

Patrícia Cecília Melo de Soares Gomes

**Estudo piloto: Eficácia de um programa para aumento da
literacia relacionado com a perturbação obsessivo-
compulsiva dirigido a profissionais de segurança privada.**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2024

Patrícia Cecília Melo de Soares Gomes

Estudo piloto: Eficácia de um programa para aumento da
literacia relaciono com a perturbação obsessivo-compulsiva
dirigido a profissionais de segurança privada.

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho elaborado sob a orientação da Professora

Doutora Antónia Maria Jiménez Ros



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2024

Estudo piloto: Eficácia de um programa para aumento da literacia relacionado com a perturbação obsessivo-compulsiva dirigido a profissionais de segurança privada.

Declaração de autoria de trabalho

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

(Patrícia Cecília Melo de Soares Gomes)

Copyright by Patrícia Cecília Melo de Soares Gomes

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

*A vida tem duas faces:
Positiva e negativa.
O passado foi duro
mas deixou o seu legado
Saber viver é a grande sabedoria
Que eu possa dignificar
Minha condição de mulher,
Aceitar suas limitações
E me fazer pedra de segurança
dos valores que vão desmoronando.
Nasci em tempos rudes
Aceitei contradições
lutas e pedras
como lições de vida
e delas me sirvo
Aprendi a viver.*

Ana Lins dos Guimarães Peixoto

Agradecimentos

“As pessoas felizes lembram o passado com gratidão, alegram-se com o presente e encaram o futuro sem medo.”

Epicuro

Não seria possível começar esta dissertação, sem fazer uma introspeção de tudo e de todos aqueles que me trouxeram até aqui.

No mesmo segundo que parece ter sido ontem que toda esta aventura começou, também me aparenta ter passado uma outra vida. Os momentos foram vividos com um enorme sentido de responsabilidade e com o peso que esta acarreta, mas foram inúmeras as conquistas pessoais e o sentir do verdadeiro gosto de *“tu estás mesmo a fazer isto”*.

O meu crescimento pessoal foi incalculável e a minha paixão por esta área tornou-se um verdadeiro e grande AMOR.

Sinto uma profunda gratidão pela aprendizagem ao longo destes anos, à qual reconheço a todos os professores a passagem de conhecimento, a entrega, a sabedoria, de todas as temáticas, que me acresceram e me tornaram muito mais.

À minha orientadora de dissertação, Prof^a. Dra. Antónia Ros um tremendo OBRIGADA, pela paciência, pela colaboração, apoio e sobretudo por ter percebido desde o início a minha realidade enquanto trabalhadora, por me ter visto, sem nunca ter descorado aquilo que eu sou.

Aos meus pais, devo tudo aquilo que sou, o que tenho de melhor. Em especial à minha mãe, que mesmo no silêncio, sempre acreditou que eu seria capaz de o fazer, obrigada minha mãe por tudo o que suportaste para que nada me faltasse, o meu orgulho por ti é INABALÁVEL.

Ao meu querido pai... devo este meu espírito voraz, a capacidade de acreditar, de sonhar, e a minha grande tentativa de nunca vos falhar. Perdi demasiado ao te perder, mas ganhei a capacidade de valorizar firmemente as minhas pessoas, todos os dias do meu existir!!!

À minha irmã, a minha guerreira, que outrora depositou mais em mim do que eu própria, obrigada por toda a nossa história, hoje podemos ter alguns quilómetros que nos separam, mas foste e continuarás sempre a ser, a minha verdadeira musa.

Sem vocês nada seria possível, obrigada por me ajudarem a erguer depois de cada queda, obrigada pelos valores pessoais que me transmitiram, obrigada pela educação maravilhosa que me tornou a mulher que sou.

Obrigada aos amigos que ou longo desta vida me foram ensinando outras temáticas, em especial à Monica, a minha amiga de sempre, com quem desfrutei os melhores e os mais difíceis momentos ao longo da minha jornada de viver, aquela que me permitiu ter os momentos mais

leves neste trajeto, sem nunca desacreditar que a nossa amizade é válida, mesmo quando o tempo, não me permitia acompanhá-la.

À Sónia, a autêntica companheira de todas as lágrimas e sorrisos que este caminho providenciou. A única que realmente podia perceber o quão difícil foi percorrer esta estrada, os momentos de desespero, as dúvidas, a incapacidade de visualizar o final deste percurso, mas também a única capaz de entender como cada marco alcançado era sentido como uma vitória ímpar. Foi com este percurso que nos cruzámos e nos tornámos VERDADEIRAS amigas, e só por isso, já eu serei eternamente grata!

À Salomé que me devolveu a luz, quando quase desisti, por me estar a sentir incapaz de concluir este estudo, que fez parte de momentos muito especiais da minha história, não conseguiria deixar passar, sem deixar um enorme obrigada, *TU ÉS GRANDE!*

À minha empresa COPS, a todos os colegas que participaram para que este estudo fosse possível, ao Miguel Ferreira o meu enorme OBRIGADA, pela abertura e disponibilidade para que a investigação tivesse seguimento e viabilidade.

Quando comecei a dar os primeiros passos neste trilho, sabia de antemão que iria desenvolver o meu eu e conquistar valências desconhecidas, mas não sabia que esse crescimento seria tão vasto e que a paixão por tudo aquilo que diz respeito à mente humana, se tornaria numa forma de vida. Sou de princípios muito definidos, mas a Psicologia tornou-me numa imensidão de sentires ainda mais vivos!!!

...Não sabendo traduzir em palavras tudo aquilo que cada um de vós significa, manter-me-ei fiel a mim mesma, acreditando que ao longo da minha caminhada, de uma forma ou de outra, saberei demonstrar toda a minha gratidão...

OBRIGADA...

Resumo

A perturbação obsessivo compulsiva (POC) é uma condição incapacitante dado o sofrimento associado e o impacto na qualidade de vida dos indivíduos, esta pode apresentar elevados níveis de comprometimento social e profissional. Esta condição carrega um estigma associado, principalmente nas vertentes mais hostis, o que diminui a procura de ajuda, aumentando a tendência para esconder a sintomatologia. Segundo vários estudos níveis elevados de Literacia em saúde mental (LSM) podem estar associados a uma procura mais ativa de ajuda profissional, a uma maior abertura psicológica, menor distanciamento social e níveis de estigma mais reduzidos.

Propusemo-nos a este estudo para comparar a viabilidade e eficácia, num estudo piloto, com base num programa de intervenção através das redes sociais, destinado ao aumento da literacia associado à POC. Participaram no estudo 61 indivíduos com a profissão de segurança privada, com idades compreendidas entre os 22 e os 66 anos.

Foi pedido aos participantes que visualizassem a história do José, repartida em 12 episódios, no caso da condição experimental: Programa literacia POC e no caso da condição de controlo: Programa literacia Enfarte do Miocárdio.

Os resultados da comparação entre os programas sugerem-nos que um programa para aumento de LSM direcionado à POC, estruturado de forma sequencial, pode contribuir para a destigmatização e para o aumento da LSM. Dado ao número reduzido da nossa amostra, e tratando-se de um estudo piloto, os resultados deste poderão ser replicados em ensaios clínicos controlados.

Palavras-Chave: Perturbação obsessivo compulsiva (POC); Literacia em saúde mental (LSM); Estigma; Distanciamento social; Procura de ajuda.

Abstract

The Obsessive-compulsive disorder (OCD) it is a disabling condition given the associated suffering and impact on individuals' quality of life, which can present high levels of social and professional decrease. This condition carries an associated stigma, especially in the most hostile aspects, which reduces the search for help, increasing the tendency to hide the symptoms. According to several studies, high levels of Mental Health Literacy (MHL) may be associated with a more active search for professional help, and a greater psychological openness, less social distancing and lower levels of stigma.

We set out to carry out this study to compare the feasibility and effectiveness, in a pilot study, based on an intervention program through social networks, aimed at increasing literacy related to OCD. Participated on this study 61 individuals with a private security profession, aged between 22 and 66.

Participants were asked to view José's story, divided into 12 episodes, in the case of the experimental condition: OCD literacy program and in the case of the control condition: Myocardial Infarction literacy program.

The results of the comparison between the programs, suggest that a program to increase MHL aimed at OCD, structured in a sequential manner, can contribute to destigmatization and an increase in MHL. Given the small number of our sample, and as it is a pilot study, the results of this study could be replicated in controlled clinical trials.

Keywords: Obsessive compulsive disorder (OCD); Mental health literacy (MHL); Stigma; Social distancing; Looking for help.

Índice

1	Introdução	1
1.1	Objetivos e hipóteses.....	7
2	Metodologia	9
2.1	Amostra.....	9
2.2	Instrumentos.....	11
2.2.1	Formulário de informação pessoal.	11
2.2.2	<i>Attribution Questionnaire</i> (AQ-09).	11
2.2.3	Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM).	11
2.2.4	<i>Social Distance Scale</i> (SDS) (Link 1987).....	12
2.2.5	<i>Mental Health Literacy Questionnaire</i> (MHLQ) (Chaves 2022).....	13
2.2.6	Pré teste.	13
2.2.7	Programa literacia POC.	14
2.2.8	Programa literacia Enfarte Miocárdio.....	14
2.3	Procedimento.....	14
2.3.1	Recolha de dados.	14
2.3.2	Análise e tratamento de dados.....	17
3	Resultados	18
3.1	Análise dos dados sociodemográficos da amostra inicial e os níveis de LSM.....	18
3.2	Análise das diferenças entre grupos (CE vs CC), nas variáveis em estudo, no momento pré-intervenção (momento 1).	23
3.3	Análise do efeito da Intervenção nas variáveis em estudo.....	24
3.3.1	Estigma (AQ-09)	24
3.3.2	Procura de Ajuda (IAPSSM).....	27
3.3.3	Distanciamento Social (SDS-A)	32
3.3.4	Literacia em Saúde Mental direcionada à POC (MHLQ)	33
4	Discussão dos resultados	37
5	Referências Bibliográficas	43

Índice de tabelas

Tabela 1. Diferença entre sexo e variáveis LSM.....	19
Tabela 2. Coeficiente de correlação de Pearson entre idade e variáveis LSM.....	19
Tabela 3. Diferença entre escolaridade e variáveis LSM.....	21
Tabela 4. Diferença entre condição grupo nas variáveis LSM no Momento 1	23
Tabela 5. Efeito intervenção nos 2 momentos _ Estigma	25
Tabela 6. Efeito intervenção nos 2 momentos _ IAPSSM.....	32

Índice de figuras

Figura 1. Fluxograma do procedimento experimental	10
Figura 2. Esquema do procedimento experimental.....	16
Figura 3. Interação variáveis vs. Momento AQ09.....	26
Figura 4. Diferenças variável Pena	28
Figura 5. Diferenças variável Medo.....	28
Figura 6. Diferenças variável Segregação.....	29
Figura 7. Avaliação 1 e 2 momento relativamente à Abertura psicológica	30
Figura 8. Avaliação 1 e 2 momento relativamente à Indiferença ao estigma	30
Figura 9. Avaliação 1 e 2 momento relativamente à Procura de ajuda.....	31
Figura 10. Avaliação 1 e 2 momento relativamente à escala IAPSSM	31
Figura 11. Efeito da intervenção nos 2 momentos relativamente ao distanciamento social...33	
Figura 12. Efeito da intervenção nos dois momentos relativamente à LSM aplicada à POC. 34	
Figura 13. Verificação das diferenças nos momentos 1 e 2 relativamente aos níveis gerais de LSM na CE.....	35
Figura 14. Verificação das diferenças nos momentos 1 e 2 relativamente aos níveis gerais de LSM na CC.....	35

Índice de abreviaturas

AQ-09: *Attribution Questionnaire* (estigma)

CE: Condição Experimental

CC: Condição de Controlo

COPS: Companhia Operacional de Segurança

DP: Desvio Padrão

DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

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

LS: Literacia em Saúde

LSM: Literacia em Saúde Mental

MHLQ: *Mental Health Literacy Questionnaire*

M: Média

POC: Perturbação Obsessivo Compulsiva

SPSS: *Statistical Package for Social Sciences*

SDS: *Link Social Distance Scale*

Índice de apêndices

Apêndice 1. Questionário de dados pessoais.....	60
Apêndice 2. Descrição do pré teste	62
Apêndice 3. Guião POC contaminação	65
Apêndice 4. Guião Enfarte miocárdio.....	77
Apêndice 5. Diferenças condição grupo (amostra total N = 61)	87
Apêndice 6. Verificação níveis de Estigma (momento 1 vs. momento 2)	89
Apêndice 7. Verificação níveis de Estigma (Representação gráfica).....	90
Apêndice 8. Verificação níveis de Abertura Psicológica (momento 1 vs. momento 2).....	91
Apêndice 9. Verificação níveis de distanciamento social (momento 1 vs. momento 2).....	92
Apêndice 10. Verificação níveis de LSM aplicada à POC (momento 1 vs. momento 2)	93
Apêndice 11. Verificação níveis gerais de LSM (momento 1 vs. momento 2).....	94
Apêndice 12. Verificação condições experimentais criadas e variáveis sociodemográficas..	96

Índice de anexos

Anexo A. Consentimento informado para participação (EUSurvey)	49
Anexo B. <i>Attribution Questionnaire</i> (AQ-09)	51
Anexo C. Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM).....	53
Anexo D. <i>Social Distance Scale</i> (SDS).	55
Anexo E. <i>Mental Health Literacy Questionnaire</i> (MHL) adaptado por Chaves (2022)	56
Anexo F. Autorização da Empresa para a Realização do Estudo nos seus Colaboradores	58

1 Introdução

Embora nos dias de hoje, a saúde mental tenha ganho algum destaque, e que no nosso quotidiano já se fale mais abertamente sobre o tema, ainda perpetua o tabu. O nosso crescimento é muito pautado por crenças disfuncionais como por exemplo “não chores Pedro, pois um homem forte não pode chorar”, estas frases que acompanham o nosso desenvolvimento, tornam-nos permeáveis a estas crenças, que mais tarde se podem tornar desadaptativas e castradoras.

