão ser considerados métodos de potenciação do alcance para além da monetização de publicidade, como por exemplo, através do uso de redes sociais dedicadas ao estudo e parcerias com organizações sociais que possibilitem o acesso a um maior número de pessoas da comunidade.

O estudo da LSM pretende alcançar exatamente a população que possui menos Literacia e que está menos motivada, ou neste caso específico, que apresenta menos Intenções de Procura de Ajuda. Uma vez que os indivíduos que apresentam menos intenções de Procura de Ajuda, são aqueles que maior benefício e maior potencial de mudança obterão ao nível do nível das intenções, atitudes e comportamentos de Procura de Ajuda, evidenciando a prioridade que o estudo da LSM deve assumir em criar intervenções mais atraentes para esta população. Como já mencionado, o presente estudo não atingiu este objetivo pelo que recomendamos o desenvolvimento de técnicas de motivação externa para controlar o recrutamento e evitar o *dropout*, como a apresentação de algum tipo de incentivos e recompensas ou a utilização de um procedimento

experimental que contemple à partida tendências de alta mortalidade amostral e as consiga contornar.

Ademais, associado ao reduzido tamanho da amostra realçamos o uso do método de amostragem por conveniência e recomendação a terceiros. Desta forma, é necessária cautela ao retirar conclusões, não só ao nível da eficácia do programa em mudar conhecimento e intenções, como também ao nível da exequibilidade do procedimento especialmente quando o objetivo final é a sua aplicação ao nível da população geral. A interpretação dos resultados deverá ser feita sempre tendo em conta os constrangimentos de generalização associados a uma amostra reduzida e um recrutamento deste tipo.

Uma segunda limitação prende-se pelo facto de no estudo da LSM, os instrumentos utilizados para avaliar a procura de ajuda, e o estigma serem universais e poderem não ser os mais apropriados uma vez que não são específicos para a PAS. No caso específico do instrumento de estigma, por exemplo, uma das subescalas diz respeito à Perceção de Perigo, um tipo de estigma que está frequentemente associada a perturbações como a esquizofrenia, o que não é o caso da PAS que possui outros tipos de estigma próprios. Esta diferença no tipo de estereótipos e crenças que estão associadas à PAS pode ser fundamental no entendimento do estigma específico desta perturbação, fator que reforça a necessidade de personalizar os instrumentos ao contexto em que são utilizados.

Existe evidência limitada de quais são as componentes relevantes que influenciam efetivamente a diminuição do Estigma (estigma público e auto-estigma) e aumenta as intenções, atitudes e comportamentos de Procura de Ajuda, limitação que tem origem na falta de consenso que existe em definir o conceito de Literacia em Saúde Mental (LSM) (González et al., 2023), e na falta de base teórica que suporte o desenvolvimento de medidas validadas que permitam entender a relação entre os seus domínios (Mansfield et al., 2020). Como consequência, a grande maioria dos programas de aumento de LSM e suas medidas são construídos *ad-hoc* (González et al., 2023) como é o caso do presente estudo.

Outra limitação está relacionada com a condição de controlo, que mostrou melhorias em algumas das variáveis. Numa tentativa de aproximar o formato do programa de controlo ao formato do nosso programa de intervenção foi selecionado um *podcast* educativo sobre a Diabetes e os mitos a ela associados. Os anfitriões e convidados deste

podcast podem ter demonstrado um maior profissionalismo quando comparado com ao *podcast* deste estudo, apresentando melhor qualidade de comunicação e, conseqüentemente, ter suscitado maior interesse nos participantes. Para responder a esta limitação a resposta passa por utilizar profissionais experientes no trabalho com a PAS como também ao nível da comunicação como para conduzir o *podcast* e torná-lo mais acessível, compreensível e especialmente, mais interessante.

Podemos extrair as seguintes conclusões deste estudo:

Um programa organizado de forma lógica e sequencial, na qual se apresentam primeiro os conteúdos informacionais como a descrição da perturbação seguido da conceptualização da sua fenomenologia, dos tratamentos disponíveis será mais eficaz para o aumento de conhecimento sobre a PAS e o aumento das intenções de procura de ajuda a curto e médio prazo.

De forma oposta, a apresentação e discussão da temática das barreiras à procura de ajuda na PAS numa fase inicial de um programa de literacia em PAS potencia a diminuição do estigma. Este resultado indica não só o seu potencial no contexto de num programa completo de literacia em PAS, como a sua possível eficácia para utilização exclusiva como intervenção breve de redução de estigma.

É necessário escolher qual o método mais adequado para, de forma eficaz e de baixo custo, obter as melhorias desejadas de acordo com os seus objetivos específicos e domínios da literacia a ser estudados. Uma vez que diferentes conteúdos programáticos e a sequência da sua apresentação, têm diferentes efeitos conforme a variável da literacia em questão, recomendamos que estudos futuros tenham em consideração alguns aspetos, no momento definição dos objetivos.

Por um lado, o desenho de um programa de aumento de literacia que pretende melhorar as suas várias dimensões (conhecimento, procura de ajuda e estigma) parece ser ideal representando uma solução mais completa e integrativa que pode ser utilizada em exclusivo. Contudo, a elaboração de um programa desta tipologia torna-se inconveniente, na medida em que este poderá ser contraproducente e o efeito de um conteúdo ser anulado ou influenciado por outro. Por outro lado, um programa mais breve e orientado para apenas uma das dimensões (eg., estigma) poderá ser de baixo custo e mais eficaz, uma vez que não existem de conteúdos em interferência, na melhoria dos níveis da variável específica. Ainda assim, esta abordagem responde apenas a uma das problemáticas e é

reduzora em relação ao objetivo final, que é o aumento da literacia na PAS (conhecimento, procura de ajuda e estigma) da população.

A taxa de abandono neste estudo foi muito alta, característica de programas inovadores e *online*. Para além da mortalidade amostra que por si só influencia os resultados, a principal característica comum aos participantes que abandonaram os programas foi a baixa intenção de procura de ajuda à priori. É necessário que no futuro, se utilizem métodos de motivação dos participantes de modo a aproveitar na sua totalidade o valor dos programas alcance a população que mais beneficiará de um programa de aumento de literacia. Este fenómeno introduz um problema de generalização e torna a análise dos resultados complexa uma vez que estes devem ser interpretados com cautela. No entanto, o formato de aplicação dos programas mostrou níveis de aceitabilidade e viabilidade muito satisfatórios por parte dos participantes que mostraram também compreender a informação de forma clara.

O presente estudo é, do nosso conhecimento, o primeiro estudo a analisar o impacto de uma intervenção de literacia para o aumento do conhecimento, da procura de ajuda e redução do estigma para a PAS e apresenta-se como pioneiro no estudo do aumento da literacia sobre PAS na população portuguesa.

5. Referências bibliográficas

- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Gonçalves-Pereira, M., Gusmão, R., Barahona Correa, B., Gago, J., Talina, M., & Silva, J. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1.º Relatório*. World Mental Health Surveys Initiative. http://www.ernerdm.pt/wp-content/uploads/2015/01/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- Aluh, D. O., Azeredo-Lopes, S., Cardoso, G., Pedrosa, B., Grigaitė, U., Dias, M., Xavier, M., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2022). Social anxiety disorder and childhood adversities in Portugal: Findings from the WHO world mental health survey initiative. *Psychiatry Research*, 315, 114734. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2022.114734>
- Amado-Rodríguez, I. D., Casañas, R., Mas-Expósito, L., Castellví, P., Roldan-Merino, J. F., Casas, I., Lalucat-Jo, L., & Fernández-San Martín, M. I. (2022). Effectiveness of Mental Health Literacy Programs in Primary and Secondary Schools: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Children* 2022, Vol. 9, Page 480, 9(4), 480. <https://doi.org/10.3390/CHILDREN9040480>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., De Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., ... Kessler, R. C. (2014). Barriers to Mental Health Treatment: Results from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychol Med*, 44(6), 1303–1317. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163–179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>
- Asher, M., & Aderka, I. M. (2018). Gender differences in social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 74(10), 1730–1741. <https://doi.org/10.1002/jclp.22624>

- Barrow, E., & Thomas, G. (2022). Exploring perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in adolescents: a systematic literature review. *Educational Psychology in Practice*. <https://doi.org/10.1080/02667363.2022.2051441>
- Brijnath, B., Protheroe, J., Mahtani, K. R., & Antoniadis, J. (2016). Do Web-based Mental Health Literacy Interventions Improve the Mental Health Literacy of Adult Consumers? Results From a Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, *18*(6). <https://doi.org/10.2196/jmir.5463>
- Campos, L., Dias, P., Duarte, A., Veiga, E., Dias, C. C., & Palha, F. (2018). Is it possible to “Find space for mental health” in young people? Effectiveness of a school-based mental health literacy promotion program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(7). <https://doi.org/10.3390/IJERPH15071426>
- Caoilte, N. O., Lambert, S., Murphy, R., & Murphy, G. (2023). Podcasts as a tool for enhancing mental health literacy: An investigation of mental health-related podcasts. *Mental Health & Prevention*, *30*, 2212–6570. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2023.200285>
- Casañas, R., Castellvi, P., Gil, J. J., Torres-Torres, M., Barón, J., Teixidó, M., Sampietro, H. M., Díez, M., Fernández, R., Sorli, R., Siñol, P., Jurado, F., Carreras-Salvador, R., Vazquez, D., Gonzalez, S., Martín, M. I. F. S., Raya-Tena, A., Alvarez, R., Amado-Rodriguez, I., ... Lalucat-Jo, L. (2022). The effectiveness of a “EspaiJove.net”- a school-based intervention programme in increasing mental health knowledge, help seeking and reducing stigma attitudes in the adolescent population: a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, *22*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/S12889-022-14558-Y/FIGURES/2>
- Casares, D. R., & Binkley, E. E. (2021). Podcasts as an Evolution of Bibliotherapy. *Journal of Mental Health Counseling*, *43*(1), 19–39. <https://doi.org/10.17744/MEHC.43.1.02>
- Chan, J. Y. N., Mak, W. W. S., & Law, L. S. C. (2009). Combining education and video-based contact to reduce stigma of mental illness: “The Same or Not the Same” anti-stigma program for secondary schools in Hong Kong. *Social Science & Medicine*, *68*(8), 1521–1526. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.02.016>

- Chaves, A., Arnáez, S., Castilla, D., Roncero, M., & García-Soriano, G. (2022). Enhancing mental health literacy in obsessive-compulsive disorder and reducing stigma via smartphone: A randomized controlled trial protocol. *Internet Interventions*, 29, 100560. <https://doi.org/10.1016/J.INVENT.2022.100560>
- Chaves, A., Arnáez, S., Roncero, M., & García-Soriano, G. (2021). Teachers' knowledge and stigmatizing attitudes associated with Obsessive-Compulsive Disorder: effectiveness of a brief educational intervention. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.677567>
- Chisholm, K., Patterson, P., Torgerson, C., Turner, E., Jenkinson, D., & Birchwood, M. (2016). Impact of contact on adolescents' mental health literacy and stigma: The schoolspace cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, 6(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009435>
- Christensen, H., & Griffiths, K. (2000). The Internet and Mental Health Literacy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(6), 975–979. <https://doi.org/10.1080/000486700272>
- Cohen, J. (2013). The Analysis of variance. In *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- 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>
- Coles, M. E., Schubert, J. R., Heimberg, R. G., & Weiss, B. D. (2014). Disseminating treatment for anxiety disorders: Step 1: Recognizing the problem as a precursor to seeking help. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 737–740. <https://doi.org/10.1016/J.JANXDIS.2014.07.011>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *The American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963–973.