A perturbação obsessivo-compulsiva (POC) é caracterizada pela presença de obsessões e /ou compulsões. As obsessões são pensamentos, e/ou imagens recorrentes, persistentes e são sentidas como intrusões indesejadas, as compulsões são comportamentos repetidos ou atos mentais que o indivíduo se sente tentado a realizar em resposta à obsessão ou de acordo com regras que têm de ser aplicadas rigidamente (DMS-5, 2014). Fenomenologicamente a POC pode ser entendida como o crescimento de sinais internos centrados na perceção errónea de “algo que está mal” numa determinada situação, ficando o pensamento preso nesse episódio, isto tende a gerar ansiedade, ativando comportamentos recorrentes, destinados a aliviar essa tensão emocional (Baptista & Neto, 2022). A POC é uma condição incapacitante dado o sofrimento associado e o impacto na qualidade de vida dos indivíduos, esta pode apresentar elevados níveis de comprometimento social e profissional (Baptista & Neto, 2022). Estando frequentemente associada ao prejuízo do funcionamento geral, como a dificuldade de um bom emprego e dificuldades de relacionamentos interpessoais. Indivíduos com esta perturbação, sofrem durante anos, antes de procurar ajuda, sendo que a POC pode causar prejuízo elevado (Barlow, 2016).

Comparativamente a outras perturbações a POC é pouco frequente, mas não tao incomum como se julgava inicialmente (0,05%). Um dos estudos mais importantes foi o *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) realizado em cinco comunidades dos EUA onde o valor de prevalência da POC aos 6 meses foi de 1,6% e a prevalência ao longo da vida foi de 2,5% (Macedo, Pereira, & Andrade, 2016).

Neste sentido, os indivíduos que padeçam de uma perturbação mental, principalmente patologias mais gravosas, não obstante a confrontação com a sintomatologia que esta acarreta, ainda têm de lidar com o estigma associado, pela falta

de conhecimento. As atitudes estigmatizantes seguem alguns pressupostos centrais, tais como, a tendência a julgar que o doente mental deve ser temido, e/ou que são mentes demasiado rebeldes e livres, ou seja, o indivíduo tenderá para comportamentos discriminatórios, o que dará origem ao estigma social (Corrigan, 2004; Rusch, Angermeyer & Corrigan, 2005). Interpretações erróneas, crenças negativas sobre a saúde e estigma tornam-se barreiras na procura de ajuda profissional para o tratamento de perturbações mentais (Andrade et al., 2014).

A organização mundial de saúde define literacia como sendo um conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade individual de cada indivíduo para procurar e usar a informação disponível de forma a aumentar / manter a sua qualidade de saúde. Literacia representa a capacidade de tomada de decisões informadas e conscientes, no dia a dia e com recurso aos materiais disponibilizados no seu quotidiano (OMS, 2022). A literacia implica não só conhecimento, mas a motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação sobre saúde, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões conscientes (Costa, Saboga-Nunes & Costa, 2016). Esta implica a evolução, de uma definição de natureza cognitiva, a qual aludia apenas a aquisição de competências, para uma definição ligada à capacitação em saúde, que tem em conta, não só a componente pessoal, mas também a componente social do indivíduo, assumindo-se como a capacidade de tomada de decisão consciente. Desta forma, a literacia desenvolve-se ao longo da vida, através da capacitação e educação formal, bem como a aprendizagem informal (Ribeiro, 2021).

Portugal é o país que apresenta uma menor percentagem de pessoas com um nível excelente de literacia em saúde (8,6%) em comparação com a média europeia de 16,5%, no entanto é o segundo país no que se refere à percentagem de nível suficiente em literacia em saúde (42,4%) em comparação com a média europeia de 36%. Relativamente a níveis problemáticos, Portugal apresenta um valor elevado (38,1%) em detrimento da média europeia de 35,2% (Ribeiro, 2021).

A saúde mental é uma das áreas em saúde que mais alterações tem tido ao longo das últimas décadas. A expressão Literacia em Saúde Mental (LSM) foi introduzida e definida por Jorm *et al.* em 1997 para se referir a um conjunto de componentes que incluem: A capacidade de reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos de sofrimentos psíquico; Conhecimento e crenças sobre os fatores e causas de risco;

Conhecimento e crenças sobre intervenções de auto ajuda; Conhecimento e crenças sobre ajuda profissional disponível; Atitudes que facilitem o reconhecimento e a procura de ajuda adequada; e o Conhecimento sobre como procurar informação sobre saúde mental (Loureiro, et al., 2012). Desta forma a LSM refere-se ao conhecimento e crenças que um sujeito tem sobre identificação, gestão e prevenção de perturbações mentais. É a aptidão do indivíduo em reconhecer distúrbios específicos, a capacidade de procura de informação e as atitudes que promovam o reconhecimento e a procura de ajuda (Altuncu, et al., 2023).

A partir desta definição torna-se perceptível as consequências que podem advir de níveis reduzidos em LSM, pois espera-se que níveis baixos de LSM impeçam o reconhecimento precoce de sintomas, quer em si, quer nos outros, e como tal a procura tardia de ajuda, e por consequência o contínuo agravar dos sintomas (Loureiro, et al., 2012). Neste sentido a LSM deve tornar-se um princípio fundamental dos programas de saúde escolar, pois perspectiva não só a adoção de comportamentos mais saudáveis, mas sobretudo porque implica a aquisição de competências para obter informação, avaliação e a sua aplicação no dia a dia, tornando os indivíduos mais autónomos, críticos e ativos (Loureiro, et al., 2012).

Estudos sugerem que a falta alfabetização em saúde mental, pode gerar preconceito e discriminação, sugerindo que este estigma leve à procura tardia de ajuda e reconhecimento da doença. Os resultados destes estudos mostram que em geral, a estratégia educativa melhorou o conhecimento sobre a doença e tratamento, assim como permitiu alcançar habilidades para lidar com sintomas (Chaves, et al., 2021).

Segundo vários estudos, a POC pode levar ao estigma, principalmente na dimensão das obsessões repugnantes, por vergonha e sentimento de falta de pertença, o que se torna uma barreira na procura de ajuda, o reconhecimento da perturbação mental torna-se, portanto, uma preocupação adicional, uma vez que a incapacidade para reconhecer o que eles próprios ou outros possam estar a experienciar, aumenta a relutância na procura de tratamento (Altuncu, et al., 2017). Barlow (2016) faz referência a um estudo em que adolescentes testemunharam que, a determinada altura, se retraíram socialmente para evitar a contaminação e poupar energia para os comportamentos relacionados com a POC (Barlow, 2016).

O auto estigma também se revela uma barreira na procura de ajuda precoce, e advém do estigma social, isto é, o indivíduo assume que as atitudes estigmatizantes estão corretas, fazendo com que a sua autoestima diminua e cresça a insegurança para assumir a sua doença (Andrade et al., 2014; Wei et al., 2015). Na tentativa de evitar o estigma, os indivíduos com perturbação mental podem acabar por não procurar ajuda profissional (Rusch, Angermeyer & Corrigan, 2005). Estudos assinalam, como a vergonha, a culpa o medo do julgamento e do estigma social, podem contribuir para a procura de ajuda tardia, nos indivíduos com sintomatologia POC (Steinberg & Wetterneck, 2015). Indivíduos com POC acreditam que o próximo irá nutrir reações negativas sobre ele, e sobre a sua sintomatologia e por isso tendem a esconder os sintomas, acreditando ser uma estratégia para que a sociedade que os rodeia, não lhes vire as costas (Chaves, et al., 2021).

Desta forma, níveis elevados em LSM parecem mostrarem-se particularmente relevantes para uma boa saúde mental, pois a falta de reconhecimento sobre a doença mental pode aumentar as barreiras na procura de ajuda e por consequência atrasar o tratamento psicológico (Altuncu, et al., 2023). Estudos mais recentes indicam que o nível geral em LSM é baixo e por isso o crescimento de estudos nesta área, com o objetivo de aumentar os níveis de LSM, a identificação precoce de problemas de saúde mental, uma maior adesão ao tratamento e o aumento da eficácia dos cuidados de saúde mental (Ferreira, 2023).

São vários os estudos realizados que demonstram indícios de eficácia no aumento de níveis de LSM relacionados com perturbações psicológicas, com o objetivo de promover campanhas educativas para aumentar a LSM, acreditando que o tempo na procura de ajuda diminuirá. Glazier & McGinn, 2015 sugerem que a intervenção por meio de um vídeo psicoeducativo, foi capaz de mudar comportamentos de distanciamento social e crenças negativas sobre indivíduos com perturbação mental. Outro estudo, criou um género de aplicativo para telemóvel que consistia num vídeo jogo, com o objetivo de aumentar os níveis de LSM e consequentemente redução de atitudes estigmatizantes (Chaves, et al., 2021). Outro estudo feito a indivíduos religiosos (clérigo), mostra a relevância do conhecimento sobre a POC, uma vez que, ainda nos tempos modernos, são várias as pessoas a recorrer a estas instituições quando se sentem “perdidas”. Este estudo revelou a falta de conhecimento sobre POC nesta população, notando-se a falta de conhecimento sobre a amplitude e as diferentes manifestações desta perturbação

(Gouniaia, Smithb & Leontec, 2021). Um estudo piloto aplicado numa amostra portuguesa, sugere que um vídeo utilizado com o conteúdo educativo se mostrou uma ferramenta adequada para a diminuição do estigma associado a problemas psicológicos (Gonçalves & Moleiro, 2016).

Outros autores sugerem a utilização das novas ferramentas de informação disponíveis, internet, como uma fonte privilegiada para a divulgação de matéria fidedigna, na medida em que esta não permite apenas o acesso a informação sobre saúde mental, mas pode potenciar a compreensão no tempo certo de cada um (Loureiro, et al., 2012).

Segundo alguns estudos, existe evidência de que os programas para aumentar a LSM melhoram o conhecimento, a consciência e a procura de ajuda, no entanto persistem as dúvidas quanto às condições em que uma maior LSM se traduz numa mudança de comportamentos, sugerindo, no entanto, ser necessário uma melhor compreensão sobre os aspetos da alfabetização em saúde mental para que se consiga promover a inclusão social e capacitar os cidadãos que padecem de problemas relacionados com a saúde mental (Neto, et al., 2021).

Por este motivo é importante referir as limitações dos estudos de LSM, no caso específico da POC, uma das limitações é a utilização de vinhetas mais na vertente da contaminação ou da assimetria, por serem os mais falados na comunicação social; no entanto estas vinhetas podem contaminar de alguma forma os resultados, pois será espectável que sendo os mais conhecidos sejam também os de melhor reconhecimento de sintomas (Chaves et al., 2021). Parece que ao longo dos diversos estudos e revisões bibliográficas se continua a não dispor de informação suficiente sobre os diferentes efeitos do estigma nas diversas perturbações mentais (Rusch, Angermeyer & Corrigan, 2005). Outra limitação encontrada foi a baixa adesão aos estudos. Por exemplo, um estudo que utilizou as plataformas online para a intervenção no aumento dos níveis de LSM, sugere a baixa taxa de adesão ao mesmo, além de que os indivíduos que estejam mais confortáveis com a internet podem ter maior participação no estudo, o que pode resultar em viés (Chaves, et al., 2022). Uma revisão bibliográfica aponta a diversidade de instrumentos utilizados, o que dificulta a comparação de estudos (Wei et al., 2015). A falta de consenso na definição de literacia, gera conflito no que medir e como, sugerindo a necessidade de métodos mais estandardizados (González et al., 2023). Também parece

existir uma maior preocupação com crianças e jovens, o que faz sentido, pois os jovens são o futuro de qualquer comunidade. No entanto este fato não retira a importância de conhecer os níveis de LSM na população adulta (González et al., 2023).

Por tudo o que foi escrito, parece-nos relevante o papel da LSM em qualquer cultura ou sociedade. No entanto, para os profissionais de segurança privada (população alvo deste estudo), devido ao crescimento do setor, mas principalmente por se tratar de uma profissão de apoio às autoridades, sujeitos ao stress, à fadiga emocional, entre outros, mostra-se digna a conveniência de elevados níveis de LSM.