<https://doi.org/10.1176/APPI.PS.201100529/ASSET/IMAGES/LARGE/963F1.JPEG>

- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765–776. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907–922. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2010.06.004>
- Corrigan, P. W., & Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(1), 42–48. <https://doi.org/10.3928/02793695-20080101-04>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875–884. <https://doi.org/10.1521/JSCP.2006.25.8.875>
- Coutinho, D., & Santos, J. (Hosts). (2021-2022). Saúde à Conversa [Audio podcast]. *Spotify*. <https://open.spotify.com/show/2fwtg1v6hoT1IN0tLKNpqE?si=3489c25a1fd943e5>
- Eysenbach, G. (2005). The Law of Attrition. *J Med Internet Res* 2005;7(1):E11 <https://www.jmir.org/2005/1/E11>, 7(1), e402. <https://doi.org/10.2196/JMIR.7.1.E11>
- Fonseca, A., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2017). Características psicométricas do Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental: Estudo em mulheres no período perinatal. *Psychologica*, 2(60), 65–81. https://doi.org/10.14195/1647-8606_60-2_4
- González, R. Z., Barbero, F. L., & Bartolomé, M. V. P. (2023). Alfabetización en Salud Mental: Revisión Sistemática de la Literatura. *Psykhē*, 32(1), 1–15. <https://doi.org/10.7764/PSYKHE.2020.21787>
- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., & Reid, R. (2014). *Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials*. <https://doi.org/10.1002/wps.20129>

- Griffiths, K. M., Walker, J., & Batterham, P. J. (2017). Help seeking for social anxiety: A pilot randomised controlled trial. *Digital Health*, 3, 2055207617712047. <https://doi.org/10.1177/2055207617712047>
- 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. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Gürbüz, A. A., Yorulmaz, O., & Durna, G. (2020). Reducing the social stigma associated with Obsessive Compulsive Disorder: A controlled trial of an intervention program in a Turkish community sample. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 20(2), 101–120. <https://doi.org/10.24193/jebp.2020.2.14>
- INE. (2021). *Instituto Nacional de Estatística*. https://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/printable.jsp?id=By5liesQAanQvSzkOim1ccrAdx1X9kYdxs5lOa1L_4827&lingua_cd=PT
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy - Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-396–401. <http://gateway.isiknowledge.com/gateway/Gateway.cgi?&GWVersion=2&SrcAuth=EBSCO&SrcApp=EDS&DestLinkType=CitingArticles&KeyUT=000165250000004&DestApp=WOS>
- 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. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/J.1326-5377.1997.TB140071.X>
- Jorm, A. F., & Wright, A. M. (2008). Influences on young people’s stigmatising attitudes towards peers with mental disorders: national survey of young Australians and their parents. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 192(2), 144–149. <https://doi.org/10.1192/BJP.BP.107.039404>
- Jorm, A. F., Wright, A., & Morgan, A. J. (2007). Beliefs about appropriate first aid for young people with mental disorders: findings from an Australian national survey of youth and parents. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(1), 61–70. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00012.x>

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(7), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *61*(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Leon, A. C., Davis, L. L., & Kraemer, H. C. (2011). The Role and Interpretation of Pilot Studies in Clinical Research. *Journal of Psychiatric Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.008>
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *American Journal of Sociology*, *92*(6), 1461–1500. <https://doi.org/10.1086/228672>
- Lynch, H., McDonagh, C., & Hennessy, E. (2021). Social Anxiety and Depression Stigma Among Adolescents. *Journal of Affective Disorders*, *281*, 744–750. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2020.11.073>
- Mackenzie, C. S., Knox, V. J., Gekoski, W. L., & Macaulay, H. L. (2004). An adaptation and extension of the attitudes toward seeking professional psychological help scale. *Journal of Applied Social Psychology*, *34*(11), 2410–2433. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb01984.x>
- 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*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08734-1>
- McDonagh, C., Lynch, H., & Hennessy, E. (2022). Do stigma and level of social anxiety predict adolescents' help-seeking intentions for social anxiety disorder? *Early Intervention in Psychiatry*, *16*(4), 456–460. <https://doi.org/10.1111/eip.13197>
- Morgado, T., Loureiro, L., & Botelho, M. A. R. (2020). A utilização de vinhetas na saúde mental: Tradução e adaptação transcultural de uma vinheta de ansiedade social em adolescentes. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, *6*, 1–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.31211/rpics.2020.2.2.179>

- Olfson, M., Guardino, M., Struening, E., Schneier, F. R., Hellman, F., & Klein, D. F. (2000). Barriers to the treatment of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*, *157*(4), 521–527. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.521>
- Ormel, J., Petukhova, M., Chatterji, S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bromet, E. J., Burger, H., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J. M., Hwang, I., Karam, E., Kawakami, N., Lépine, J. P., Medina-Mora, M. E., Posada-Villa, J., Sampson, N., Scott, K., ... Kessler, R. C. (2008). Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *British Journal of Psychiatry*, *192*(5), 368–375. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039107>
- Park, S. H., Song, Y. J. C., Demetriou, E. A., Pepper, K. L., Hickie, I. B., Glozier, N., Hermens, D. F., Scott, E. M., & Guastella, A. J. (2021). Distress, quality of life and disability in treatment-seeking young adults with social anxiety disorder. *Early Intervention in Psychiatry*, *15*(1), 57–67. <https://doi.org/10.1111/eip.12910>
- Patafio, B., Miller, P., Baldwin, R., Taylor, N., & Hyder, S. (2021). A systematic mapping review of interventions to improve adolescent mental health literacy, attitudes and behaviours. *Early Intervention in Psychiatry*, *15*(6), 1470–1501. <https://doi.org/10.1111/eip.13109>
- Peyre, H., Barret, S., Landman, B., Blanco, C., Ellul, P., Limosin, F., Hoertel, N., & Delorme, R. (2022). Age of onset of social anxiety disorder and psychiatric and mental health outcomes: Results from a nationally representative study. *Journal of Affective Disorders*, *309*, 252–258. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.149>
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. I., & Do Céu Salvador, M. (2003). Assessment of social phobia by self-report questionnaires: The Social Interaction and Performance Anxiety and Avoidance Scale and the Social Phobia Safety Behaviours Scale. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, *31*(3), 291–311. <https://doi.org/10.1017/s1352465803003059>
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, *24*(7), 737–767. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2004.06.004>
- 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>
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2008). Social Fears and Social Phobia in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38(1), 15–28.
<https://doi.org/10.1017/S0033291707001699>
- Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., van Amelsvoort, T., Vieta, E., Solmi, M., Oliver, D., Catalan, A., Verdino, V., Di Maggio, L., Bonoldi, I., Vaquerizo-Serrano, J., Baccaredda Boy, O., ... Fusar-Poli, P. (2020). Universal and selective interventions to promote good mental health in young people: Systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 41, 28–39.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.10.007>
- Seedaket, S., Turnbull, N., Phajan, T., & Wanchai, A. (2020). Improving mental health literacy in adolescents: systematic review of supporting intervention studies. *Tropical Medicine and International Health*, 25(9), 1055–1064.
<https://doi.org/10.1111/tmi.13449>
- Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., He, Y., Hinkov, H., Horiguchi, I., Hu, C., ... Williams, D. R. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, 15(1), 35. <https://doi.org/10.1186/S12916-017-0889-2>
- Tuijnman, A., Kleinjan, M., Olthof, M., Hoogendoorn, E., Granic, I., & Engels, R. C. M. E. (2022). A Game-Based School Program for Mental Health Literacy and Stigma on Depression (Moving Stories): Cluster Randomized Controlled Trial. *JMIR Ment Health*, 9(8), e26615. <https://doi.org/10.2196/26615>
- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 603–613. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.603>

- Wantland, D. J., Portillo, C. J., Holzemer, W. L., Slaughter, R., & McGhee, E. M. (2004). The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: A meta-analysis of behavioral change outcomes. *Journal of Medical Internet Research*, 6(4). <https://doi.org/10.2196/JMIR.6.4.E40>
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC PSYCHIATRY*, 15(1), 291–310. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
- Wright, A., Jorm, A. F., & Mackinnon, A. J. (2011). Labeling of mental disorders and stigma in young people. *Social Science and Medicine*, 73(4), 498–506. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.015>
- Yamaguchi, S., Ojio, Y., Foo, J. C., Michigami, E., Usami, S., Fuyama, T., Onuma, K., Oshima, N., Ando, S., Togo, F., & Sasaki, T. (2020). A quasi-cluster randomized controlled trial of a classroom-based mental health literacy educational intervention to promote knowledge and help-seeking/helping behavior in adolescents. *Journal of Adolescence*, 82, 58–66. <https://doi.org/10.1016/J.ADOLESCENCE.2020.05.002>
- Yap, M. B. H., Wright, A., & Jorm, A. F. (2011). The influence of stigma on young people's help-seeking intentions and beliefs about the helpfulness of various sources of help. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(12), 1257–1265. <https://doi.org/10.1007/S00127-010-0300-5>
- Yonkers, K. A., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2001). An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. *Psychiatric Services*, 52(5), 637–643. <https://doi.org/10.1176/APPI.PS.52.5.637>

ANEXOS

Anexo A. Consentimento Informado para a participação (MS Forms)

Consentimento Informado

O meu nome é André Antunes e encontro-me a realizar uma investigação no âmbito da minha dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Professora Antónia Ros, na Universidade do Algarve.

O presente estudo tem como objetivo compreender os efeitos de um intervenção de aumento do conhecimento da população geral portuguesa acerca do bem-estar, saúde física e mental. Poderá, assim, participar neste estudo qualquer pessoa com mais de 18 anos.

Com esse objetivo, irá ser pedido aos participantes que:

- 1- Após o consentimento informado, preencha, alguns questionários e responda a uma vineta que se encontram já de seguida, neste formulário. Estimamos que o preenchimento do mesmo não deverá demorar mais do que 20 minutos, sendo que o restantes questionários serão bastante mais curtos e de rápido preenchimento.
- 2- A cada 3 dias escutem um episódio, em versão áudio, cujo link receberão no seu e-mail, de um podcast (composto por 5 episódios sobre bem-estar, saúde física e/ou mental) de aproximadamente 10 minutos e que responda a umas breves questões sobre o que ouviram, perguntas essas que serviram para sabermos se ouviram o episódio e a única maneira de a vossa participação ser válida.
- 3- Após a audição de três episódios do podcast, no final dos 5 episódios e um mês após a experiência preencha novamente alguns questionário e responda a novas vinetas. Reforça-se que estes questionários serão muito mais breves do que o primeiro.

A sua participação é muito importante e poderá ajudar a compreender a eficácia da intervenção online no aumento dos níveis de conhecimento da população portuguesa sobre o bem-estar, saúde física e mental. Salientamos, no entanto, que a sua colaboração é voluntária e que pode abandonar a participação em qualquer momento, se assim o desejar. Pediremos o seu contacto de email para enviar os episódios e questionários, mas as respostas aos questionários serão anónimas e apenas utilizadas para fins científicos.

1. Aceito participar neste estudo e que os meus dados e respostas sejam utilizados apenas e só para efeitos científicos. *

Sim

Não

Anexo B. Questionário Sociodemográfico, clínico e de conhecimento da Ansiedade Social (MS Forms)

Questionário Sociodemográfico

4. Idade *

Please enter a number greater than or equal to 18

5. Sexo *

- Masculino
- Feminino
- Outro

6. Nacionalidade *

- Portuguesa
- Outra

7. Habilitações literárias *

- Não frequentou o sistema de ensino formal
- 1º ciclo do ensino básico (4ª classe)
- 2º ciclo do ensino básico (Ensino preparatório)
- 3º ciclo do ensino básico (9.º ano)
- Ensino secundário (12.º ano)
- Curso médio
- Ensino superior

8. Situação profissional *

- Empregado(a) a tempo inteiro
- Empregado(a) a tempo parcial
- Reformado(a) / pensionista
- Desempregado(a)
- Estudante a tempo inteiro
- Estudante trabalhador
- Doméstico(a)
- Outro

9. Tem algum diagnóstico de perturbação psicopatológica? *

- Sim
- Não

10. Se sim, qual? *

11. Já teve contacto com alguém com algum diagnóstico de perturbação psicopatológica? *

Sim

Não

12. Se sim, quem? *

Cônjuge/companheiro/a

Filho/a

Irmão/Irmã

Irmão/Irmã

Amigo/a

Outro

13. Identifique o diagnóstico/s *

17. O que está a acontecer com o João é razão para preocupação? *

- Sim
- Não

18. Se sim, do que se trata? *

- Perturbação da Ansiedade Generalizada
- Perturbação do Desenvolvimento
- Stress do dia-a-dia
- Problemas médicos
- Depressão
- Outro
- Problemas escolares
- Perturbação da Ansiedade Social
- Problemas familiares
- Esquizofrenia
- Perturbação da Personalidade

19. Qual é a principal causa do que se está a passar com o João? *

- A sua personalidade
- Problemas familiares
- Stress
- Problemas escolares
- Influência dos amigos
- Ter experienciado trauma
- Fraqueza pessoal
- Alterações físicas ou orgânicas
- Problema de saúde mental
- Discriminação dos colegas
- Outro

20. Acha que o João devia procurar ajuda profissional para resolver o seu problema?

*

- Sim
- Não

21. Na sua opinião, que tipo de intervenção seria mais útil para o João? *

- Hipnose
- Meditação ou yoga
- Outro
- Fazer atividades de lazer com a sua família
- Terapia psicanalítica
- Cursos de relaxamento e gestão de stress
- Terapia familiar
- Problema de saúde mental
- Fraqueza pessoal
- Praticar desportos
- Terapia cognitivo-comportamental

22. Até o dia de hoje, já procurou ajuda para lidar com dificuldades semelhantes às experienciadas pelo João? *

- Sim
- Não

23. Quantas vezes? *

Please enter a number greater than or equal to 1

24. Quem consultou? *

- Psicólogo
- Médico de família
- Psiquiatra
- Amigo
- Familiar
- Outro

25. Até o dia de hoje, já aconselhou, a alguém que conheça, a procurar ajuda para lidar com dificuldades semelhantes às experienciadas pelo João? *

- Sim
- Não

26. Quantas vezes? *

Please enter a number greater than or equal to 1

27. Que ajuda aconselhou? *

- Psicólogo
- Médico de família
- Psiquiatra
- Amigo
- Familiar
- Outro

Anexo C. Escala de Desconforto/Ansiedade – Escala de ansiedade e Evitamento em situações de desempenho e de interação social (EAEDIS; Pinto-Gouveia et al., 2003)

Escala de ansiedade e Evitamento em situações de desempenho e de interação social (EAEDIS) Pinto-Gouveia, Cunha e Salvador (2003)

Assinale o grau de desconforto ou ansiedade e o grau de evitamento que cada uma das situações assinaladas lhe provoca, utilizando a escala de resposta de 1 a 4 (1=Nenhum; 2=Ligeiro; 3=Médio; 4=Severo).

14. EAEDIS *

	1 - Nenhum	2- Ligeiro	3- Médio	4 - Severo
S1. Participar numa atividade de grupo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S2. Comer em público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S3. Beber num local público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S4. Representar, agir ou falar perante uma audiência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S5. Ir a uma festa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S6. Trabalhar enquanto se está a ser observado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S7. Escrever enquanto se está a ser observado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S8. Telefonar a alguém que não conhece bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

S9. Falar com alguém que não conhece bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S10. Encontrar-se com estranho/des conhecidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S11. Urinar num W.C público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S12. Entrar numa sala onde os outros já estão sentados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S13. Ser o centro das atenções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S14. Levantar-se e fazer um pequeno discurso sem preparação prévia, numa festa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S15. Fazer um teste às suas capacidades, competências ou conhecimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S16. Expressar desacordo ou reprovação a alguém que não se conhece muito bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S17. Olhar diretamente nos olhos de alguém que não se conhece muito bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

S18. Apresentar oralmente um trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S19. Tentar convencer alguém para um relacionamento romântico/sexual (cortejar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S20. Devolver um artigo e obter reembolso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S21. Dar uma festa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S22. Resistir à pressão elevada dum elevador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S23. Ir a uma entrevista para arranjar emprego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S24. Pedir informação a uma pessoa desconhecida (ex: perguntar as horas, o nome da rua, morada, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S25. Juntar-se numa mesa de café, a um grupo de colegas que não se conhece bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S26. Pedir um favor a outra pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

S27. Falar com uma pessoa que admire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S28. Numa festa, participar em jogos e/ou danças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S29. Convidar alguém, pela primeira vez para sair	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S30. Aproximação do empregado quando se entrou numa loja só para ver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S31. Conversar com pessoas do sexo oposto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S32. Aceitar um elogio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S33. Participar num encontro com pessoas de cultura diferente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S34. Ir a uma discoteca com um(a) amigo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- S35. Pedir a outra pessoa que mude um comportamento que nos desagrada
- S36. Ser chamado ao gabinete do chefe ou professor
- S37. Falar com alguém uma língua estrangeira que não se domina bem
- S38. Fazer um exame oral
- S39. Queixar-se quando alguém tenta passar à sua frente numa
- S41. Tomar a iniciativa de colocar em questão ou pedir um esclarecimento numa aula ou reunião
- S42. Responder a uma questão colocada pelo professor no meio da aula

S43. Chegar
atrasado(a)
ou
adiantado(a)
a uma
reunião ou
aula

S44. Falar
com pessoas
duma
condição
sociocultural
superior

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

28. Ainda sobre o João, responda às seguintes questões consoante o quão confortável se sentiria se se encontrasse em cada uma destas situações, numa escala de 0 a 3 (0 = Totalmente Confortável e 3 = Nada Confortável) *

	0 - Totalmente Confortável	1 - Bastante Confortável	2 - Pouco Confortável	3 - Nada Confortável
DA1. Alugar um quarto na sua casa a uma pessoa como o João?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DA2. E se fosse trabalhador no mesmo emprego que alguém como o João?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DA3. Como se sentiria se tivesse alguém como João como seu vizinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DA4. E se fosse alguém que tivesse de cuidar dos seus filhos durante algumas horas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DA5. Como se sentiria se um filho seu fosse casado com alguém como João?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DA6. Como se sentiria se tivesse de apresentar alguém como João a uma mulher jovem, que é sua amiga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DA7. Como se sentiria se tivesse de recomendar alguém como João para um emprego a trabalhar para um amigo seu?

29. Leia atentamente as seguintes afirmações, respondendo consoante o grau com o qual concorda com cada afirmação de 0 a 5 (0 = Concordo totalmente e 5 = Discordo Totalmente) *

0 - Concordo totalmente	1 - Concordo	2 - Não tenho a certeza, mas provavelmente concordo	3 - Não tenho a certeza, mas provavelmente discordo	4 - Discordo	5 - Discordo Totalmente
-------------------------	--------------	---	---	--------------	-------------------------

DB1. Se um grupo de ex-pacientes mentais morasse perto, eu não permitiria que os meus filhos fossem ao cinema sozinhos.

DB2. Se um ex-paciente mental se candidatasse a um cargo de professor numa escola primária e fosse qualificado para esse cargo, eu recomendaria contratá-lo.

DB3. Uma coisa importante sobre pacientes mentais é que não se consegue prever o que vão fazer de um minuto para o outro.

DB4. Se eu souber que uma pessoa é um paciente mental, terei menos probabilidade de confiar nela.

DB5. O principal objetivo dos hospitais psiquiátricos deve ser proteger o público de doentes mentais.

DB6. Se um ex-paciente mental morasse perto, eu não hesitaria em permitir que crianças pequenas sob os meus cuidados brincassem na calçada.

DB7. Embora alguns pacientes mentais possam parecer bem, é perigoso esquecer por um momento que eles são doentes mentais.

DB8. Deve haver uma lei que proíba um ex-doente mental de obter o direito de uma licença de caça.

Anexo E. Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help (ATSPPH; Mackenzie et al., 2004); IAPSSM; versão portuguesa por Fonseca et al., 2017)

Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM) (Mackenzie et al., 2004; versão portuguesa por Fonseca et. al 2017)

30. Leia atentamente as seguintes afirmações, respondendo consoante o grau com o qual concorda com cada afirmação de 0 a 4 (0 = Discordo e 4 = Concordo) *

	0 - Discordo	1 - Discordo parcialment e	2 - Não concordo, nem discordo	3 - Concordo parcialment e	4 - Concordo
i1. Há certos problemas que não devem ser discutidos com pessoas de fora da família mais próxima.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i2. Eu saberia bem o que fazer e com quem falar se decidisse procurar ajuda profissional devido a problemas psicológicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i3. Se eu sofresse de problemas psicológicos, eu não iria querer que o meu parceiro (mulher/marido, companheiro, etc.) soubesse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i4. Manter a cabeça focada no trabalho é uma boa solução para evitar inquietações e preocupações pessoais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

i5. Se um amigo próximo me pedisse conselhos sobre um problema psicológico, seria possível que eu lhe recomendass e consultar um profissional.

i6. Ter tido um doença do foro mental acarreta um fardo de vergonha.

i7. Provavelmente, é melhor não sabermos tudo acerca de nós próprios.

i8. Se eu tivesse um problema psicológico grave nesta fase da minha vida, iria achar que a psicoterapia me ajudaria.

i9. As pessoas devem resolver os seus próprios problemas; receber ajuda profissional deve ser o último recurso.

i10. Se eu tivesse problemas psicológicos poderia receber ajuda profissional se quisesse.

i11. As pessoas importantes da minha vida teriam pior opinião acerca de mim se descobrissem que eu tinha problemas psicológicos.

i12. Os problemas psicológicos, como muitas coisas, tendem a resolver-se por si.

i13. Seria relativamente fácil para mim arranjar o tempo necessário para consultar um profissional devido a problemas psicológicos.

i14. Há experiências na minha vida sobre as quais eu não falaria com ninguém.

i15. Eu iria querer receber ajuda profissional, se eu estivesse preocupado ou desanimado durante um longo período de tempo.

i16. Eu iria sentir-me desconfortável ao procurar ajuda profissional devido a problemas psicológicos, porque as pessoas do meu grupo social ou profissional poderiam descobrir.

i17. Ter sido diagnosticado com uma perturbação mental é uma nódoa na vida de uma pessoa.

i18. Há algo de admirável na atitude das pessoas que estão dispostas a lidar com os seus conflitos e medos sem recorrer a ajuda profissional.

i19. Se eu achasse que estava a ter um esgotamento mental, a minha primeira tendência seria receber ajuda profissional.

i20. Eu sentir-me-ia pouco à vontade a consultar um profissional, devido ao que algumas pessoas iriam pensar.

i21. As pessoas com uma personalidade e forte conseguem ultrapassar os problemas psicológicos sozinhas e teriam pouca necessidade de ajuda profissional.

i22. Eu estaria disposto a partilhar assuntos íntimos com uma pessoa adequada, se pensasse que isso poderia ajudar-me a mim ou a um familiar.

i23. Se eu tivesse recebido tratamento devido a problemas psicológicos, não iria sentir que deveria esconder isso.

i24. Eu iria sentir-me envergonhado se o meu vizinho me visse a entrar no consultório de um profissional que lida com problemas psicológicos.