Ao longo dos anos a atividade da segurança privada tem vindo a assumir um papel importante, quer na proteção de pessoas e bens, quer na prevenção de práticas de atos ilícitos. Embora os mesmos não tenham poderes para efetuar apreensão de quaisquer objetos ou efetuar detenções, não deixam de ter a responsabilidade de assegurar o bem-estar geral de pessoas e bens (Decreto-lei nº 35/2004, 2004). O setor da segurança privada torna-se complexo, pois obriga a uma constante adaptação às necessidades sociais, exige um conhecimento bastante especializado por parte de quem tem a atribuição legal de regular todo este domínio, para que qualquer fiscalização no terreno, possa ser eficiente e eficaz, uma vez que é cada vez mais ténue a fronteira entre a segurança privada e a segurança pública, sendo certo que ambas partilham, até certo ponto, parte das duas esferas de ação, uma vez que a segurança privada está intrinsecamente associada aos interesses públicos (Poiars, 2008).

Parece-nos que são escassos, ou nenhuns, os estudos na área da segurança privada, porém, embora poucos, existem estudos no âmbito da cultura militar ou policial que demonstram como estas forças, ainda são sujeitas às crenças negativas sobre os antónimos: Masculinidade e necessidade de apoio psicológico.

A cultura militar carrega estereótipos estabelecidos sobre o conceito de masculinidade, força, honra ou lealdade, que maioritariamente são incompatíveis com o reconhecimento de um problema de saúde mental, sendo visto como fraqueza, este estigma leva à influência negativa da tomada de decisão sobre a procura de ajuda de profissionais de saúde mental (Mardones-Escapa & Mas-esquerdo, 2023; Yamazaki, et al., 2023). Estudos revelam que jovens filhos de militares afetados por problemas de saúde mental preferem recorrer à ajuda dos pais ou amigos, ao invés da ajuda de

profissionais (Williams, 2023). Outros estudos divulgam que embora a alta prevalência de problemas de saúde mental em soldados no ativo, apenas metade relatou ter procurado ajuda profissional (Kim et al., 2010). A predominância de crenças sobre masculinidade aumenta a imposição para suprimir sentimentos de vulnerabilidades, tornando-se fundamental programas de apoio para estes profissionais (Uhl et al., 2023).

Presumivelmente por se tratar de profissões reservadas e de difícil acesso, os estudos não são claros, mas todos de alguma forma, demonstram como as barreiras e o estigma dificultam a procura de ajuda nestes profissionais, por este motivo, pareceu-nos relevante estudar os níveis de LSM em profissionais de segurança privada. Desta forma o nosso estudo parece enquadrar-se num estudo piloto, uma vez que estes desempenham um papel importante no desenvolvimento ou aperfeiçoamento de novas intervenções, pois os resultados destes podem ser utilizados para apoiar estudos mais dispendiosos e mais longos no tempo (Leon et al., 2011), assim propomo-nos a testar uma nova abordagem de intervenção, servindo-nos de um estudo piloto que pode vir a ser reproduzido em larga escala.

1.1 Objetivos e hipóteses

O presente trabalho teve como principal objetivo verificar a eficácia de um programa de intervenção para o aumento de níveis de literacia em saúde mental, dirigido a profissionais de segurança privada com o intuito de diminuir o estigma e o distanciamento social associado à perturbação obsessivo compulsiva.

De acordo com o objetivo, realizámos as seguintes hipóteses:

1. Após a intervenção, os participantes da condição experimental (CE), apresentarão:
 - a. Redução significativa dos níveis de estigma;
 - b. Diminuição do distanciamento social;
 - c. Aumento da procura de ajuda;
 - d. No geral, espera-se que após a intervenção a condição experimental apresente melhores níveis de literacia em saúde mental em comparação com a condição de controlo (CC).
2. Comparativamente, após a intervenção na condição de controlo espera-se:

- a. Que não existam diferenças significativas nos níveis de estigma;
- b. Não se verifiquem alterações significativas no distanciamento social;
- c. Que a iniciativa na procura de ajuda se mantenha igual;
- d. Por consequência, que não existam alterações significativas nos níveis de literacia em saúde mental, comparativamente à CE.

2 Metodologia

2.1 Amostra

Neste estudo piloto, pretendeu-se verificar a viabilidade de um programa sobre LSM na perturbação obsessivo compulsiva, direcionado a profissionais de segurança privada. A intervenção foi aplicada de forma online, através das redes sociais, com o intuito de reduzir o estigma e o distanciamento social. Por consequência, pretende-se aumentar a procura de ajuda, aquando de situações de saúde mental.

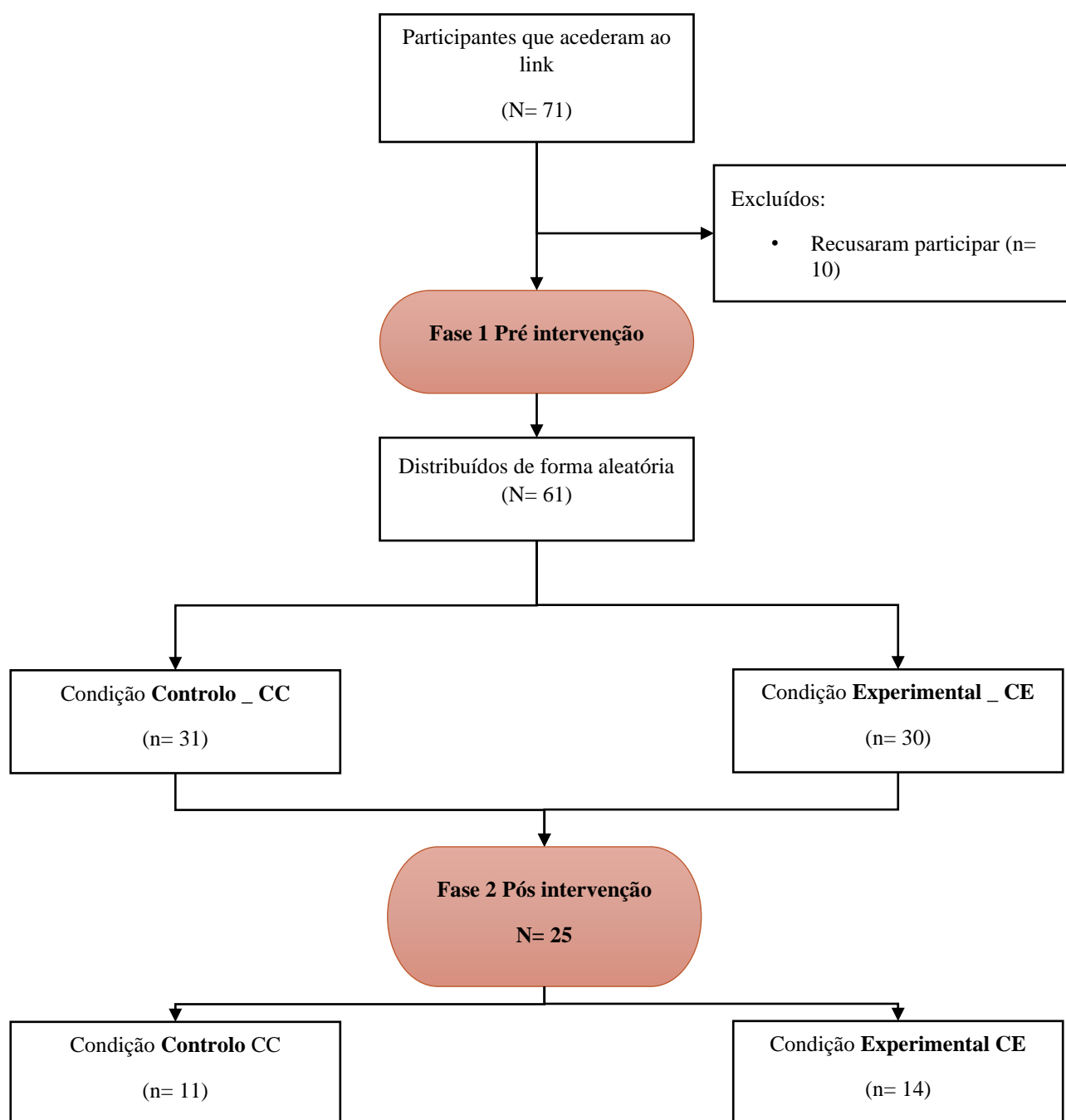
A amostra de participantes foi composta por indivíduos com idades superiores a 18 anos (adultos), recrutados dentro de uma empresa que se dedica exclusivamente à segurança privada (COPS). A recolha de dados foi realizada de forma remota na qual o participante acedia aos questionários através de um link partilhado por email interno. O período de recolha foi de duas semanas (15 dias), dos 71 indivíduos que acederam ao link, 61 aceitaram participar (anexo A). Assim a amostra total é de 61 indivíduos com idades entre os 22 e os 66 anos ($M = 42,10$; $DP = 11,15$), sendo 14 participantes (23%) do sexo feminino e 47 participantes (77%) do sexo masculino. A maioria dos participantes apresentam habilitações literárias ao nível do 12º ano (57,4%). Os 61 participantes foram distribuídos aleatoriamente por duas condições, a condição experimental (CE: $n = 30$) e a condição de controlo (CC: $n = 31$). No final da intervenção LSM, dos 61 participantes apenas 25 terminaram a intervenção e responderam ao segundo momento.

Neste sentido, o estudo foi realizado tendo em conta os participantes que completaram todas as sessões LSM, o que perfaz uma amostra final de 25 indivíduos (80% do sexo masculino e 20% do sexo feminino). A amostra teve idades compreendidas entre os 23 e os 63 anos ($M = 44,72$; $DP = 9,62$) e habilitações literárias entre o 2º ciclo do ensino básico (28%), 3º ciclo do ensino básico (8%), cursos tecnológico ou profissional com equivalência ao secundário (24%) e ensino secundário (60%). Todos os participantes são residentes em Portugal.

Relativamente à distribuição pela variável de grupo (CE vs. CC), 14 participantes compõem a amostra CE (3 do sexo feminino e 11 do sexo masculino), com idades compreendidas entre 23 e os 63 ($M = 45,29$; $DP = 9,88$). A condição CC foi composta por 11 indivíduos (2 do sexo feminino e 9 do sexo masculino) com idades entre os 27 e os 61 ($M = 44$; $DP = 8,75$), (Figura 1).

Figura 1.

Fluxograma do procedimento experimental.



2.2 Instrumentos

2.2.1 Formulário de informação pessoal. Este questionário foi concebido com o objetivo de recolher os dados sociodemográficos dos participantes (sexo, idade, nacionalidade, estado civil, habilitações literárias, profissão, situação face ao emprego), desenvolvido pelos autores do presente estudo (Apêndice 1).

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

O nosso estudo apresentou características psicométricas aceitáveis, apresentando um alfa de Cronbach de $\alpha = .689$.

2.2.3 Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM) (*Inventory of attitudes toward seeking mental health services*, Mackenzie, Knox, Gekoski, & Macaulay, 2004; versão portuguesa IAPSSM – Inventário de atitudes face à procura de serviços de saúde mental, Fonseca & Canavarro, 2015). Tem como objetivo examinar as atitudes face à procura de ajuda formal, entendidas como uma reação avaliativa à procura de ajuda para lidar com problemas

psicológicos/emocionais. A versão original do IAPSSM é composta por 24 itens, respondidos numa escala de Likert com cinco alternativas de resposta, de 0 (Discordo) a 4 (Concordo). O IAPSSM organiza-se em três dimensões: a) Abertura Psicológica: grau em que o indivíduo está disponível para reconhecer a presença de um problema psicológico e de procurar ajuda para esse problema; b) Propensão para Procura de Ajuda: disponibilidade e capacidade percebida para procurar ajuda para problemas psicológicos; e c) Indiferença ao Estigma: grau em que o indivíduo se sente preocupado e desconfortável se as pessoas da sua rede social soubessem que estaria a receber ajuda profissional para problemas psicológicos. Cada dimensão é composta por 8 itens, sendo que a pontuação de alguns dos itens deverá ser cotada de forma invertida. A pontuação total de cada dimensão corresponde ao somatório dos itens que a compõem, e pontuações superiores são indicadoras de atitudes mais positivas face à procura de ajuda formal. As propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala consideram a sua utilização adequada, tanto na prática clínica como na investigação (Fonseca & Canavarro, 2014).

Este instrumento apresenta uma elevada consistência interna nas dimensões acima referidas, apresentando um alfa de Cronbach para a escala total de $\alpha = .83$, para a dimensão de propensão para a procura de ajuda um total de $\alpha = .75$, para a dimensão indiferença ao estigma apresenta um total de $\alpha = .83$, o que sugerem bons níveis de consistência interna, contudo o coeficiente de alfa de Cronbach da dimensão abertura psicológica é de $\alpha = .63$, sendo valores inferiores ao espectável (Fonseca, Silva & Canavarro, 2016) (Anexo C).

O presente estudo parece apresentar uma elevada consistência interna, apresentando alfa de Cronbach de $\alpha = .814$ na escala total, $\alpha = .730$ para a dimensão da abertura psicologia, $\alpha = .668$ para a dimensão de propensão para a procura de ajuda e $\alpha = .821$ para a dimensão indiferença ao estigma.