Anexo F. Vinhetas clínicas (João/Joana; Jorm et al., 2007; versão portuguesa Morgado et al., 2020)

Vinheta do 1º Momento

Leia com atenção o seguinte parágrafo sobre um adolescente chamado João e responda às questões sobre o mesmo.

O João é um adolescente de 15 anos que vive com os pais. Desde que mudou para uma nova escola no ano passado, tornou-se ainda mais tímido do que habitualmente e fez apenas um amigo. Ele gostaria de fazer mais amigos, mas tem medo de fazer ou dizer algo embaraçoso quando está com outras pessoas. Embora o desempenho escolar do João seja razoável, raramente participa nas aulas e fica muito nervoso, corado, a tremer e sente que pode vomitar se tiver de responder a alguma pergunta ou falar na frente da turma. Em casa, o João é muito conversador com a família, mas fica calado quando recebem alguém que não conhece bem. Nunca atende o telefone e recusa-se a participar em eventos sociais. Ele sabe que os seus medos são exagerados, mas não consegue controlá-los e isso realmente perturba-o.

Vinheta do 2º Momento

Leia com atenção o seguinte parágrafo sobre uma adolescente chamada Andreia e responda às questões sobre a mesma.

A Andreia é uma adolescente de 17 anos que vive com os pais. Desde criança que é muito tímida. Receia sentir vergonha ao fazer ou dizer algo embaraçoso quando está com outras pessoas. A Andreia raramente participa nas aulas ou coloca perguntas aos explicadores, fica muito nervosa, corada, a tremer e sente que pode chorar se tiver de responder a alguma pergunta ou falar na frente da turma. Em casa, a Andreia também não é muito conversadora, em especial com o pai, fala rápido, responde com monossílabos e fica calada quando recebem alguém que não conhece bem. Nunca faz publicações ou reage nas redes sociais 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 do 3º Momento

Leia com atenção o seguinte parágrafo sobre uma jovem chamada Filipa e responda às questões sobre a mesma.

A Filipa tem 21 anos. Sempre foi tímida, mas notou que a sua timidez piorou quando entrou na Universidade. Fez apenas uma amiga que a acompanha a todo o lado e sente-se perdida quando ela não está. Receia fazer ou dizer algo embaraçoso quando está com outras pessoas. A Filipa raramente participa nas aulas, fica muito nervosa, corada, com a sensação de ter um nó na garganta e receia poder descontrolar-se se tiver de responder a alguma pergunta ou falar na frente da turma. Evita realizar trabalhos com apresentação oral. Em casa, a Filipa é muito conversadora, em especial com a mãe, mas fica calada e não participa quando recebem alguém que não conhece bem. Não participa nas redes sociais, nem em eventos sociais. Ela sabe que os seus medos são exagerados, não compreende como para as outras pessoas parecer ser tão fácil, mas ela sente que não os consegue controlar e isso realmente perturba-a.

Vinheta do 4º Momento

Leia com atenção o seguinte parágrafo sobre um jovem chamado Jorge e responda às questões sobre o mesmo.

O Jorge tem 22 anos. Estuda na Universidade. Tem poucos amigos com os que se sente verdadeiramente à vontade. Receia fazer ou dizer algo embaraçoso quando está com outras pessoas ou que os outros o considerem uma pessoa aborrecida e desinteressante. Raramente participa nas aulas, fica muito nervoso, corado e vontade de ir embora, se tiver de responder a alguma questão. Em casa, o Jorge é pouco conversador, em especial com a mãe pois receia que esta lhe faça perguntas que não consiga responder. Por isso, tenta evitar as interações familiares, ficando calado durante as mesmas. Prefere a comunicação escrita à pessoal, pois embora sinta muita ansiedade, sabe que tem tempo para pensar melhor na resposta, demorando, por vezes mais do que uma hora para responder a um comentário nas redes sociais ou e-mail. Sabe que os seus medos são exagerados, mas sente que não os consegue controlar e isso realmente perturba-o.

Anexo G. Transcrição dos episódios Podcast de Literacia de PAS

Para ouvir aos áudios dos episódios do Podcast aceda a: https://ualg365-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/a65562_ualg_pt/Documents/Epis%C3%B3dios%20Podcast%20Andr%C3%A9%20Antunes_a65562?csf=1&web=1&e=rUPmWd

Episódio 1

Apresentadora: A Helena tem 18 anos. Sempre foi uma menina caladinha em comparação com a sua irmã mais nova que era muito mais barulhenta. A Helena gostava da sua escola primária, onde fez um pequeno grupo de amigas. Contudo, a mudança para o quinto ano foi bem mais difícil. As amigas da primária foram para outra escola e a Helena lutou para tentar fazer um novo grupo de amigos na nova escola. Lembra-se que era estado o início do quinto ano completamente esmagador e confuso, como se todos soubessem o que tinham de fazer, menos ela.

Finalmente conseguiu fazer um pequeno grupo de amigas, que a acompanharam até chegar à universidade, onde se encontra novamente sozinha no primeiro ano. Ela nunca fala sobre os seus medos e está preocupada porque as pessoas podem gozar com ela, se souberem que os tem. Procura ajuda psicológica porque se sente muito em baixo e sem esperança de que as coisas possam mudar. No início é difícil construir uma relação com a Helena. Parece um pouco hermética, apresenta pouco de contacto visual, responde apenas com brevidade e fala em voz baixa.

Ao ser questionada, Helena descreve sentir um medo intenso de uma série de situações sociais, incluindo participar na aula, fazer exercícios de grupo, participar em conversas durante o intervalo e no almoço, enviar mensagens de texto e ir a reuniões sociais. Nessas situações, Helena tem a certeza de que as pessoas não a irão conseguir ouvir. Acha que vai corar e que as pessoas vão pensar que é esquisita e imatura. Começou a ir para a casa de banho e permanecer lá durante os intervalos das aulas. Evita o contacto visual com os colegas e professores, mantém a cabeça baixa na aula e recentemente começou a faltar às aulas. Helena pensa que é assim e que é apenas a sua maneira de ser, não sabe que tem uma perturbação da Ansiedade Social.

Alguns exemplos de situações sociais que causam tipicamente ansiedade a pessoas como a Helena são: conversar com amigos ao telefone, iniciar conversas, conhecer novas pessoas, entrar numa sala quando os outros já estão sentados, comer e beber em frente a

peçoas, pedir ao professor para sair da sala de aula, sair de uma reunião a meio, pausas e intervalos, tempos de espera, fazer e responder perguntas na aula, praticar desportos, participar em teatros ou dançar, fazer apresentações, trabalhar enquanto se é observado, comprar em lojas, utilizar os riscos sociais.

4 a 12% da população geral tem ansiedade social, sendo esta uma perturbação que costuma ter o seu início a meio da adolescência. O género feminino é o mais afetado, com especial diferença quando falamos de idade, entre os 13 e 17 anos. André Antunes é estudante de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve e está a realizar a sua tese de mestrado sobre a perturbação da ansiedade social. Para isso elaborou um podcast com 5 episódios de curta duração para nos ajudar a compreender esta perturbação.

Bom dia, André, conta-nos um bocadinho mais sobre em que irão consistir esta série de episódios do podcast.

André: Bom dia, e obrigado desde já pela oportunidade de vir falar um pouco sobre o que é a Ansiedade Social. Cada um dos episódios deste Podcast irá apresentar uma temática diferente relacionada com a Ansiedade Social, para que que nos escuta fique a saber mais sobre como podemos identificar alguém com este tipo de ansiedade e que tratamentos existem e estão disponíveis.

No fundo queremos que quem nos está a ouvir aprenda não só mais sobre a perturbação da ansiedade social, como também tenha a oportunidade de desmistificar algumas ideias que já tenha sobre o que é esta perturbação e também que consiga compreender melhor o que é que as pessoas com esta perturbação pensam, como é que elas se sentem e como é que elas se comportam. Então hoje no primeiro episódio a ideia era conversar acerca do que é a perturbação na ansiedade social e diferenciar de outras condições como por exemplo a timidez.

Apresentadora: Então podemos começar por uma breve explicação acerca do que é a ansiedade social?

André: Ok, tal como já foi referido aqui neste podcast, a perturbação da ansiedade social, que também é conhecida como fobia social, é um quadro clínico no qual a pessoa apresenta um medo ou ansiedade elevados em uma ou várias situações sociais. Estas situações sociais têm, na sua maioria, em comum a característica de que a pessoa possa

ser exposta à avaliação por outras pessoas, sejam elas interações sociais, como por exemplo manter uma conversa com alguém ou encontrar-se com desconhecidos, como também situações em que está a ser observado, como por exemplo comer ou beber em público, e situações de desempenho diante de outros, e aqui estamos a falar de apresentações de escola ou apresentações de trabalho. É importante aqui referir que a ansiedade tem origem no medo de ser avaliado pelos outros de forma negativa.

Ou seja, existe o medo de ser possivelmente humilhado e rejeitado por terceiros. É importante ainda ressaltar que estas situações sociais temidas, sejam elas uma ou mais situações, como já disse, são quase sempre vividas com medo e ansiedade intensas, e que este medo é desproporcional quando comparamos com o perigo real da situação social. Todos estes fatores que aqui mencionei dão origem, como é natural, a uma angústia e mal-estar elevado na pessoa, o que acaba por ter grandes consequências na sua vida e consequências como ter dificuldades e problemas, muitas vezes graves, que afetam várias áreas da sua vida, como a vida social, a vida escolar, profissional e familiar.

Apresentadora: Parece-me que muitos destes sintomas e comportamentos que referiu podiam ser encontrados em pessoas tímidas. Podia-nos esclarecer melhor a cerca da diferença entre a timidez e a ansiedade social? Serão a mesma coisa, uma irá originar a outra? No fundo, onde acaba a timidez e onde começa a ansiedade social?

André: Sim, é muito pertinente e é interessante que tenham feito esta pergunta, porque realmente é complicado distinguir as duas. Por duas razões, por um lado, a timidez é um conceito psicológico muito pouco definido. A verdade é que na investigação que existe sobre a timidez, umas vezes é caracterizada como um traço de personalidade, mas também há pessoas que a caracterizam como um estado de desconforto e inibição perante outros, ou até há pessoas que a definem como temperamento, algo que acaba por dificultar o que é que será a timidez. A timidez então é mais considerada como um conceito social do que um conceito psicológico. O que é que isto quer dizer? Porque a definição de timidez varia com o que a pessoa quer dizer.

Por outro lado, muita da fenomenologia e dos sintomas que os tímidos experimentam também são similares ao que os ansiosos sociais experimentam. Existe em ambas uma tendência para evitar interações sociais e de ter desconforto nessas situações. Existe uma inibição e consciência de si mesmos nos dois. Estas definições são associadas

a tímidos, mas também são associadas e estão presentes na perturbação da ansiedade social.

Apresentadora: Como podíamos então distinguir se o amigo, um colega ou um familiar é tímido ou se está a sofrer da perturbação da ansiedade social?

André: Pronto, e apesar das semelhanças que eu já disse, é verdade que existem alguns aspetos que podem ser cruciais para então distinguirmos da timidez da ansiedade social e que nos podem ajudar até a identificar mais cedo se alguém tem então uma perturbação na ansiedade social.

Então, embora sim observemos na timidez a tal tendência para o sentido de desconforto e inibição em situações sociais, estes sentimentos normalmente não conduzem a um evitamento tão excessivo e tão comprometedor como o que observamos na perturbação da ansiedade social. Nesta última, os comportamentos de inibição e de evitamento são tão recorrentes, que chegam mesmo a ser crónicos e causam, como é óbvio, grandes interferências na vida do indivíduo.

Apresentadora: Então é correto dizer que enquanto a timidez não é um fenómeno clínico, a ansiedade social assim o é, pois afeta a vida do indivíduo a vários níveis.

André: Sim, acho que se pode dizer isso, diria que a timidez é um espectro que podemos ter desde uma pessoa tímida que não costuma evitar o contato, apenas prefere ter menos contato do que uma pessoa não tímida, até uma pessoa tímida que evita com mais frequência essas situações que o deixam desconfortável.

Então, podemos presumir que a timidez pode sim levar a uma perturbação da ansiedade social se os evitamentos e o mal-estar causado pela ansiedade sejam tais que o indivíduo deixe de ter qualidade de vida. Então podemos dizer que quando não temos certeza se alguém é tímido ou tem uma perturbação na ansiedade social, eu diria que vale a pena ir ter com um profissional de saúde mental para tirarmos essa dúvida e assim identificar uma perturbação na ansiedade social mais cedo.

Apresentadora: Muito bem, penso que foi bastante clarificador e que deu para tirar algumas dúvidas, ou possíveis dúvidas, para quem nos ouve que possa ter sobre a ansiedade social e sobre como diferenciar uma simples timidez de uma perturbação que compromete, como André disse, a qualidade de vida das pessoas.

No próximo episódio, iremos ter uma convidada, a Maria, que tem ansiedade social, e nos vai contar um bocadinho sobre a sua história e a relação com a sua ansiedade. Agradecemos que tenha partilhado connosco esses tempos, esperemos que a nossa conversa tenha sido interessante e tenha contribuído para resolver algumas dúvidas ou contribuir para um melhor conhecimento da perturbação da ansiedade social.

Pedimos antes de nos despedirmos que responda apenas a umas breves questões que pode encontrar no vosso e-mail. As suas respostas são muito importantes para a nossa investigação. Até ao próximo episódio!

Episódio 2

Apresentadora: No primeiro episódio desta série de podcast, conversamos com o André, um estudante do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, que está a realizar a sua tese sobre a perturbação na ansiedade social. O André falou-nos sobre o que é esta perturbação e ajudou a compreender como a mesma se diferencia da timidez, outro conceito com o qual é frequentemente confundida.

No episódio de hoje, vamos conhecer a Maria. Teremos a oportunidade de ouvir, em primeira mão, a experiência de uma pessoa com uma perturbação na ansiedade social. A Maria tem 18 anos e é estudante universitária.

Seja muito bem-vinda, Maria, muito obrigada por aceitar partilhar connosco este espaço de conversa. Imagino que não deve ser nada fácil para quem se sente de ansiedade social vir a este podcast falar sobre esse tema. ´

Maria: Não, na verdade não é nada fácil e, para ser sincera, estou bastante nervosa.

Apresentadora: Muito obrigada, mais uma vez por estares aqui. Fala-nos um pouco mais sobre da forma como essa ansiedade se manifesta em ti, do que sentes fisicamente, dos pensamentos e das emoções?

Maria: Então, quando eu vou a qualquer situação em que sei que vou ter de interagir com alguém, com pessoas, eu começo a ficar bastante nervosa, começo a pensar se vou fazer algo estranho, se alguém se poderá rir de mim, tenho o receio de me sentir humilhada, começo a pensar o que é que vão pensar de mim e sinto ansiedade, receio,

vergonha quando estou nessas situações. E começo a transpirar, fico bastante corada e a minha fala bloqueia e fico mesmo sem saber o que dizer e como reagir.

Apresentadora: Em que situações é que sentes essa ansiedade?

Maria: O que mais me acontece é quando eu vou apanhar o autocarro, começo a pensar em todo o processo, desde quando saio de casa, de chamar o autocarro, começo a pensar que o cartão pode falhar quando eu for passar, penso onde é que me vou sentar, se tem lugar, se não, se o motorista travar e eu cair pronto... Também não gosto nada de atender chamadas de desconhecidos ou mesmo da minha família e amigos, especialmente se não os virar há muito tempo. Tento evitar ao máximo. Acabo até por mandar mensagem.

E pronto, fico mesmo com receio de não saber o que dizer. Posso ter medo que seja constrangedor. Na escola também sempre senti várias dificuldades em apresentar trabalhos, especialmente por ir à frente e sentir que está toda a gente a olhar para mim, tenho medo de me esquecer o que é que tenho de dizer, se o que eu disse está errado. E pronto, como eu estou na universidade e estou a partilhar casa com outros estudantes, tenho bastante receio de ir à cozinha quando estão pessoas lá. Não gosto nada de ter de cozinhar se eles lá estiverem. E evito ao máximo ir, porque não quero falar com eles, não quero ter de ter uma conversa. Tenho medo de não saber o que dizer e de fazer má figura.

Apresentadora: Pois, vejo que existe aí um dominador comum em todas essas situações, não é? Aquele medo de não saber o que fazer ou dizer e que os outros notem isso e te vejam como uma pessoa mais incapaz, é isso que acontece?

Maria: Sim, talvez seja um pouco isso.

Apresentadora: Pergunto-te agora, quando é que essa ansiedade associada às situações sociais surgiu? E também quando é que se desenvolveu? Como é que se desenvolveu?

Maria: Então, eu lembro-me desde sempre, quando eu era pequena. Eu era uma criança que se escondia muito atrás da mãe. Penso que isso é normal quando somos mais pequenos, mas eu sinto que isso se prolongou demasiado em mim, até muito tarde. Eu sempre tive muita dificuldade em pedir alguma coisa a desconhecidos, especialmente em cafés ou quando queria comprar alguma coisa, eu pedia sempre à minha mãe para o fazer

por mim e pronto, se ela dissesse que não, eu não podia, não faria, porque eu ficava mesmo muito nervosa.

Apresentadora: Então achas que o facto de desde pequenina, como tu diz até aos dias de hoje, situações desse tipo acabava por ser a tua mãe a ir pedir ou a falar com outros conhecidos, mesmo nas situações que tu consideras que podias ser tu. Como referiste antes, consideras que de alguma forma te distinguias dos teus colegas e amigos?

Maria: Sim, porque parece que enquanto outras pessoas da minha idade já o faziam e tinham esse à vontade, eu, pronto, ainda não conseguia fazer e causava muita confusão e ansiedade só de pensar que tinha de ser eu a ir falar.

Apresentadora: Faz sentido, sim. Visto que essa ansiedade se prolongou no tempo e continuou por mais tempo do que tu achavas que era suposto e como já vimos acontece em várias situações sociais entre as quais muitas vezes chegavas a evitar por não sofrer essa ansiedade, pergunto se alguma vez procuraste ajuda profissional?

Maria: Não, por acaso nunca cheguei a procurar.

Apresentadora: Há algo que te tenha impedido ou te deixe mais de pé atrás em relação à procura de ajuda? E também se chegaste a considerar procurar essa ajuda?

Maria: Eu antes achava que isto era um problema estúpido, que não era importante, que não valia a pena procurar ajuda e que era apenas a minha maneira de ser. E as pessoas à minha volta, a minha família dizia que só tinha de ganhar confiança, que ia passando com o tempo e com a experiência. E para ser sincera, tem melhorado ao longo dos anos, no entanto, ainda me afeta bastante. Outra das razões é que, na altura, quando era mais nova, eu não sabia bem o que podia ser feito para melhorar. E ultimamente percebi que sim, que é possível ultrapassar esta dificuldade.

Apresentadora: Muito bem. É muito comum que o indivíduo não se aperceba que o que tem não é só algo que diz respeito à sua maneira de ser, mas sim a uma perturbação que causa um mal-estar significativo. O que mencionaste das pessoas à tua volta, dizerem que o teu problema era algo que só necessita de um ganho de confiança, reflete o desconhecimento ainda muito grande de problemas relacionados com a saúde mental, mais especificamente o grande desconhecimento de gravidade da ansiedade social. Diz-me, sabes qual o tipo de tratamento mais eficaz? Em que consiste esse tratamento?

Maria: Eu sei que a terapia cognitivo-comportamental é eficaz na perturbação da ansiedade social, mas eu não sei ao pormenor como é que funciona.

Apresentadora: Caso não saibas, digo-te que no episódio anterior tivemos cá o André, que é um estudante de mestrado em Psicologia e Clínica da Saúde, que está a realizar a sua tese de mestrado sobre a perturbação da ansiedade social. Podemos convidá-lo para um próximo episódio para que nos contem em que consiste essa terapia, o que é que te parece?

Maria: Sim, sim, claro, para mim tudo bem.

Apresentadora: Muito obrigada pela tua colaboração. Neste episódio conhecemos a Maria, que nos falará um pouco sobre a sua ansiedade, em que situações a sente e como ela se manifesta. Falamos também de quando surgiu a sua ansiedade e se já alguma vez procurou ajuda profissional.

Relembramos também, para que não se esqueça de responder por favor às questões de compreensão deste episódio. Muito obrigada por ter perguntado este tema connosco.

Episódio 3

Apresentadora: Olá. Apesar de existir tratamento eficaz para a ansiedade social, apenas 20,8% das pessoas procuram ajuda para esta perturbação, sendo que quando o fazem, costumam demorar cerca de 16 anos, 18 em Portugal, desde o surgimento da perturbação.

A pergunta é, porquê? Quais são as barreiras que não deixam que as pessoas com ansiedade social, que nós já vimos ser uma perturbação muito incapacitante e causa mal-estar, procurem ajuda profissional de forma mais eficiente e mais precocemente?

Anteriormente, por exemplo a Maria, que nunca tinha procurado ajuda profissional porque achava que o seu problema era estúpido e que não valia a pena procurar ajuda, uma vez que era a sua maneira de ser. As pessoas mais próximas diziam que só tinha de ganhar consciência e que isso passava com o tempo e com a experiência. Dizia também não saber o que podia ser feito para melhorar.

Descrevemos o caso da Helena, que apenas procurou ajuda psicológica, quando se sentiu muito em baixo e sem esperança de que as coisas pudessem mudar. Hoje vamos

ter a presença novamente do André, desta vez com a Luísa, uma estudante universitária que também vive com ansiedade social. Vamos não só conhecer um pouco de como é sua ansiedade, como também falar sobre alguns dos receios a procurar ajuda profissional.

Transição

André: Olá Luísa, tudo bem contigo?

Luísa: Sim, tudo bem.

André: Queria que falássemos primeiro um bocadinho sobre como é que é esta ansiedade que tu sentes, pode ser?

Luísa: Sim, na boa.

André: Perguntava-te então, em primeiro lugar, como é que essa ansiedade se manifesta em ti e em que situações acontece?

Luísa: Bem, acontecem em várias situações, especialmente quando envolvem falar com desconhecidos, mas também acontece quando falo com amigos, só não com tanta frequência. Para mim costuma ser pior quando tenho de conversar de um para um do que quando estou num grupo grande, talvez porque num grupo consigo passar mais despercebida.

Que me lembro agora acontece muito quando tenho de ir comprar, por exemplo, alguma coisa, como uma bebida num café, ou quando vou ao supermercado e estou na fila para pagar, fico cada vez mais ansiosa à medida que chega a minha vez e começo a imaginar o que preciso dizer. Acontece também em chamadas telefónicas e até mesmo quando escrevo e-mails. Dou por mim a relerem e-mails escrupulosamente uma e outra vez antes de os enviar com receio que tenham erros ou causem mal-entendidos que me levem a fazer má figura.

André: E nessas situações, o que é que costuma acontecer e o que é que sentes no teu corpo?

Luísa: Geralmente sinto, por exemplo, o coração bater mais rápido, a respiração acelerada, também sinto alguma tensão muscular na garganta, os meus movimentos tornam-se assim hesitantes e rígidos, como se o meu corpo não fizesse aquilo que quero. É uma sensação assim muito intensa e muitas vezes acaba por me deixar exausta. Reparo também que parece que dissocio de mim própria, como se não estivesse no meu corpo.