2.2.4 Social Distance Scale (SDS) (Link 1987). Este questionário está dividido em duas partes. A parte 1 tem 7 questões relativas à distância social, associadas a uma vinheta que descreve uma pessoa que apresenta sintomas de POC, respondidas numa escala de *Likert* com quatro alternativas de resposta, de 0 (sim, sem problema) a 3 (definitivamente não). A parte 2, tem 8 questões, relativas à perceção de perigosidade em pessoas com perturbação mental, respondidas numa escala de *Likert* com seis alternativas

de resposta, de 0 (concordo plenamente) a 5 (discordo completamente). Embora os itens da escala de perigosidade sejam semelhantes à de distância social, é importante perceber a diferença, pois os itens da escala de distância social são sobre o indivíduo descrito na vinheta enquanto as de perigosidade são sobre ex-pacientes mentais em geral (Link, 1987) (Anexo D).

Este instrumento apresenta boa consistência interna no estudo original, relativamente à parte 1, que avalia o distanciamento social, e o qual foi utilizado neste estudo, com alfa de Cronbach de $\alpha = .92$ (Link, 1987). Este estudo apresentou um alfa de Cronbach de $\alpha = .738$, apresentando uma boa consistência interna. A subescala que avalia a perigosidade não foi utilizada, por não avaliar os objetivos a que nos propusemos.

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

2.2.6 Pré teste. Para seleção da imagem do protagonista dos vídeos, a utilizar no estudo, foi realizado um pré-teste. Foi utilizado o site de criação de imagens com inteligência artificial Craiyon com a hiperligação <https://www.craiyon.com/>. O Prompt utilizado foi "*Men In Its 35'S Normal Looking Portrait*", onde foram selecionadas quatro representações diferentes, com o objetivo de aferir qual das imagens reunia maior consenso de aceitação social (toda a descrição encontra-se no Apêndice 2).

2.2.7 Programa literacia POC. O programa de literacia POC foi elaborado para este estudo, pelos autores do mesmo e gravado em formato de vídeo (MP4) na plataforma online de design e comunicação visual CANVA adequado à publicação nas redes sociais Facebook, Instagram e Youtube, para a intervenção na **condição experimental**. Por sua vez, o programa completo é composto por 12 vídeos (1,30 e 2,34 minutos): Vídeo 1 – Apresentação da personagem, José, que irá contar a sua história na primeira pessoa; Vídeo 2 – Descrição de como os pensamentos começaram a surgir e a controlar a sua vida; Vídeo 3 – O diagnóstico POC; Vídeo 4 – Tipos de obsessões e compulsões; Vídeo 5 – O que acontece se não se tratar; Vídeo 6 – Continuando a perceber sobre POC; Vídeo 7 – Como se sentiu o José em muitas alturas; Vídeo 8 – O estigma; Vídeo 9 – Reforço sobre o ciclo POC; Vídeo 10 – Terapias mais eficazes na POC; Vídeo 11 – Como a terapia funcionou com o José; Vídeo 12 – Como a terapia continua a fazer parte da sua vida nos dias de hoje. Foi redigido um guião com os links de acesso aos vídeos, (Apêndice 3).

2.2.8 Programa literacia Enfarte Miocárdio. O programa de enfarte foi elaborado para este estudo, pelos autores do mesmo e gravado em formato de vídeo (MP4), na plataforma online de design e comunicação visual CANVA adequado à publicação nas redes sociais Facebook, Instagram e Youtube. O programa completo é composto por 12 vídeos (entre 1,30 e 2,05 minutos), os vídeos foram elaborados com o objetivo de providenciar à **condição de controlo** as mesmas condições da condição experimental. Os conteúdos partilhados foram retirados e adaptados das páginas online do SNS24 na seção do enfarte agudo do miocárdio e da publicação: “Sabe como prevenir? Doenças Cardiovasculares” do instituto nacional de saúde Doutor Ricardo Jorge. O guião elaborado e os links de acesso aos vídeos encontram-se no Apêndice 4.

2.3 Procedimento

2.3.1 2.3.1 Recolha de dados. Este estudo foi divulgado por email para todos os trabalhadores da empresa COPS. A primeira fase do estudo, foi enviada por email interno, explicando genericamente em que consistia e o respetivo link de acesso. Foram excluídos os participantes que respondam não ter tido acesso aos conteúdos partilhados, ou que não respondam ao segundo momento. O processo encontra-se esquematizado na Figura 2.

1ª Fase (1º momento/pré intervenção): Acedendo ao link, para além do consentimento informado, é explicado que o estudo consiste em três fases, contudo nesta

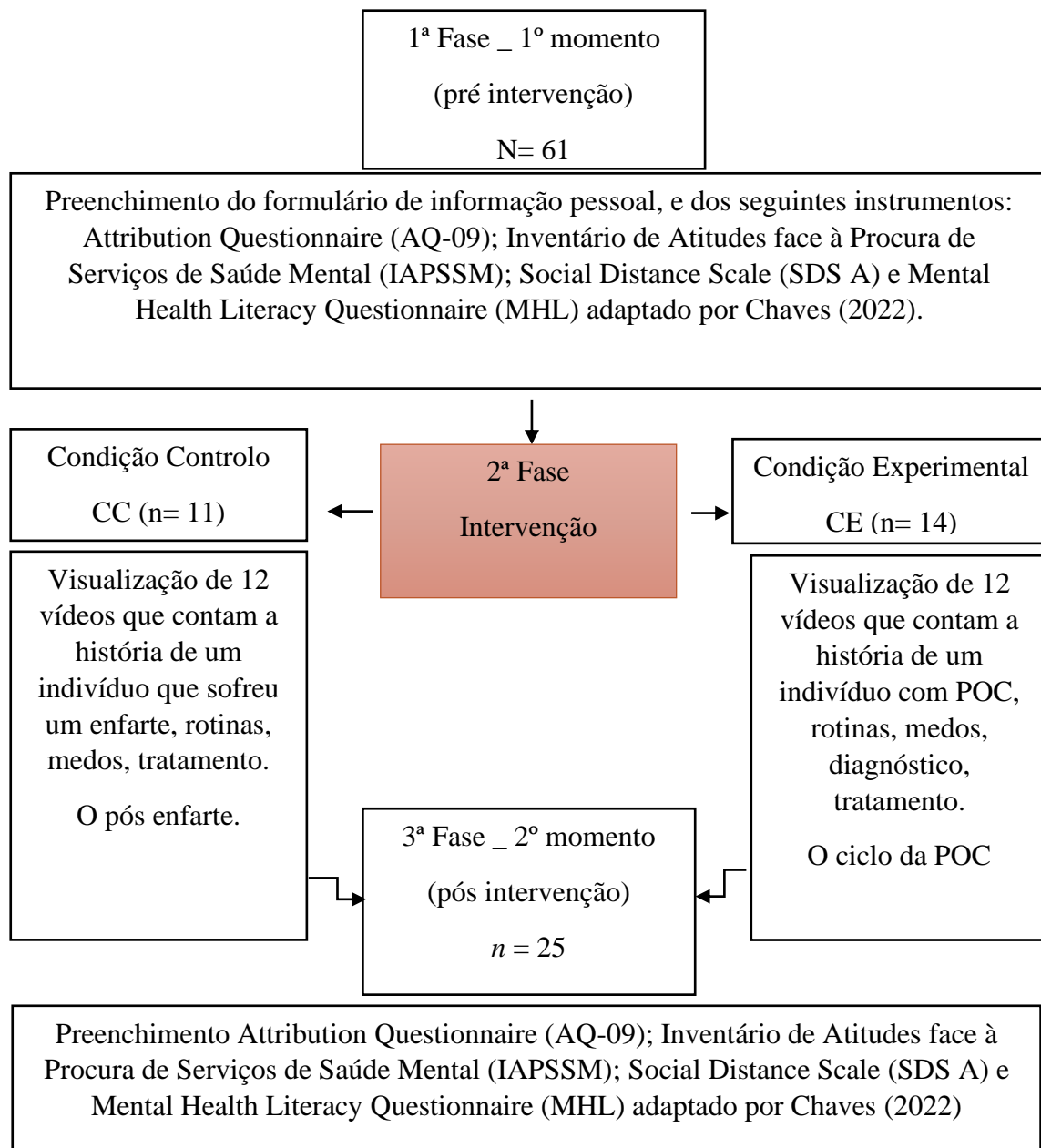
fase solicita-se o preenchimento de alguns instrumentos. Por se tratar de uma participação anónima foi solicitado que colocassem um código de identificação para que se pudessem comparar os dois momentos dos participantes e o email para onde posteriormente se disponibilizaria os conteúdos a partilhar. Nesta primeira fase foi solicitado o preenchimento do formulário de informação pessoal, e dos seguintes instrumentos: Attribution Questionnaire (AQ-09), Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM), Social Distance Scale (SDS) e Mental Health Literacy Questionnaire (MHL).

2ª Fase (intervenção): Os 61 participantes foram distribuídos aleatoriamente em duas condições (condição experimental (CE): que recebe o programa literacia POC e condição controlo (CC): que recebe o programa literacia enfarte do miocárdio). Nos dois grupos solicita-se a visualização de um vídeo por dia, no total de 12 vídeos. Esta partilha diária de vídeos nas redes sociais (facebook, instagram e youtube) conta a história de José.

3ª Fase (2º momento/ pós intervenção): Segundo momento de preenchimento dos questionários, (apenas na completa visualização dos vídeos): Attribution Questionnaire (AQ-09), Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM), Social Distance Scale (SDS) e Mental Health Literacy Questionnaire (MHL) adaptado por Chaves (2022), com o objetivo de verificar se existiam diferenças significativas, nas crenças sobre saúde mental, após a visualização dos vídeos.

Figura 2.

Esquema do procedimento experimental.



2.3.2 Análise e tratamento de dados. A análise dos dados recolhidos foi realizada com recurso ao programa IBM SPSS v29[®], depois de exportados da plataforma *EuSurvey* em formato Excel.

Os dados pessoais foram analisados com recurso à estatística descritiva (média, desvio padrão, máximo, mínimo e percentagem).

Numa primeira instância, verificou-se a potencial influência de variáveis sociodemográficas como o sexo, idade e as habilitações literárias (escolaridade). Neste sentido procedeu-se a uma análise comparativa dos valores obtidos para o primeiro momento do estudo, separadamente para cada uma das variáveis em escopo (e.g., AQ-09-Pena, AQ-09-Culpa), atendendo cada uma das variáveis sociodemográficas. Esta análise pretende descartar a influência de outras variáveis que não a dependente (sessões de LSM), tendo em conta o objetivo central do estudo e, por isso, que pudessem interferir com a comparação do primeiro e segundo momento.

Para verificar se existiam diferenças significativas entre o sexo e as variáveis em estudo (e.g., AQ-09-Pena, AQ-09-Culpa) recorreu-se ao *Independente Sample T test*, que compara valores médios obtidos para o primeiro momento. A magnitude destas diferenças foi calculada através do d de Cohen. Foram consideradas magnitudes de efeito $d = .20$, $d = .50$ e $d = .80$, para tamanhos de efeito pequeno, médio e grande, respetivamente (Cohen, 1992). Para verificar se existiam correlações entre a idade e as variáveis em estudo (e.g., AQ-09-Pena, AQ-09-Culpa) recorreu-se ao cálculo do coeficiente da correlação de *Pearson* destas variáveis. Por fim, para calcular as possíveis diferenças entre a escolaridade e as variáveis em estudo (e.g., AQ-09-Pena, AQ-09-Culpa) procedeu-se à análise de variância para amostras independentes (*One-Way ANOVA*). Para a estimação da magnitude do efeito foi considerado o valor do *eta square* (η^2), com valores de $\eta^2 = .01$, $\eta^2 = .06$ e $\eta^2 = .14$, para tamanhos de efeito pequeno, médio e grande, respetivamente (Cohen, 1988; Richardson, 2011).

Relativamente à análise dos dados que respeita a verificação da eficácia da intervenção (sessões de LSM), explorou-se à priori as diferenças iniciais (primeiro momento/pré intervenção) entre as duas condições de grupo, de uma análise comparativa para amostras independentes.

De seguida, os resultados do efeito da intervenção foram obtidos através da comparação dos grupos em estudo (CE vs. CC), nos diferentes momentos da manipulação experimental (pré intervenção vs. pós intervenção) com recurso à ANOVA Fatorial Mista com design misto (2x2; Momento: Pré vs. Pós intervenção, Grupo: CC vs. CE). Para a estimação da magnitude do efeito foi considerado o valor do *partial eta square* (η_p^2), com valores de .01, .06 e .14, para tamanhos de efeito pequeno, médio e grande, respetivamente (Cohen, 1988; Richardson, 2011).

3 Resultados

Neste capítulo, descrevem-se os principais resultados obtidos a partir das análises realizadas. A apresentação dos mesmos será estruturada de forma a dar resposta aos objetivos e hipóteses formuladas para o presente estudo.

3.1 Análise dos dados sociodemográficos da amostra inicial (N = 61) e os níveis de LSM.

Com o objetivo de avaliar as diferenças prévias entre os participantes, foram realizados testes para verificar se variáveis sociodemográficas como o sexo, a idade e a escolaridade poderiam influenciar os resultados obtidos para as variáveis em estudo (*e.g.*, AQ-09).