André: É mais ou menos como se estivesse a sentir-te e a ver-te em terceira pessoa, não é?

Luísa: Sim, exatamente. É assim uma sensação estranha e parece que não estou a viver no momento presente.

André: Ok. E que pensamentos é que surgem na tua mente quando entras nessas situações?

Luísa: Começo a pensar que os outros vão perceber que estou nervosa e isso deixa-me ainda mais nervosa. Penso que vão julgar a minha aparência, que sou estranha ou patética e que por isso as pessoas vão deixar de estar interessadas em estar comigo.

André: Sim, parece bastante sufocante ter esses pensamentos. Como é que isso te faz sentir? Para além da ansiosa, que emoções é que surgem?

Luísa: Sinto-me nervosa, como já disse. Sinto também, assim, alguma vergonha e insegurança. Durante essas situações, sinto também uma grande humilhação por causa da sensação de estar a ser julgada pelo que estou a fazer e pela minha imagem.

André: Sim, vejo que acontece em muitas situações. Diz-me uma coisa, esta ansiedade que sentes nessas situações, tens noção de quando possa ter surgido? Quais é que são as tuas primeiras memórias de ter sentido assim?

Luísa: Bem, eu lembro-me de ser tímida desde que me lembro, já em criança. No segundo ciclo do ensino básico, quando havia apresentações da escola ou outras situações sociais, não me sentia assim muito confortável e acabava por assumir uma postura ansiosa e insegura. Passei também por um período marcante, comecei a sofrer de *bullying* à base de comentários relacionados com a minha aparência e às vezes já era excluída em certas situações.

André: Sim, deve ter sido um período mesmo difícil para ti e deve ter sido algo que marcou muito e que ainda hoje deve vir à memória, não é?

Luísa: Sim, foi mesmo algo que me marcou bastante na altura e penso que foi a partir daí que as coisas pioraram.

André: Podemos agora pegar por aí e ir ao tema principal deste episódio. Viste que isso causava uma grande angústia e te afetava em várias situações da vida, alguma vez te tiveste ajuda profissional?

Luísa: Sim, quando entrei na universidade, durante a licenciatura, procurei ajuda. Na altura não o fiz por causa da ansiedade social especificamente, e sim por outras razões relacionadas também com a saúde mental. Já tinha uma ideia de que provavelmente sofria de ansiedade social, mas não sabia bem como abordar o tema e além disso pensava que certos sintomas da ansiedade social eram apenas a minha maneira de ser e por isso não havia muito a fazer. Mais tarde voltei a procurar ajuda psicológica por sentir ansiedade em relação a outras áreas da minha vida, mas, entretanto, apercebi-me de como a ansiedade social também me afetava e neste momento estou em terapia e tenho explorado mais o tópico da ansiedade social.

André: Muito bem, é bom saber que estás agora em terapia. Viste que achavas que já tinhas ansiedade há algum tempo, como disseste, e já desde a altura do ensino básico, porquê que não procuraste logo ajuda profissional? Quais achas que foram as barreiras para não teres procurado ajuda nessa altura? Queria que explorássemos esse tema.

Luísa: Sim, claro. Sinto que devia ter tido ajuda mais cedo, por exemplo, logo na secundária. Acho que não tinha muita maturidade para perceber que era bom procurar ajuda na altura e, aliás, provavelmente nem sequer tinha bem a consciência de que era possível procurar ajuda. Não era algo que me passasse assim muito pela cabeça nessa altura. E como eu era então adolescente, não me sentia muito confortável a partilhar esse tipo de coisas com os meus pais. E mesmo que tivesse partilhado, os meus pais também não tinham muito contato com a psicologia e não se falava muito disso, mas realmente o ideal teria sido ter tido ajuda mais cedo, por exemplo, logo na secundária.

André: Sim, a verdade é que apenas uma pequena percentagem das pessoas com perturbação da ansiedade social é que procura ajuda e quando fazem já é mais tarde. Sentes que teria feito a diferença se tivesse de facto procurado ajuda mais cedo?

Luísa: Sim, acho que teria ajudado bastante e acho que teria evitado muitas complicações que surgiram mais tarde em função disso.

André: Independente de estarmos a falar de ansiedade social ou de outra perturbação, é sabido que quanto mais cedo houver intervenção, melhor é o prognóstico. Isto porque a perturbação não há tanta probabilidade de estar tão desenvolvida e por isso a pessoa vai ter mais défices em várias áreas da sua vida e é algo que dificulta um bocadinho o processo terapêutico.

Contudo, na perturbação da ansiedade social existe um especial impacto consequente desta demora. A investigação sugere que as pessoas com ansiedade social tendem a procurar ajuda quando a perturbação já atingiu um grande nível de severidade ou então quando surgem outras perturbações já consequentes da ansiedade social, como por exemplo a depressão.

Luísa: Sim, agora que olho para trás, apercebo-me que certas coisas na minha saúde mental foram piorando com o tempo. Quando procurei ajuda psicológica pela primeira vez, já tinha sintomas de outras perturbações, por exemplo, sintomas depressivos. Aliás, como disse mais atrás, foram estes sintomas mais óbvios, por assim dizer, que me motivaram a procurar ajuda, e não tanto os sintomas da ansiedade social em si.

André: Sim, é interessante porque existem algumas justificações que são comuns a muitas pessoas com alguma perturbação. Na maioria dos casos, as principais razões para não procurar ajuda tão cedo é porque existe uma certa preocupação com a confidencialidade e com a confiança que a pessoa tem com o profissional de saúde mental. Depois também existe uma grande dificuldade em identificar sintomas que as pessoas têm como sendo parte de uma perturbação e se não acham isso, não sentem que precisam de ajuda. Depois também existe o medo de não se dar bem com o profissional, das características do profissional de saúde mental. Também há muito desconhecimento acerca dos tratamentos e como é óbvio, uma pessoa ao não saber tem medo do que é que possa ter de fazer na terapia.

No teu caso, tinhas alguns medos específicos de procurar ajuda? Talvez alguns dos que mencionei?

Luísa: Sim, definitivamente. Se tinha algum desse receio de não me sentir à vontade com o psicólogo e de a terapia não resultar nem valer a pena. Mais tarde, quando tive o meu primeiro contato com a terapia na licenciatura, de facto não tive assim uma grande experiência porque não me identifiquei muito com o psicólogo, mas depois acabei por mudar para outra psicóloga e tive uma experiência mais positiva e senti-me mais confortável com ela.

André: Sim, realmente a incerteza sobre onde procurar ajuda e o receio da pessoa que nos irá receber é uma importante barreira para a procura de ajuda.

Disseste que com a nova psicóloga já te sentes mais à vontade, não é? Como é que descreverias a relação que tens com ela?

Luísa: Portanto, sinto que estou mais confortável com ela e, graças a isso, consigo partilhar mais coisas sobre mais tópicos. E acho que isso ajudou-me bastante no meu processo de terapia.

André: Sim, isso é muito bom. Outra barreira que também existe muito é a crença de que as pessoas com ansiedade social têm de que são capazes de lidar com o problema sozinhas. Não sei se poderá ter sido o teu caso. Podes falar um bocadinho acerca disso?

Luísa: Sim, eu acho que durante muito tempo senti isso e acho que até era não só a questão de achar que era capaz, era mesmo a questão de achar que não tinha alternativa e felizmente depois consegui superar isso e assim procurar ajuda.

André: As pessoas com ansiedade social também muitas vezes tendem a pensar que é apenas a sua maneira de ser ou que é da sua personalidade e podem achar que passa com o tempo ou por outro lado que é algo que não se pode mudar nem com terapia. Também te revês nisto?

Luísa: Sim, definitivamente e também acho que foi algo que fez durante algum tempo com que eu não procurasse ajuda, mas felizmente depois consegui ultrapassar isso e, portanto, agora estou em terapia e está a resultar.

André: Ok, muito bem. Outra questão muito frequente, para além do medo do julgamento dos outros, ou seja, do estigma que existe à volta da procura de ajuda, é que existe o medo de que pensem que somos os malucos ou que essas pessoas são malucas. Já alguma vez pensaste nisso?

Luísa: Sim, definitivamente. Acho que é um estigma que está muito presente e, por exemplo, penso que na minha família e em pessoas mais velhas no geral é ainda muito comum, mas felizmente acho que, por exemplo, entre os meus amigos e pessoas mais da minha idade é uma coisa que já não existe tanto e as pessoas já vão falando mais sobre questões de saúde mental.

André: Sim, é verdade. E a verdade é que todos acabamos por muitas vezes interiorizar esses rótulos que os outros nos colocam, e o estigma que existe na sociedade em relação a pessoas com algum tipo de perturbação e com pessoas que vão procurar ajuda. Alguma vez tiveste de lidar internamente com esse estigma?

Luísa: Sim, definitivamente. Lá está, havia muito essa questão de “isto é uma coisa minha, portanto sou eu que sou um bocado esquisita” e lá está quando vamos a terapia e começamos a desconstruir isso acaba por ser bastante positivo.

André: Queria só voltar agora à questão que mencionaste de não te teres identificado com a psicólogo na primeira experiência. É realmente algo que acontece muito e pode acontecer, mas que não é culpa nem do profissional nem culpa da pessoa que procura ajuda. A verdade é que, para que haja um bom desenvolvimento nesse processo terapêutico, é fundamental que existe uma boa relação terapeuta-paciente, e quando isso não acontece é normal que se originem alguns sentimentos negativos em relação à terapia e às vezes até a pessoa acaba por pôr a culpa em si próprio, mas não é verdade.

O que nós temos de lembrar a pessoas que procuram ajuda é que, não é por não ter corrido bem uma vez, que não pode vir a correr melhor com outro psicólogo e que possamos melhorar muito com a terapia. Temos o teu exemplo, que tiveste uma má experiência que não resultou e que agora estás em terapia novamente e está a correr bem. Não é?

Luísa: Sim lá está, foi um receio que tive durante algum tempo, as valeu mesmo a pena ter dado à terapia uma nova oportunidade.

André: Muito obrigado. Foi um prazer ter-te aqui e falar sobre o teu testemunho e quais é que foram as barreiras que tu tiveste e qual é a tua experiência agora em terapia.

Luísa: Muito obrigado!

TRANSIÇÃO

Apresentadora: Neste episódio, percorremos com a ajuda da Luísa, as principais barreiras que nos impedem de procurar ajuda psicológica quando temos uma perturbação da Ansiedade Social, o estigma que a sociedade coloca relativamente às pessoas que têm algum problema, o estigma internalizado, ou seja os rótulos e etiquetas que a sociedade coloca e que nós atribuímos a nós próprios, o receio de não encontrarmos a ajuda adequada e o desconhecimento dessa patologia ou acharmos que faz parte da nossa personalidade.

A verdade é que procurar ajuda eficaz para os nossos problemas não nos torna mais fracos do que as outras pessoas. Esperemos que o testemunho da Luísa, tenha sido

esclarecedor para que quem nos esteja a ouvir entenda melhor como é que uma pessoa com Ansiedade Social pensa, se sente, se comporta e os motivos que a levam a não procurar ajuda atempadamente.

Relembramos antes de nos despedirmos que responda apenas a umas breves questões no link que podem encontrar no vosso email. As respostas são muito importantes para a nossa investigação. Obrigada!

Episódio 4

Apresentadora: Olá, como estão. Hoje voltamos a ter a presença do André e da Maria, que vão estar a conversa para falar com mais detalhe sobre o que acontece numa situação típica onde a Maria sente ansiedade. Olá, André!

André: Olá!

Apresentadora: A seguir vamos escutar a tal conversa que teve com a Maria o utilizando como ferramenta um modelo utilizado nessa terapia, não é verdade?