Com efeito, verificou-se diferenças significativas entre a variável pena do AQ-09 e o **sexo** [$t_{(59)} = -2.305, p = .025, d = -.702$], sendo que o sexo feminino parece pontuar mais elevado para os níveis de pena ($M = 6.50; DP = 2.929$) do que o sexo masculino ($M = 4.81; DP = 2.242$) (Tabela 1). Estes resultados são sugestivos de uma potencial influência da ordem das questões (responder à primeira questão vs. responder às questões seguintes), pois estas diferenças parecem diluir-se ao longo das restantes variáveis em estudo, não existindo mais diferenças significativas ($p > .05$). De seguida, verificou-se se os grupos experimentais criados (CC vs. CE) diferem relativamente à distribuição da variável sexo, não foram verificadas diferenças significativas entre grupos experimentais [$t_{(59)} = -0.069, p = .945, d = -.018$] (Apêndice 12).

No que respeita à variável **idade**, não foram encontradas correlações significativas com as variáveis em estudo (Tabela 2). Da mesma forma, procedemos à verificação das diferenças dos valores médios obtidos para a variável idade, nos grupos experimentais

criados. Não foram encontradas diferenças significativas [$t_{(52.81)} = .407$, $p = .686$, $d = .015$] (Apêndice 12).

Tabela 1.

Diferenças Entre Sexo e Variáveis LSM (N = 61) (resultados do independente sample t test)

Variáveis estudo vs. Sexo		n	M	DP	t	gl	p	d																																																																																																																																																																																		
AQ09_1pena	Masculino	47	4.81	2.242	-2.305	59	0.025	-0.702																																																																																																																																																																																		
	Feminino	14	6.50	2.929					AQ09_2perigosidade	Masculino	47	3.38	2.059	-1.246	59	0.218	-0.379	Feminino	14	4.21	2.607	AQ09_3medo	Masculino	47	4.49	2.578	-1.006	59	0.318	-0.306	Feminino	14	5.29	2.673	AQ09_4culpa	Masculino	47	3.66	2.807	-0.065	59	0.949	-0.020	Feminino	14	3.71	2.644	AQ09_5segregação	Masculino	47	2.85	1.888	-1.951	59	0.056	-0.594	Feminino	14	4.07	2.556	AQ09_6raiva	Masculino	47	3.04	2.116	-0.676	59	0.502	-0.206	Feminino	14	3.50	2.565	AQ09_7ajuda	Masculino	47	6.23	2.324	-1.869	59	0.067	-0.569	Feminino	14	7.50	1.829	AQ09_8evitação	Masculino	47	2.53	1.886	-0.968	59	0.337	-0.295	Feminino	14	3.14	2.627	AQ09_9coerção	Masculino	47	3.87	2.419	0.500	59	0.619	0.152	Feminino	14	3.50	2.534	IAPSSM_abertura_psicológica	Masculino	47	2.351	0.824	-1.039	59	0.303	-0.316	Feminino	14	2.598	0.605	IAPSSM_procura_ajuda	Masculino	47	2.846	0.654	-1.605	59	0.114	-0.489	Feminino	14	3.152	0.515	IAPSSM_indiferença_estigma	Masculino	47	3.090	0.798	-1.251	59	0.216	-0.381	Feminino	14	3.375	0.528	SDSA_MEDIA	Masculino	47	1.36	0.527	-0.577	16.25	0.572	-0.223	Feminino	14	1.50	0.829	2	MHLQ_PARTE1_total	Masculino	47	2.32	1.181	-0.704	59	0.484	-0.214	Feminino	14	2.57	1.158	MHLQ_PARTE2_total	Masculino	47	2.89	0.814	-1.619	59	0.111
AQ09_2perigosidade	Masculino	47	3.38	2.059	-1.246	59	0.218	-0.379																																																																																																																																																																																		
	Feminino	14	4.21	2.607					AQ09_3medo	Masculino	47	4.49	2.578	-1.006	59	0.318	-0.306	Feminino	14	5.29	2.673	AQ09_4culpa	Masculino	47	3.66	2.807	-0.065	59	0.949	-0.020	Feminino	14	3.71	2.644	AQ09_5segregação	Masculino	47	2.85	1.888	-1.951	59	0.056	-0.594	Feminino	14	4.07	2.556	AQ09_6raiva	Masculino	47	3.04	2.116	-0.676	59	0.502	-0.206	Feminino	14	3.50	2.565	AQ09_7ajuda	Masculino	47	6.23	2.324	-1.869	59	0.067	-0.569	Feminino	14	7.50	1.829	AQ09_8evitação	Masculino	47	2.53	1.886	-0.968	59	0.337	-0.295	Feminino	14	3.14	2.627	AQ09_9coerção	Masculino	47	3.87	2.419	0.500	59	0.619	0.152	Feminino	14	3.50	2.534	IAPSSM_abertura_psicológica	Masculino	47	2.351	0.824	-1.039	59	0.303	-0.316	Feminino	14	2.598	0.605	IAPSSM_procura_ajuda	Masculino	47	2.846	0.654	-1.605	59	0.114	-0.489	Feminino	14	3.152	0.515	IAPSSM_indiferença_estigma	Masculino	47	3.090	0.798	-1.251	59	0.216	-0.381	Feminino	14	3.375	0.528	SDSA_MEDIA	Masculino	47	1.36	0.527	-0.577	16.25	0.572	-0.223	Feminino	14	1.50	0.829	2	MHLQ_PARTE1_total	Masculino	47	2.32	1.181	-0.704	59	0.484	-0.214	Feminino	14	2.57	1.158	MHLQ_PARTE2_total	Masculino	47	2.89	0.814	-1.619	59	0.111	-0.493	Feminino	14	3.29	0.726								
AQ09_3medo	Masculino	47	4.49	2.578	-1.006	59	0.318	-0.306																																																																																																																																																																																		
	Feminino	14	5.29	2.673					AQ09_4culpa	Masculino	47	3.66	2.807	-0.065	59	0.949	-0.020	Feminino	14	3.71	2.644	AQ09_5segregação	Masculino	47	2.85	1.888	-1.951	59	0.056	-0.594	Feminino	14	4.07	2.556	AQ09_6raiva	Masculino	47	3.04	2.116	-0.676	59	0.502	-0.206	Feminino	14	3.50	2.565	AQ09_7ajuda	Masculino	47	6.23	2.324	-1.869	59	0.067	-0.569	Feminino	14	7.50	1.829	AQ09_8evitação	Masculino	47	2.53	1.886	-0.968	59	0.337	-0.295	Feminino	14	3.14	2.627	AQ09_9coerção	Masculino	47	3.87	2.419	0.500	59	0.619	0.152	Feminino	14	3.50	2.534	IAPSSM_abertura_psicológica	Masculino	47	2.351	0.824	-1.039	59	0.303	-0.316	Feminino	14	2.598	0.605	IAPSSM_procura_ajuda	Masculino	47	2.846	0.654	-1.605	59	0.114	-0.489	Feminino	14	3.152	0.515	IAPSSM_indiferença_estigma	Masculino	47	3.090	0.798	-1.251	59	0.216	-0.381	Feminino	14	3.375	0.528	SDSA_MEDIA	Masculino	47	1.36	0.527	-0.577	16.25	0.572	-0.223	Feminino	14	1.50	0.829	2	MHLQ_PARTE1_total	Masculino	47	2.32	1.181	-0.704	59	0.484	-0.214	Feminino	14	2.57	1.158	MHLQ_PARTE2_total	Masculino	47	2.89	0.814	-1.619	59	0.111	-0.493	Feminino	14	3.29	0.726																					
AQ09_4culpa	Masculino	47	3.66	2.807	-0.065	59	0.949	-0.020																																																																																																																																																																																		
	Feminino	14	3.71	2.644					AQ09_5segregação	Masculino	47	2.85	1.888	-1.951	59	0.056	-0.594	Feminino	14	4.07	2.556	AQ09_6raiva	Masculino	47	3.04	2.116	-0.676	59	0.502	-0.206	Feminino	14	3.50	2.565	AQ09_7ajuda	Masculino	47	6.23	2.324	-1.869	59	0.067	-0.569	Feminino	14	7.50	1.829	AQ09_8evitação	Masculino	47	2.53	1.886	-0.968	59	0.337	-0.295	Feminino	14	3.14	2.627	AQ09_9coerção	Masculino	47	3.87	2.419	0.500	59	0.619	0.152	Feminino	14	3.50	2.534	IAPSSM_abertura_psicológica	Masculino	47	2.351	0.824	-1.039	59	0.303	-0.316	Feminino	14	2.598	0.605	IAPSSM_procura_ajuda	Masculino	47	2.846	0.654	-1.605	59	0.114	-0.489	Feminino	14	3.152	0.515	IAPSSM_indiferença_estigma	Masculino	47	3.090	0.798	-1.251	59	0.216	-0.381	Feminino	14	3.375	0.528	SDSA_MEDIA	Masculino	47	1.36	0.527	-0.577	16.25	0.572	-0.223	Feminino	14	1.50	0.829	2	MHLQ_PARTE1_total	Masculino	47	2.32	1.181	-0.704	59	0.484	-0.214	Feminino	14	2.57	1.158	MHLQ_PARTE2_total	Masculino	47	2.89	0.814	-1.619	59	0.111	-0.493	Feminino	14	3.29	0.726																																		
AQ09_5segregação	Masculino	47	2.85	1.888	-1.951	59	0.056	-0.594																																																																																																																																																																																		
	Feminino	14	4.07	2.556					AQ09_6raiva	Masculino	47	3.04	2.116	-0.676	59	0.502	-0.206	Feminino	14	3.50	2.565	AQ09_7ajuda	Masculino	47	6.23	2.324	-1.869	59	0.067	-0.569	Feminino	14	7.50	1.829	AQ09_8evitação	Masculino	47	2.53	1.886	-0.968	59	0.337	-0.295	Feminino	14	3.14	2.627	AQ09_9coerção	Masculino	47	3.87	2.419	0.500	59	0.619	0.152	Feminino	14	3.50	2.534	IAPSSM_abertura_psicológica	Masculino	47	2.351	0.824	-1.039	59	0.303	-0.316	Feminino	14	2.598	0.605	IAPSSM_procura_ajuda	Masculino	47	2.846	0.654	-1.605	59	0.114	-0.489	Feminino	14	3.152	0.515	IAPSSM_indiferença_estigma	Masculino	47	3.090	0.798	-1.251	59	0.216	-0.381	Feminino	14	3.375	0.528	SDSA_MEDIA	Masculino	47	1.36	0.527	-0.577	16.25	0.572	-0.223	Feminino	14	1.50	0.829	2	MHLQ_PARTE1_total	Masculino	47	2.32	1.181	-0.704	59	0.484	-0.214	Feminino	14	2.57	1.158	MHLQ_PARTE2_total	Masculino	47	2.89	0.814	-1.619	59	0.111	-0.493	Feminino	14	3.29	0.726																																															
AQ09_6raiva	Masculino	47	3.04	2.116	-0.676	59	0.502	-0.206																																																																																																																																																																																		
	Feminino	14	3.50	2.565					AQ09_7ajuda	Masculino	47	6.23	2.324	-1.869	59	0.067	-0.569	Feminino	14	7.50	1.829	AQ09_8evitação	Masculino	47	2.53	1.886	-0.968	59	0.337	-0.295	Feminino	14	3.14	2.627	AQ09_9coerção	Masculino	47	3.87	2.419	0.500	59	0.619	0.152	Feminino	14	3.50	2.534	IAPSSM_abertura_psicológica	Masculino	47	2.351	0.824	-1.039	59	0.303	-0.316	Feminino	14	2.598	0.605	IAPSSM_procura_ajuda	Masculino	47	2.846	0.654	-1.605	59	0.114	-0.489	Feminino	14	3.152	0.515	IAPSSM_indiferença_estigma	Masculino	47	3.090	0.798	-1.251	59	0.216	-0.381	Feminino	14	3.375	0.528	SDSA_MEDIA	Masculino	47	1.36	0.527	-0.577	16.25	0.572	-0.223	Feminino	14	1.50	0.829	2	MHLQ_PARTE1_total	Masculino	47	2.32	1.181	-0.704	59	0.484	-0.214	Feminino	14	2.57	1.158	MHLQ_PARTE2_total	Masculino	47	2.89	0.814	-1.619	59	0.111	-0.493	Feminino	14	3.29	0.726																																																												
AQ09_7ajuda	Masculino	47	6.23	2.324	-1.869	59	0.067	-0.569																																																																																																																																																																																		
	Feminino	14	7.50	1.829					AQ09_8evitação	Masculino	47	2.53	1.886	-0.968	59	0.337	-0.295	Feminino	14	3.14	2.627	AQ09_9coerção	Masculino	47	3.87	2.419	0.500	59	0.619	0.152	Feminino	14	3.50	2.534	IAPSSM_abertura_psicológica	Masculino	47	2.351	0.824	-1.039	59	0.303	-0.316	Feminino	14	2.598	0.605	IAPSSM_procura_ajuda	Masculino	47	2.846	0.654	-1.605	59	0.114	-0.489	Feminino	14	3.152	0.515	IAPSSM_indiferença_estigma	Masculino	47	3.090	0.798	-1.251	59	0.216	-0.381	Feminino	14	3.375	0.528	SDSA_MEDIA	Masculino	47	1.36	0.527	-0.577	16.25	0.572	-0.223	Feminino	14	1.50	0.829	2	MHLQ_PARTE1_total	Masculino	47	2.32	1.181	-0.704	59	0.484	-0.214	Feminino	14	2.57	1.158	MHLQ_PARTE2_total	Masculino	47	2.89	0.814	-1.619	59	0.111	-0.493	Feminino	14	3.29	0.726																																																																									
AQ09_8evitação	Masculino	47	2.53	1.886	-0.968	59	0.337	-0.295																																																																																																																																																																																		
	Feminino	14	3.14	2.627					AQ09_9coerção	Masculino	47	3.87	2.419	0.500	59	0.619	0.152	Feminino	14	3.50	2.534	IAPSSM_abertura_psicológica	Masculino	47	2.351	0.824	-1.039	59	0.303	-0.316	Feminino	14	2.598	0.605	IAPSSM_procura_ajuda	Masculino	47	2.846	0.654	-1.605	59	0.114	-0.489	Feminino	14	3.152	0.515	IAPSSM_indiferença_estigma	Masculino	47	3.090	0.798	-1.251	59	0.216	-0.381	Feminino	14	3.375	0.528	SDSA_MEDIA	Masculino	47	1.36	0.527	-0.577	16.25	0.572	-0.223	Feminino	14	1.50	0.829	2	MHLQ_PARTE1_total	Masculino	47	2.32	1.181	-0.704	59	0.484	-0.214	Feminino	14	2.57	1.158	MHLQ_PARTE2_total	Masculino	47	2.89	0.814	-1.619	59	0.111	-0.493	Feminino	14	3.29	0.726																																																																																						
AQ09_9coerção	Masculino	47	3.87	2.419	0.500	59	0.619	0.152																																																																																																																																																																																		
	Feminino	14	3.50	2.534					IAPSSM_abertura_psicológica	Masculino	47	2.351	0.824	-1.039	59	0.303	-0.316	Feminino	14	2.598	0.605	IAPSSM_procura_ajuda	Masculino	47	2.846	0.654	-1.605	59	0.114	-0.489	Feminino	14	3.152	0.515	IAPSSM_indiferença_estigma	Masculino	47	3.090	0.798	-1.251	59	0.216	-0.381	Feminino	14	3.375	0.528	SDSA_MEDIA	Masculino	47	1.36	0.527	-0.577	16.25	0.572	-0.223	Feminino	14	1.50	0.829	2	MHLQ_PARTE1_total	Masculino	47	2.32	1.181	-0.704	59	0.484	-0.214	Feminino	14	2.57	1.158	MHLQ_PARTE2_total	Masculino	47	2.89	0.814	-1.619	59	0.111	-0.493	Feminino	14	3.29	0.726																																																																																																			
IAPSSM_abertura_psicológica	Masculino	47	2.351	0.824	-1.039	59	0.303	-0.316																																																																																																																																																																																		
	Feminino	14	2.598	0.605					IAPSSM_procura_ajuda	Masculino	47	2.846	0.654	-1.605	59	0.114	-0.489	Feminino	14	3.152	0.515	IAPSSM_indiferença_estigma	Masculino	47	3.090	0.798	-1.251	59	0.216	-0.381	Feminino	14	3.375	0.528	SDSA_MEDIA	Masculino	47	1.36	0.527	-0.577	16.25	0.572	-0.223	Feminino	14	1.50	0.829	2	MHLQ_PARTE1_total	Masculino	47	2.32	1.181	-0.704	59	0.484	-0.214	Feminino	14	2.57	1.158	MHLQ_PARTE2_total	Masculino	47	2.89	0.814	-1.619	59	0.111	-0.493	Feminino	14	3.29	0.726																																																																																																																
IAPSSM_procura_ajuda	Masculino	47	2.846	0.654	-1.605	59	0.114	-0.489																																																																																																																																																																																		
	Feminino	14	3.152	0.515					IAPSSM_indiferença_estigma	Masculino	47	3.090	0.798	-1.251	59	0.216	-0.381	Feminino	14	3.375	0.528	SDSA_MEDIA	Masculino	47	1.36	0.527	-0.577	16.25	0.572	-0.223	Feminino	14	1.50	0.829	2	MHLQ_PARTE1_total	Masculino	47	2.32	1.181	-0.704	59	0.484	-0.214	Feminino	14	2.57	1.158	MHLQ_PARTE2_total	Masculino	47	2.89	0.814	-1.619	59	0.111	-0.493	Feminino	14	3.29	0.726																																																																																																																													
IAPSSM_indiferença_estigma	Masculino	47	3.090	0.798	-1.251	59	0.216	-0.381																																																																																																																																																																																		
	Feminino	14	3.375	0.528					SDSA_MEDIA	Masculino	47	1.36	0.527	-0.577	16.25	0.572	-0.223	Feminino	14	1.50	0.829	2	MHLQ_PARTE1_total	Masculino	47	2.32	1.181	-0.704	59	0.484	-0.214	Feminino	14	2.57	1.158	MHLQ_PARTE2_total	Masculino	47	2.89	0.814	-1.619	59	0.111	-0.493	Feminino	14	3.29	0.726																																																																																																																																										
SDSA_MEDIA	Masculino	47	1.36	0.527	-0.577	16.25	0.572	-0.223																																																																																																																																																																																		
	Feminino	14	1.50	0.829					2	MHLQ_PARTE1_total	Masculino	47	2.32	1.181	-0.704	59	0.484	-0.214	Feminino	14	2.57	1.158	MHLQ_PARTE2_total	Masculino	47	2.89	0.814	-1.619	59	0.111	-0.493	Feminino	14	3.29	0.726																																																																																																																																																							
MHLQ_PARTE1_total	Masculino	47	2.32	1.181	-0.704	59	0.484	-0.214																																																																																																																																																																																		
	Feminino	14	2.57	1.158					MHLQ_PARTE2_total	Masculino	47	2.89	0.814	-1.619	59	0.111	-0.493	Feminino	14	3.29	0.726																																																																																																																																																																					
MHLQ_PARTE2_total	Masculino	47	2.89	0.814	-1.619	59	0.111	-0.493																																																																																																																																																																																		
	Feminino	14	3.29	0.726																																																																																																																																																																																						

Nota. N = Amostra; M = Média; DP = Desvio padrão; t = valor teste; gl = graus de liberdade; $p < .05$; d = d de Cohen.

Tabela 2.

Coefficiente de Correlação Pearson entre Idade e as Variáveis LSM (N = 61)

Variáveis estudo vs. Idade	r	p
AQ09_1pena	-0.119	0.360
AQ09_2perigosidade	-0.136	0.296
AQ09_3medo	0.054	0.679
AQ09_4culpa	0.016	0.901
AQ09_5segregação	0.112	0.391
AQ09_6raiva	0.208	0.108
AQ09_7ajuda	-0.237	0.066
AQ09_8evitação	0.100	0.445
AQ09_9coerção	0.164	0.206
IAPSSM_abertura_psicologica	0.123	0.344
IAPSSM_procura_ajuda	0.092	0.480
IAPSSM_indiferenca_estigma	0.122	0.351
SDSA_MEDIA	0.037	0.780
MHLQ_PARTE1	-0.076	0.563
MHLQ_PARTE2	-0.172	0.184

Nota. r = correlação de Pearson; $p < .05$.

Quando analisada a presença de diferenças significativas entre os **níveis de escolaridade** e as variáveis em estudo, obteve-se um efeito significativo para o item IAPSSM - Abertura Psicológica [$F_{(4,60)} = 2.020$, $p = .007$, $\eta^2 = .220$]. Especificamente, existem diferenças significativas entre os níveis de 2º ciclo do ensino básico e o ensino secundário ($p = .017$), os resultados sugerem que obter o 2º ciclo do ensino básico de escolaridade conduz a pontuações menores para o item IAPSSM – Abertura psicológica ($M = 1.812$; $DP = .923$). Enquanto, ter o ensino secundário conduz a pontuações mais elevadas ($M = 2.721$; $DP = .597$). Foram encontradas diferenças significativas entre as pontuações obtidas para a 2ª parte do MHLQ [$F_{(4,56)} = 1.739$, $p = .024$, $\eta^2 = .178$] sugerindo diferenças entre os indivíduos com níveis de escolaridade do 2º ciclo do ensino básico e o ensino secundário, ($M = 2.25$; $DP = 1.035$) e ($M = 3.21$; $DP = .729$), respetivamente. Os restantes itens não apresentam diferenças significativas (todos $p > .05$; ver Tabela 3). À semelhança das restantes variáveis sociodemográficas, verificou-se a possibilidade de diferenças significativas para a distribuição da escolaridade nos

diferentes grupos experimentais. Neste sentido, não foram encontradas diferenças significativas [$t_{(59)} = .088$, $p = .930$, $d = .023$] (Apêndice 12).

Tabela 3.

Diferenças Entre Escolaridade e Variáveis LSM (resultados do teste One-Way ANOVA)

Variáveis estudo vs. Escolaridade		n	M	DP	gl	F	p	η^2
AQ09_1pena	2º Ciclo do ensino básico	8	5.75	1.389	4,560	2.118	0.091	0.131
	3º Ciclo do ensino básico	11	4.27	2.724				
	Curso tecnológico/profissional	6	3.17	2.401				
	Ensino secundário	34	5.62	2.462				
	Licenciatura	2	7.00	2.828				
AQ09_2perigosidade	2º Ciclo do ensino básico	8	3.63	2.066	4,560	0.564	0.690	0.039
	3º Ciclo do ensino básico	11	2.73	1.737				
	Curso tecnológico/profissional	6	3.67	2.160				
	Ensino secundário	34	3.85	2.389				
	Licenciatura	2	3.00	2.828				
AQ09_3medo	2º Ciclo do ensino básico	8	4.50	2.619	4,560	0.701	0.595	0.048
	3º Ciclo do ensino básico	11	4.64	2.461				
	Curso tecnológico/profissional	6	3.17	2.401				
	Ensino secundário	34	4.91	2.734				
	Licenciatura	2	6.00	1.414				
AQ09_4culpa	2º Ciclo do ensino básico	8	3.25	2.493	4,560	0.346	0.846	0.024
	3º Ciclo do ensino básico	11	3.45	2.697				
	Curso tecnológico/profissional	6	4.83	2.994				
	Ensino secundário	34	3.68	2.879				
	Licenciatura	2	3.00	2.828				
AQ09_5segregação	2º Ciclo do ensino básico	8	3.75	2.315	4,560	1.125	0.354	0.074
	3º Ciclo do ensino básico	11	2.27	1.737				
	Curso tecnológico/profissional	6	2.17	0.983				
	Ensino secundário	34	3.41	2.204				
	Licenciatura	2	3.50	3.536				
AQ09_6raiva	2º Ciclo do ensino básico	8	4.25	2.866	4,8.24	2.938	0.089	0.068
	3º Ciclo do ensino básico	11	3.00	1.673				
	Curso tecnológico/profissional	6	2.17	0.983				
	Ensino secundário	34	3.03	2.355				
	Licenciatura	2	4.50	0.707				
AQ09_7ajuda	2º Ciclo do ensino básico	8	6.75	1.488	4,560	2.189	0.082	0.135
	3º Ciclo do ensino básico	11	4.82	2.562				
	Curso tecnológico/profissional	6	7.00	1.789				
	Ensino secundário	34	6.85	2.258				
	Licenciatura	2	8.00	1.414				
AQ09_8evitação	2º Ciclo do ensino básico	8	2.38	1.768	4,560	0.504	0.733	0.035
	3º Ciclo do ensino básico	11	2.64	2.157				

Variáveis estudo vs. Escolaridade		n	M	DP	gl	F	p	η^2
AQ09_9coerção	Curso tecnológico/profissional	6	1.67	0.816				
	Ensino secundário	34	2.91	2.261				
	Licenciatura	2	3.00	2.828				
	2º Ciclo do ensino básico	8	4.25	2.659	4,560	0.592	0.670	0.041
	3º Ciclo do ensino básico	11	4.00	2.191				
	Curso tecnológico/profissional	6	2.83	1.472				
IAPSSM_abertura_psicologica	Ensino secundário	34	3.88	2.637				
	Licenciatura	2	2.00	1.414				
	2º Ciclo do ensino básico	8	1.81	0.923	4,560	3.959	0.007	0.220
	3º Ciclo do ensino básico	11	2.07	0.811				
	Curso tecnológico/profissional	6	2.08	0.904				
	Ensino secundário	34	2.72	0.597				
IAPSSM_procura_ajuda	Licenciatura	2	2.31	0.442				
	2º Ciclo do ensino básico	8	3.13	0.658	4,560	0.639	0.637	0.044
	3º Ciclo do ensino básico	11	2.84	0.767				
	Curso tecnológico/profissional	6	2.73	0.772				
	Ensino secundário	34	2.90	0.579				
	Licenciatura	2	3.38	0.354				
IAPSSM_indiferença_estigma	2º Ciclo do ensino básico	8	3.02	0.888	4,560	0.364	0.833	0.025
	3º Ciclo do ensino básico	11	3.13	0.578				
	Curso tecnológico/profissional	6	3.35	0.429				
	Ensino secundário	34	3.14	0.838				
	Licenciatura	2	3.63	0.000				
	2º Ciclo do ensino básico	8	1.38	0.518	4,560	0.457	0.767	0.032
MHLQ_PARTE1	3º Ciclo do ensino básico	11	1.56	0.416				
	Curso tecnológico/profissional	6	1.52	0.686				
	Ensino secundário	34	1.34	0.626				
	Licenciatura	2	1.07	1.515				
	2º Ciclo do ensino básico	8	2.25	1.282	4,560	0.298	0.878	0.021
	3º Ciclo do ensino básico	11	2.55	0.934				
MHLQ_PARTE2	Curso tecnológico/profissional	6	2.00	1.265				
	Ensino secundário	34	2.44	1.236				
	Licenciatura	2	2.00	1.414				
	2º Ciclo do ensino básico	8	2.25	1.035	4,560	3.040	0.024	0.178
	3º Ciclo do ensino básico	11	2.82	0.751				
	Curso tecnológico/profissional	6	2.83	0.408				
	Ensino secundário	34	3.21	0.729				
	Licenciatura	2	3.50	0.707				

Nota. N = Amostra; M = Média; DP = Desvio padrão; F = valor teste; gl = graus de liberdade; $p < .05$; $\eta^2 = eta\ square$.