André: Sim, é verdade. Este modelo é muito utilizado no processo de avaliação e no processo terapêutico para formular um caso de uma pessoa com ansiedade social. No fundo, iremos tentar compreender o que acontece com a Maria, como se a origina ou seu problema, mas sobretudo quais os motivos pelos que se mantém na atualidade.

Apresentadora: Vamos então passar a conversa entre o André e a Maria, no qual entenderão melhor o que estivemos a falar.

Transição

André: Olá Maria, tudo bem, sentes-te bem, confortável.

Maria: Sim, um pouco nervosa, mas acho que é normal.

André: O que eu proponho agora é que, em conjunto, façamos um exercício que vai permitir analisar com mais detalhe, com base num exemplo específico, como é que se desenrola uma situação social típica que te deixa ansiosa, para entendermos melhor como é que te comportas, como é que pensas e como é que te sentes nessa situação, o que se pretende é que façamos então, uma tradução da tua experiência para palavras. O que é que te parece?

Maria: Sim, sim, parece-me bem.

André: Ok, vamos lá. Então para isto vamos usar um modelo explicativo da ansiedade social que é muito usado na terapia cognitivo-comportamental, que ajuda a guiar a terapia da ansiedade social. Vamos de encontro ao que sentes e os motivos que te levam a sentir essas coisas. Vamos a isto?

Maria: Sim, vamos a isto.

André: Ok, pedia-te então para pensar numa situação social que te lembres melhor e que te tenha feito sentir ansiosa e na qual tenhas permanecido por algum tempo. Sabes a alguma?

Maria: Sim, a situação que me acontece mais vezes é quando eu tenho de apanhar o autocarro para me deslocar dentro da cidade e vai desde que eu entre no autocarro até sair.

André: Ok, e nessa situação que te deixou desconfortável, que tipo de pensamentos é que te passam pela cabeça e que coisas te deixam preocupada?

Maria: Então, quando eu vou apanhar o autocarro, começo logo a pensar se vou ter lugar ou não, se por alguma razão o meu cartão não vai dar, se eu depois não tenho dinheiro na carteira para comprar um bilhete, se vou atrasar a fila, o que é que as pessoas que estão atrás de mim vão pensar, se eu estou a atrapalhá-las, se vão ficar chateados, que estou a empatar para que as pessoas perderem tempo e começo a transpirar, a tremer a voz e pronto, evito até falar com o condutor.

André: Ok, é a mesma muita coisa. E visto que sentias assim, que coisas, é que pensaste que os outros podiam pensar de ti?

Maria: Acho que é mesmo que eu estou a empatar e a atrasá-los, que eu começo a bloquear a fila, que alguém fala comigo e depois eu não saiba o que dizer, que percebem que eu estou nervosa e que vejam que eu depois não consigo reagir

André: Ok, e esses pensamentos que são sobre achar que estás a incomodar os outros e que as pessoas vão notar esse teu nervosismo. Esses pensamentos que surgem na cabeça fazem-te sentir como? O que é que tu sentes?

Maria: Fazem-me sentir bastante ansiosa. Acho que o principal é mesmo ter medo de falhar, de não saber responder, e pronto que alguém se chateie ou perceba que eu estou muito nervosa e não consigo a falar com a pessoa.

André: Sim, imagino. E quanto te sente ansiosa, que sensações corporais é que notas em ti? Quais é que são as alterações físicas que sentes?

Maria: Eu começo a transpirar muito e a minha fala fica bloqueada. Eu não consigo mesmo responder à pessoa. Fico bastante corada e deixo de conseguir processar o que as pessoas me estão a dizer. As pessoas falam para mim e eu não consigo focar-me e não consigo responder.

André: Sim, é bastante comum, não conseguires tomar atenção ao que os outros, dizem porque estás muito focada em ti. E qual ou quais é que são as sensações, das que te descreveste, que te deixam mais preocupada ou mais apreensiva?

Maria: Acho que, sem dúvida, a que me preocupa mais, é eu não conseguir falar com a pessoa, porque eu bloqueio e não consigo processar o que me estão a dizer e perco o foco e não sei como reagir nem como falar com a pessoa.

André: Ok, é interessante serem essas as duas que mais preocupam. Talvez porque, se calhar, são as que são mais visíveis para as outras pessoas, que então fazem aumentar a probabilidade dos outros notarem que estás nervosa e que não estás segura de ti.

Maria: Sim, pois dessa forma faz sentido, sim.

André: Muito bem, e agora vamos passar a outra parte. A verdade é que, muitas vezes, quando as pessoas têm pensamentos negativos e quando estão preocupadas e quando tem medo de que algo possa acontecer e que elas não querem que aconteça, é normal fazerem certas coisas para se sentir seguras e para impedir que essas coisas que pensam aconteçam. Esses comportamentos têm um nome e chamam-se comportamentos de segurança. Pergunte-te há algum comportamento de segurança que tu uses e que lembram que que use?

Maria: Sim, eu acho que tento evitar a conversa a todo o custo. Caso falem para mim, eu tento não devolver a conversa e evito o contacto visual para não falarem para ninguém reparar que eu... pronto, estou bloqueada e que eu não consigo responder. Eu tento planear tudo, todo o tipo de diálogo e para ter resposta a todas as situações possíveis, caso falem para mim.

André: Esse tema de estares bloqueada e que não estares atenta ao que os outros dizem, é como se, nessa situação o teu foco já não estivesse no exterior. Talvez o foco, se calhar, vira-se mais para ti, não é? Nesse momento, onde é que tu sentes que está o foco?

Maria: Eu acho que o meu foco está mesmo no eu a pensar onde é que me vou sentar, evitar o contacto visual com as pessoas, e foco-me demasiado nos pensamentos. Por exemplo, o cartão não dar, que estou a transpirar e estou bloqueada, não consigo falar e as pessoas vão perceber que eu não estou atenta a elas.

André: Acontece muito em pessoas com ansiedade social. Quando estás preocupada, que as pessoas achem que és insegura de ti e que não sabes o que estás a fazer naquele momento, tu comesças a sentir-te mais consciente de ti própria. É como se o foco se virasse do exterior para ti, como se te observasses em terceira pessoa. Quando isso acontece, tens alguma imagem ou impressão de, como pensas que os outros te veem? Se calhar para ajuda podes imaginar que estás a realizar um filme e que vão fazer um filme sobre a tua vida, e que tu tens de dar indicações à atriz que vai fazer o teu papel, o que é que tu dirias para que ela fizesse um papel excelente.

Maria: Eu diria, para a atriz se focar muito na forma como está a agir, que não olhasse para ninguém, que estivesse quieta, que parecesse perdida, insegura de si, que não sabia o que dizer, falhava no que dizia e tentasse planear tudo como... onde se vai sentar, o que vai dizer... por aí.

André: Esta imagem, que descreveste de ti mesma, e que achas que a imagem que os outros têm de ti é realmente negativa, não é? Queria perguntar qual é a tua primeira memória de ter experienciado isso e teres essa sensação do que os outros te viam dessa maneira?

Maria: A memória que eu tenho que me marcou mais foi quando eu estava nos escuteiros. Eu tive nos escuteiros um ano e saí exatamente porque não me adaptava a interagir. No jogo de Mimica, eu não consegui fazer nada, fiquei bloqueada e toda a gente começou a dizer para mim que era fácil, que só tinha de fazer... e pronto, que eu tinha era de conseguir, porque era um jogo e não tinha nada de errado nem de complicado. Eu lembro-me que me senti bastante humilhada e por isso mesmo eu saí. Saí dos escuteiros. Lembro-me também na escola, uma vez fui apresentar um trabalho e olhei para a professora e não consegui dizer nada, apesar de até ter uma folha com os tópicos, eu

estava a ler e não conseguia falar. Fiquei mesmo bloqueada. Nessas situações eu penso bastante... como fico insegura e como fico sem saber o que dizer.

André: A imagem que tu tens de ir própria nessas situações, mais especificamente naquela situação dos escuteiros, é realmente muito parecida à imagem negativa que ainda tens de ti nesses tipos de situações sociais e que acontecem atualmente. Parece quase que nesta situação social do autocarro que estivemos a falar, onde as pessoas não estão necessariamente a ter este comportamento contigo de pressionar e humilhar, mesmo assim estas experiências passadas são recuperadas e revividas e atormentam-te. Isso faz sentido para ti?

Maria: Sim, agora que vejo dessa maneira, faz todo o sentido e tenho medo de que isso se repita. No fundo, que eu não saiba o que dizer nem o que fazer, e que as pessoas percebam isso e falem sobre isso.

André: Ainda bem que te faz sentido e que estamos a conseguir fazer uma ligação entre a tua experiência passada e os acontecimentos de agora. Agora, se voltarmos às tais sensações corporais que tu experiencias, como o suar, o bloquear a fala e não compreender os o que os outros dizem. Consideras que a tal imagem negativa de ti própria tende a surgir quando sentes estas alterações e sensações de ansiedade? Dá para fazer essa ligação?

Maria: Sim, normalmente quando começa a ter esses sintomas, a minha cabeça inundada com esses pensamentos de que os outros me veem como uma pessoa insegura e que não sabe o que está a fazer.

André: E agora, se tomarmos atenção aos comportamentos de segurança de que falamos, o evitar falar com os outros, o não desenvolver muito as conversas que tens e planear tudo ao pormenor. Será que eles não te fazem também sentir mais consciente de ti própria, mais focada em ti e, por consequência, essa imagem negativa de ti surge mais vezes? Faz sentido?

Maria: Sim, isso descreve bem o que acontece.

André: Ok. Então dá pra afirmar que tanto as sensações corporais... o soar, etc., como os comportamentos de segurança, por exemplo, não desenvolver a conversa, estão associados e alimentam o tal aumento do foco em ti própria e por sua vez aumenta a imagem negativa do que falámos há bocado.

Maria: Sim faz todo sentido.

André: E finalmente, esta imagem negativa de ti, consideras que ela te confirma e te faz ter mais convicção sobre aqueles pensamentos negativos que surgem logo e que tens que algo vai correr mal ou que vai te atrasar e as pessoas vão se chatear contigo, que vais bloquear? E também se achas que aumenta a probabilidade de eles serem verdade e que os outros vão te ver dessa maneira?

Maria: Sim, eu acredito muito mais neles e também penso mais neles.

André: Então é como se a imagem negativa que tu tens reforçasse esses pensamentos negativos e se solidificasse essas crenças e que os outros vão pensar em ti, não é? Ou seja, no futuro esse pensamento mantém-se e em outras situações eles vão aparecer novamente e até vão ficar mais fortes.

Agora, que já fizemos essa descrição do teu caso, diz-me. O que fizemos aqui hoje, pareceu-te bem? Achas que o exercício conseguiu descrever o que tu sentes, te pensas e fazes nestes tipos de situações sociais que te deixam ansiosa. Pode-se dizer isso?

Maria: Sim, acho que este exercício me ajudou a entender certos comportamentos e pensamentos que eu tenho durante essas situações e entender a relação entre elas. Acho que representa bem o que costuma acontecer nestes tipos de situações, e o que foi descrito não aconteceu nesta situação do autocarro, mas também nas outras situações sociais que me causam ansiedade.

André: Sim, dá para pegar neste exemplo e vemos que se repete em várias situações. Ainda bem que o exercício se mostrou uma ajuda para ti e para te conhecer melhor. Muito obrigado mais uma vez por teres aceite de vir a este podcast e a dar-te a destino.

Maria: Obrigada!