3.2 Análise das diferenças entre grupos (CE vs. CC), nas variáveis em estudo, no momento pré-intervenção (momento 1, n = 25).

Com o objetivo de avaliar a existência de diferenças prévias entre os participantes, duas condições (CC vs. CE), foi realizado um *Independente Sample T test*. Os resultados sugerem existirem diferenças significativas entre as condições grupo (CC vs. CE) e a variável **culpa do AQ-09** [$t_{(17.733)} = -2.547, p = .020, d = -.937$], sendo que a CC parece pontuar mais baixo que a CE ($M = 1.64; DP = 1.286$) e ($M = 4.07; DP = 3.269$), respectivamente. Foi possível verificar diferenças entre grupos para a variável **raiva do AQ-09** [$t_{(20.656)} = -2.772, p = .012, d = -1.042$], onde mais uma vez a CC pontua mais baixo que a CE ($M = 1.64; DP = 1.286$) e ($M = 3.71; DP = 2.40$), respectivamente. Por fim, verificaram-se diferenças na variável **ajuda do AQ-09** [$t_{(23)} = 2.802, p = .010, d = 1.129$], sendo que, desta vez, é a CC que pontua mais elevado que a CE ($M = 8.09; DP = 1.300$) e ($M = 6.00; DP = 2.184$). Os restantes itens não apresentam diferenças significativas (todos $p > .05$) pelo que se assume igualdade entre grupos nas restantes escalas e subescalas (Tabela 4) (Foi ainda verificado se existiam diferenças na amostra total $N=61$ vs. variáveis em estudo, não se tendo encontrado diferenças, Apêndice 5).

Tabela 4.

Diferenças entre Condição Grupo nas Variáveis em Estudo, Momento 1, n = 25 (resultados do independente sample t test)

Variáveis em estudo vs. condição		n	M	DP	t	gl	p	d
AQ09_1pena	CC	11	6.09	2.587	0.482	23	0.634	0.194
	CE	14	5.57	2.738				
AQ09_2perigosidade	CC	11	2.82	2.786	-1.055	23	0.302	-0.425
	CE	14	3.86	2.143				
AQ09_3medo	CC	11	4.55	3.267	-0.683	23	0.501	-0.275
	CE	14	5.36	2.678				
AQ09_4culpa	CC	11	1.64	1.286	-2.547	17.733	0.020	-0.937
	CE	14	4.07	3.269				
AQ09_5segregacao	CC	11	2.27	2.453	-1.492	23	0.075	-0.601
	CE	14	3.64	2.134				
AQ09_6raiva	CC	11	1.64	1.286	-2.772	20.656	0.012	-1.042
	CE	14	3.71	2.400				
AQ09_7ajuda	CC	11	8.09	1.300	2.802	23	0.010	1.129
	CE	14	6.00	2.184				
AQ09_8evitacao	CC	11	1.27	0.647	-2.840	16.148	0.012	-1.033
	CE	14	2.93	2.056				
AQ09_9coercao	CC	11	4.18	2.639	-0.172	23	0.865	-0.069

Variáveis em estudo vs. condição	n	M	DP	t	gl	p	d	
CE	14	4.36	2.437					
IAPSSM_abertura_psicologica	CC	11	2.50	0.816	-0.299	23	0.768	-0.120
CE	14	2.60	0.815					
IAPSSM_procura_ajuda	CC	11	3.02	0.632	-0.153	23	0.879	-0.062
CE	14	3.06	0.652					
IAPSSM_indiferenca_estigma	CC	11	3.11	0.795	-0.551	23	0.587	-0.222
CE	14	3.28	0.685					
SDSA_MEDIA	CC	11	1.48	0.617	0.604	23	0.552	0.243
CE	14	1.34	0.570					
MHLQ_PARTE1	CC	11	2.82	1.250	1.484	23	0.151	0.598
CE	14	2.14	1.027					
MHLQ_PARTE2	CC	11	2.91	0.831	-0.328	23	0.746	-0.132
CE	14	3.00	0.555					

Nota. n = Amostra; M = Média; DP = Desvio padrão; t = valor teste; gl = graus de liberdade; $p < .05$; d = d de Cohen.

3.3 Análise do efeito da Intervenção nas variáveis em estudo

Para analisar o efeito da intervenção, foram realizadas uma série de ANOVA Fatorial mista (2x2) para cada uma das variáveis em estudo (e.g., AQ09). A condição experimental a que os participantes foram atribuídos foi considerada como variável entre grupos (CC vs. CE), e os momentos (pré intervenção vs. pós intervenção) como variável intra sujeitos. Foi também analisada a significância da interação entre as variáveis entre e Intra grupos. Ademais os resultados serão apresentados consoante o construto que lhe está subjacente (estigma, procura de ajuda, distanciamento social e níveis LSM direcionados à POC).

3.3.1 Estigma (AQ-09 e Subescala IAPSSM Indiferença ao estigma)

Os resultados referentes ao construto do estigma dizem respeito aos valores obtidos nos diferentes itens do AQ-09 e aos valores obtidos na subescala IAPSSM Indiferença ao estigma.

Relativamente aos itens que compõe o AQ-09, resultados que comparam a variável entre grupos (análise *between*) demonstraram que existe efeito significativo da variável **Condição** (CC vs. CE) para as medidas de AQ09 de **culpa** ($[F_{(1,50)} = 6.466, p = .014, \eta_p^2 = .123]$), de **raiva** ($[F_{(1,50)} = 7.882, p = 0.007, \eta_p^2 = 0.146]$), de **ajuda** ($[F_{(1,50)} = 5.659, p = 0.022, \eta_p^2 = 0.110]$), e de **evitação** ($[F_{(1,50)} = 5.684, p = 0.021, \eta_p^2 = .110]$).

Quando analisado o efeito da variável Intra grupo (análise *within*) no mesmo conjunto de itens, observou-se um efeito significativo da **variável Momento** (pré intervenção vs. pós intervenção) as medidas de **pena** [$F_{(1,50)} = 5.676, p = .021, \eta_p^2 = .110$] e de **medo** [$F_{(1,50)} = 5.800, p = .020, \eta_p^2 = .112$]. Tabela 5.

Tabela 5.

Efeito intervenção nos 2 momentos _ Estigma (resultados do teste ANOVA)

Variáveis em estudo vs. Intra sujeitos		gl	F	p	η_p^2
AQ09_1pena	condição	1,50	1.063	0.308	0.023
	momento	1,50	5.676	0.021	0.110
	momento*condição	1,50	0.120	0.731	0.003
AQ09_2perigosidade	condição	1,50	1.031	0.315	0.022
	momento	1,50	2.100	0.154	0.044
	momento*condição	1,50	0.656	0.422	0.014
AQ09_3medo	condição	1,50	0.449	0.506	0.010
	momento	1,50	5.800	0.020	0.112
	momento*condição	1,50	0.152	0.698	0.003
AQ09_4culpa	condição	1,50	6.466	0.014	0.123
	momento	1,50	0.118	0.733	0.003
	momento*condição	1,46	5.757	0.021	0.111
AQ09_5segregacao	condição	1,50	3.134	0.083	0.064
	momento	1,50	3.541	0.066	0.071
	momento*condição	1,50	0.709	0.404	0.015
AQ09_6raiva	condição	1,50	7.882	0.007	0.146
	momento	1,50	0.205	0.653	0.004
	momento*condição	1,46	5.812	0.020	0.112
AQ09_7ajuda	condição	1,50	5.659	0.022	0.110
	momento	1,50	0.133	0.717	0.003
	momento*condição	1,46	5.474	0.024	0.106
AQ09_8evitacao	condição	1,50	5.684	0.021	0.110
	momento	1,50	0.607	0.440	0.013
	momento*condição	1,46	8.214	0.006	0.152
AQ09_9coercao	condição	1,50	0.334	0.566	0.007
	momento	1,50	1.594	0.213	0.033
	momento*condição	1,50	0.126	0.724	0.003
IAPSSM_indiferenca_estigma	condição	1,50	0.930	0.340	0.020
	momento	1,50	0.312	0.579	0.007
	momento*condição	1,50	0.027	0.870	0.001

Nota. F = valor teste; gl = graus de liberdade; $p < .05$; η_p^2 = parcial *eta square*.

A interação entre as variáveis *Condição vs. Momento* foi igualmente significativa de tamanho moderado a grande, da condição (CC vs. CE) apenas no momento 1 para as medidas de **culpa** ($[F(1,46) = 5.757, p = .021, \eta_p^2 = .111]$), os participantes da CC pontuam significativamente valores menores de culpa (CC: $M = 1.636; DP = .759$) quando comparados à CE ($M = 4.071; DP = .673$), de **raiva** ($[F(1,46) = 5.812, p = .020, \eta_p^2 = .112]$), os participantes da CC pontuam valores menores de raiva ($M = 1.636; DP = .645$) quando comparados à CE ($M = 3.714; DP = .572$), de **ajuda** ($[F(1,46) = 5.474, p = .024, \eta_p^2 = .106]$), os participantes da CC demonstram maiores valores na pontuação da ajuda ($M = 8.091; DP = .669$) quando comparados à CE ($M = 6.000; DP = .593$), e de **evitação** ($[F(1,46) = 8.214, p = .006, \eta_p^2 = .152]$), onde os participantes da CC voltam a pontuar menores valores para a evitação (CC: $M = 1.273; DP = .432$) quando comparados à CE ($M = 2.929; DP = .383$), indicando que as diferenças entre grupos (CC vs. CE) são maiores no momento 1, quando comparado com estas diferenças no momento 2 para as mesmas medidas (culpa (CC: $M = 2.000; DP = .759$; CE: $M = 3.214; DP = .673$), raiva (CC: $M = 1.727; DP = .645$; CE: $M = 3.071; DP = .572$), ajuda (CC: $M = 7.273; DP = .669$; CE: $M = 6.357; DP = .593$) e evitação (CC: $M = 1.363; DP = .432$; CE: $M = 1.929; DP = .383$), (Figura 3).

Figura 3.