Transição

Apresentadora: Neste episódio contamos com a presença de André e Maria, que fizeram um exercício sobre a adaptação de um deus aplicativo da ansiedade social ao caso da Maria. Percebemos o que acontece com a Maria numa situação social que lhe causa ansiedade (andar do autocarro). Percebemos quais são os pensamentos negativos, comportamentos e sentimentos nessa situação social. No próximo episódio vamos falar

sobre o qual pode ser o tratamento para a perturbação de ansiedade social, qual deles o mais eficaz e também o que se faz neste tipo de tratamento. Muito obrigada por ter ouvido este episódio e pedimos que não se esqueça de responder a umas breves questões no link que podem encontrar no seu email. As suas respostas são muito importantes para a nossa investigação. Até a próxima!

Episódio 5

Apresentadora: Olá, mais uma vez bem-vindos. Se bem se lembram, no episódio anterior estivemos a conversa com o André e também ouvimos uma conversa entre o André e a Maria. Essa conversa foi acerca da elaboração de um modelo que explicasse o processo de ansiedade que a Maria sente quando chega a uma situação social usando o modelo do autocarro. Hoje vamos conversar com o André sobre em que consiste realmente a terapia cognitivo-comportamental, sobre quais os seus princípios e a base teórica da terapia, quanto costuma durar, o que será pedido à pessoa como quais questões são trabalhadas na terapia para a cidade social. E antes de começar, eu queria só fazer uma pergunta. O que acontece com a Maria nestas situações é comum a muitas pessoas? Olá desde já!

André: Olá! Sim, bem, aquilo que Maria nos descreveu é o modelo dela, ou seja, é um quadro que é composto pelos pensamentos, comportamentos e sintomas físicos dela. O que tem sido demonstrado na literatura sobre a ansiedade social é que, sim, existem características comuns entre as pessoas com a ansiedade social quando estão nessas tais situações que lhes causam ansiedade. A teoria dos investigadores que criaram o modelo, Clark e Wells, é precisamente uma das pessoas que tem que explicar o fenómeno psicológico que é a ansiedade social.

Apresentadora: Então o modelo engloba aspetos comuns a todas as pessoas com a ansiedade social, mas é suficientemente flexível para se adaptar a cada caso certo?

André: Exatamente isso mesmo. O que o modelo diz que é transversal a todas as pessoas com ansiedade social é que, perante a situação social temida e ansiogénica, a pessoa tem uma série de pensamentos ou crenças automáticas que vão desde medos do que possa acontecer, a algo constrangedor e negativo, até ao que os outros podem pensar e como os outros vão julgar. Esses pensamentos negativos, por um lado, dão origem sintomas de ansiedade, entre os mais comuns o suar, batimentos de coração acelerado,

corar, tremores de mão e, por outro lado, dão origem a comportamentos de segurança que são as tentativas de evitar e controlar o que é temido nos pensamentos, como por exemplo evitar o contacto visual, não falar tanto para não chamar a atenção e assim ninguém de julgar. Outra característica, que é como a todas as pessoas com ansiedade social e que está presente no modelo, é a consciência de si próprio, ou seja, existe uma mudança do foco da atenção do exterior para si próprio. Ao invés da pessoa ter a atenção focada mais no exterior, no que as pessoas fazem, no ambiente que os rodeia, a pessoa fica hipersensível e hiperfocada no que está a fazer e a sentir nesse momento, e cria uma imagem de si própria que ela assume como sendo o que os outros estão a ver dela. Esta imagem é normalmente e maioritariamente negativa, pois a pessoa tem um viés que a faz estar muito mais atenta aos defeitos e falhas do que aos aspetos bons.

Essa imagem negativa de si alimenta e confirma naturalmente os pensamentos negativos e dá força a eles, e portanto, em situações futuras, em outras situações iguais ou em outras diferentes, estes pensamentos já estão automatizados e parecem mais prováveis e mais reais, cada vez mais reais. Este modelo é utilizado na terapia cognitivo comportamental, tanto para explicar a origem da perturbação, mas também para explicar e que às vezes é muito mais importante como é que ela se mantém ao longo do tempo.

Apresentadora: Vejo que existe uma tendência para usar a terapia cognitivo-comportamental quando falamos da cidade social. Agora pergunto-lhe qual é a melhor terapia ou aquela que é mais eficaz para o tratamento da ansiedade social?

André: Ora, bem, algo que temos de ter em conta antes é que na psicologia temos o cuidado de afirmar que uma terapia é melhor que outra. Porquê? Porque a terapia serve para servir uma pessoa, o paciente, e cada pessoa é diferente. Uma pessoa é diferente da anterior e diferente da próxima, e, portanto, temos de ter atenção que o critério é mais importante para decidir que, ok, é esta a terapia que vamos usar é se a pessoa se identifica com ela, se compreende o propósito dessa terapia e se sente bem, ou, pelo contrário, se a terapia não está a ter a ressonância na pessoa.

A verdade é que, apesar disso, existe-se em investigação, que nos diz qual é que pode ser a mais eficaz... qual é que pode ser a terapia mais indicada para este tipo de perturbação, neste caso a ansiedade social. Segundo a Associação de Psicologia Americana, que é uma associação de Psicologia das mais conceituadas, esta terapia... a

terapia cognitivo-comportamental, é realmente a que demonstra mais e melhores evidências empíricas de que é eficaz no tratamento da ansiedade social. A terapia cognitivo-comportamental afirma que os pensamentos, as emoções e os comportamentos estão relacionados e interligados, e como tal, se alterarmos um deles, é capaz de modificar os problemas que existam noutros.

Apresentadora: Ok, faz todo o sentido. Podia explicar em que consiste então a terapia cognitivo-comportamental? Para ser mais esclarecedor.

André: A terapia cognitivo-comportamental é uma psicoterapia estruturada, costuma ser de curta duração e que direciona a sua ação para a resolução de problemas do agora e modificar pensamentos e comportamentos de que, de alguma maneira, são disfuncionais, ou seja, que são inadequados ou até inúteis e que não servem um propósito bom. Esta terapia compreende que o paciente tem crenças e comportamentos específicos nos quais temos de tentar mudar esses pensamentos para tentar produzir uma mudança de um estado emocional mais negativo e menos adaptativo para um estado emocional e comportamentos que sejam mais adaptativos e que ajudem a pessoa a ter uma melhor qualidade de vida.

Apresentadora: A terapia foca-se então nos pensamentos que não são tão bons e em como mudá-los para algo que cause menos desconforto e que seja mais saudável, Certo?

André: Exatamente. No fundo é que em cada perturbação existe maioritariamente pensamentos negativos e disfuncionais que, num ponto de vista desta terapia, são a razão para o mal-estar do indivíduo e o porquê de tanto sofrimento. E ao identificarmos e modificarmos esses comportamentos que estão mal, vamos-te conseguir produzir mudanças significativas, como disse anteriormente.

Apresentadora: Como costuma então ser a interação entre o paciente e o terapeuta? Pergunto isto porque pode ser uma questão que muita gente tem, não é?

André: Sim, ainda bem que produzam isso, porque é realmente um dos aspetos até mais importantes de toda a terapia. Diria mesmo que é até fundamental para que o processo seja positivo e produza reais melhorias. Nós chamamos a esta relação a aliança terapêutica. Aliança terapêutica é o quê? É um ponto muito importante e que existe em todos estes tipos de terapia. Não estamos só de falar desta terapia. Nesta terapia, na terapia

cognitivo- comportamental, esta aliança é promovida à base de confiança, de afeto, de empatia, de atenção e interesse genuínos que o psicólogo tem pela situação da pessoa. Pois é muito importante que o paciente se sinta completamente à vontade para partilhar temas que muitas vezes são pessoais e causam muita dor, como podem imaginar.

É uma relação de suporte em que o paciente é muito ativo e o terapeuta está presente para dar então as ferramentas e a informação sobre que outras alternativas existem para solucionar o problema da pessoa. O objetivo é que a terapia seja educacional e que o indivíduo, no fim da terapia, tenha reunido várias competências e tenha aprendido a solucionar futuros problemas até de forma autónoma, sem precisar da ajuda do psicólogo.

No caso da ansiedade social é especialmente importante esta relação, porque as pessoas com ansiedade social já têm muitas dificuldades e muitos medos relacionados com a confiança e o medo de julgamento dos outros. Portanto, o próprio momento da consulta já é uma situação que persista ao caso da muita ansiedade.

Apresentadora: Sim, imagino o quão assustador pode ser uma pessoa com ansiedade social e interagir com uma pessoa desconhecida para falar exatamente das questões muito pessoais. Quando o tempo demora mais ou menos este tipo de terapia?

André: Bem, o intuito da terapia cognitivo ou comportamental é que ela seja focada no presente e nos problemas atuais da pessoa e, como tal, tenda a ser limitada no tempo. Existem muitos pacientes que conseguem chegar a um estado mais adaptativo, mais saudável, dentro de aproximadamente seis a nove meses. Contudo, cada caso é um caso e, sempre com o acordo do indivíduo, esta duração pode diminuir ou ser estendida. A sessão pode demorar normalmente de 45 minutos a uma hora, sendo que pode haver sessões mais curtas ou mais longas, em função de quais são os objetivos específicos dessa sessão. No início as sessões costumam ser mais frequentes, por norma uma vez por semana, mas à medida que a terapia evolui e a pessoa começa a ser mais autónoma, as sessões começam a ser cada vez mais curtas e mais espaçadas, até que chega o momento em que já não é necessário ajuda do psicólogo e a pessoa já está capacitada para lidar com os problemas por si só.

Apresentadora: Muito esclarecedor. E o que será pedido a uma pessoa com ansiedade social que faça, nesse contexto, de terapia.

André: OK... o que é pedido normalmente na terapia cognitivo-comportamental é que se discuta pensamentos. Vão desde pensamentos automáticos, que são aqueles que surgem automaticamente quando estamos perante as situações temidas e ansiogénicas e serve para que consigamos encontrar alternativas a esses pensamentos negativos com pensamentos que causam menos mal-estar.

São também feitos exercícios de focalização da atenção, que normalmente está no exterior, para que passe para o exterior pois, como já sabemos, as pessoas com a cidade social tendem a focar-se muito em si próprias e no que está a acontecer com eles, algo que incomoda e inunda a pessoa de sentimentos negativos.

Podem ser feitas experiências comportamentais no quais as pessoas podem conhecer realmente o que é que os outros pensam delas, em vez de mudar alguma imagem negativa que tenham de si próprias. No fundo, o objetivo é que se faça uma reestruturação cognitiva, ou seja modificar a maneira como a pessoa pensa sobre si e sobre o que os outros pensam de si. Será feita então uma tentativa da aproximação da pessoa às situações temidas, sempre de modo progressivo, com calma, para que a pessoa reduza a ansiedade que sente quando está nessas situações.

Apresentadora: Muito bem, acho que deu para ter uma noção do que é terapia e do que é que as pessoas podem esperar se procurarem esta ajuda terapêutica.

Muito obrigada por nos ter elucidado sobre a terapia cognitivo-comportamental, que é terapia mais eficaz para o tratamento da ansiedade social, e por nos ter dado a oportunidade de compreender o que é feito nessa terapia.

André: Obrigado, sempre com muito gosto.

Apresentadora: Chegou ao fim o nosso podcast. Espero que vos tenhamos esclarecido sobre as mais diversas dúvidas que tivessem sobre a perturbação da ansiedade social. Também que os testemunhos tanto da Maria como da Beatriz tenham sido uma mais-valia para vos dar a conhecer um bocadinho de como é viver com essa perturbação e que tenham percebido a grande importância dos usufruir de ajuda profissional e, como ouviram, tenham excelente prognóstico e aumenta de forma significativa a qualidade de vida das pessoas.

Muito obrigada por ter aceitado estar connosco durante estes cinco episódios e não se esqueça de responder a mais breves questões que podem encontrar no link que está na sua e-mail. A sua resposta é muito importante para a nossa investigação!