Interação Variáveis Condição vs. Momento AQ09

Figura 3 a - Média AQ09-Culpa

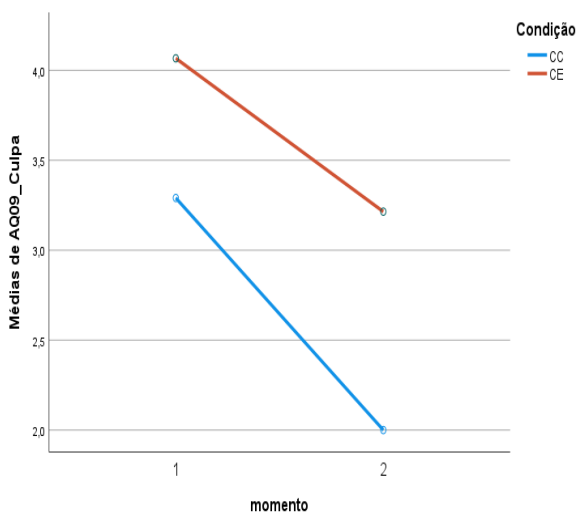


Figura 3 b - Média AQ09-Raiva

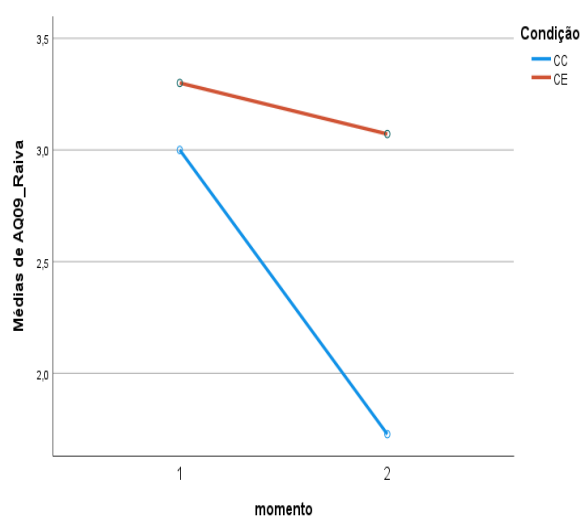


Figura 3 c – Média AQ09-Ajuda

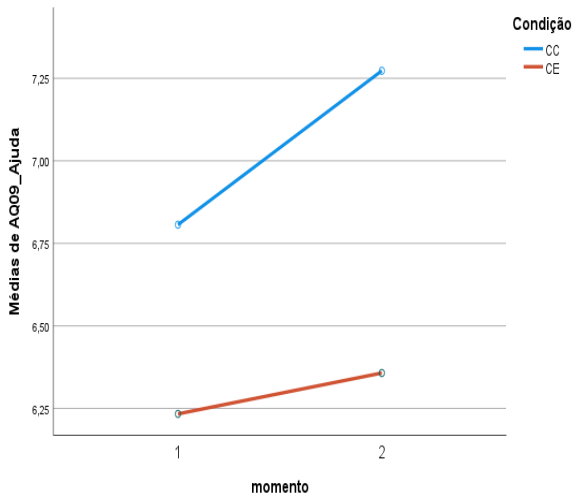
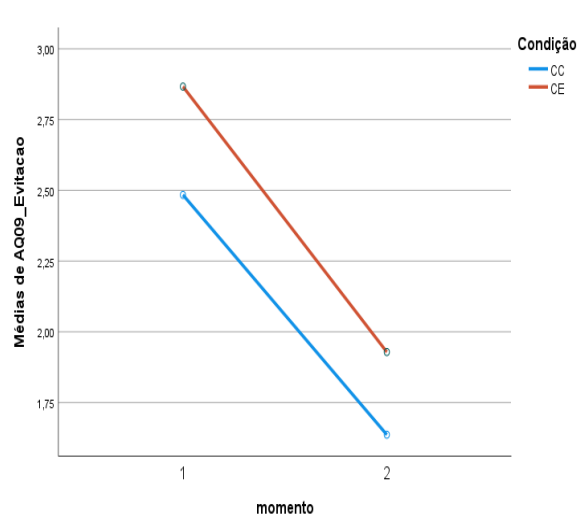


Figura 3 d - Média AQ09-Evitacao



Foi possível ainda verificar a interação significativa de tamanho médio para as medidas de **pena** [$F(1,46) = 4.231, p = .045, \eta_p^2 = .084$]. Os resultados sugerem que as pontuações do grupo CE parecem diminuir significativamente do momento 1 ($M = 5.571; DP = .712$), para o momento 2 ($M = 3.500; DP = 0.712$) (Figura 4), sendo que estas diferenças não são observadas para o grupo CC ($p = .180$). Observou-se uma interação significativa, de tamanho médio para as medidas de **medo** [$F(1,46) = 4.450, p = .040, \eta_p^2 = .088$], sugerindo que os níveis da CE desceram no segundo momento ($M = 3.214; DP = .718$) relativamente ao primeiro ($M = 5.357; DP = .718$) (Figura 5). Por fim, verificou-se a interação significativa, de tamanho de efeito moderado para as medidas de **segregação** [$F(1,46) = 4.214, p = .046, \eta_p^2 = .084$], observando-se uma descida dos níveis de segregação da CE do primeiro momento ($M = 3.643; DP = .492$) para o segundo momento ($M = 2.214; DP = .492$) (Figura 6, valores no apêndice 6).

Figura 4.

Diferenças Variável Pena _ AQ09

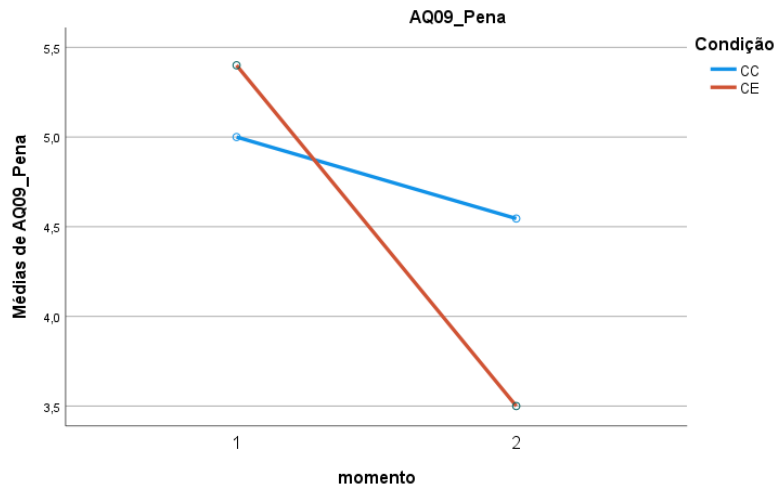


Figura 5.

Diferenças Variável Medo _ AQ09

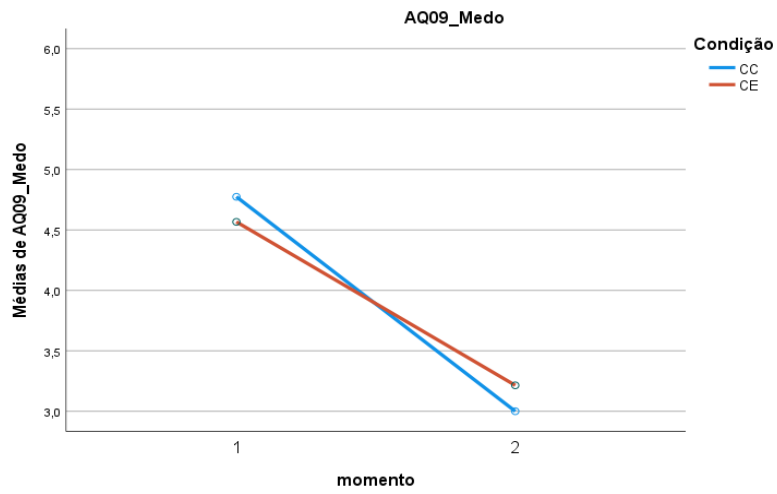
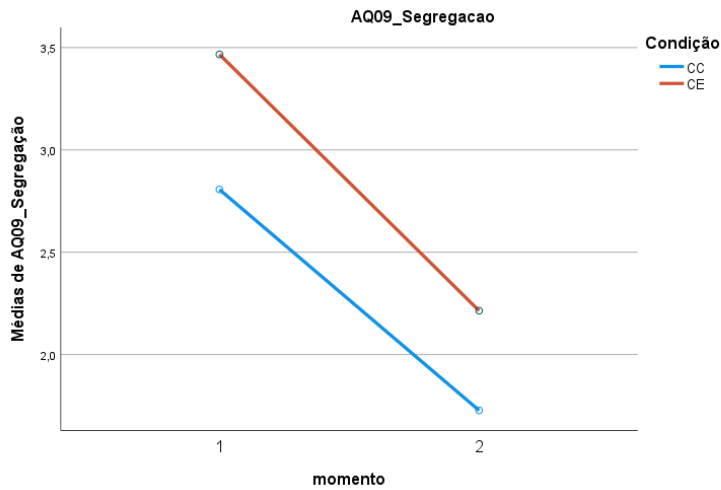


Figura 6.

Diferenças Variável Segregação_AQ09



3.3.2 Procura de Ajuda (IAPSSM)

Para analisar o efeito da intervenção na variável Procura de ajuda, foi realizada uma ANOVA Fatorial mista (2x2) para cada uma das subescalas do IAPSSM. A condição experimental a que os participantes foram atribuídos foi considerada como variável entre grupos (CC vs. CE), e os momentos (pré intervenção vs. pós intervenção) como variável intra sujeitos. Estes resultados sugerem que não existem efeitos significativos da variável **Condição**, da variável **Momento**, nem a interação **Condição x Momento** (todos $p > .05$), Tabela 6.

No entanto ao observarmos visualmente o gráfico, (Figura 7), observa-se uma tendência crescente na dimensão de abertura psicológica relativamente à CE, assim como uma diminuição da dimensão indiferença ao estigma (Figura 8), visualizamos também, que ambas as condições parecem diminuir na dimensão da procura de ajuda (Figura 9). Podemos ainda verificar, através do gráfico geral, da escala IAPSSM (Figura 10), que existe um aumento na CE contrariamente à CC.

Figura 7.

Avaliação 1 e 2 Momento Relativamente à Abertura Psicológica

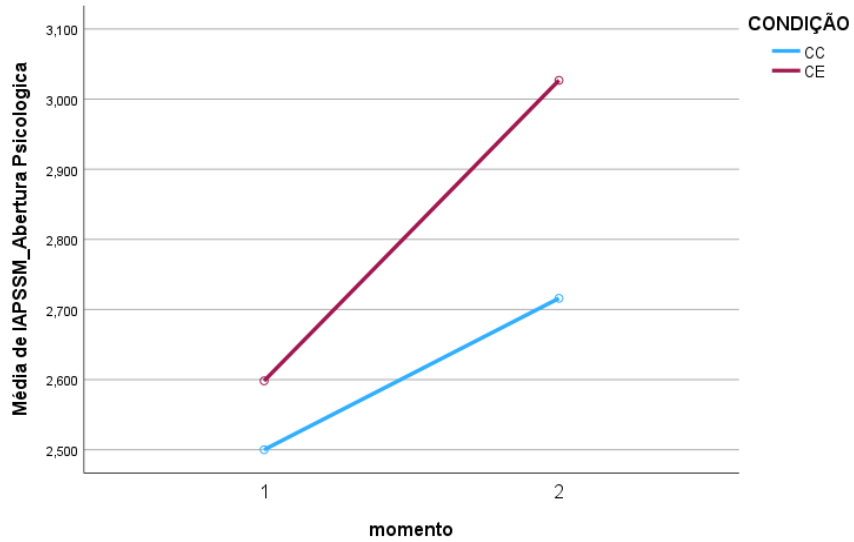


Figura 8.

Avaliação 1 e 2 Momento Relativamente à indiferença ao estigma

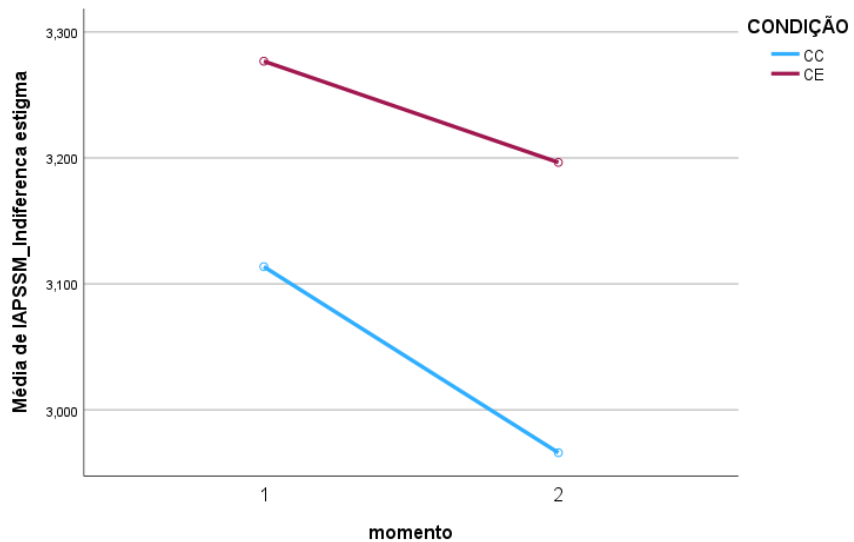


Figura 9.

Avaliação 1 e 2 Momento Relativamente à Procura de Ajuda

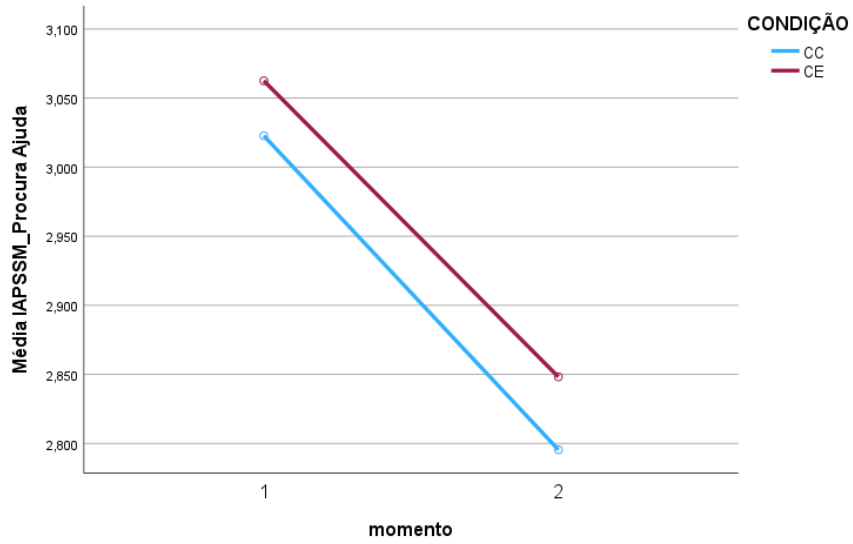


Figura 10.

Avaliação 1 e 2 Momento Relativamente à escala IAPSSM

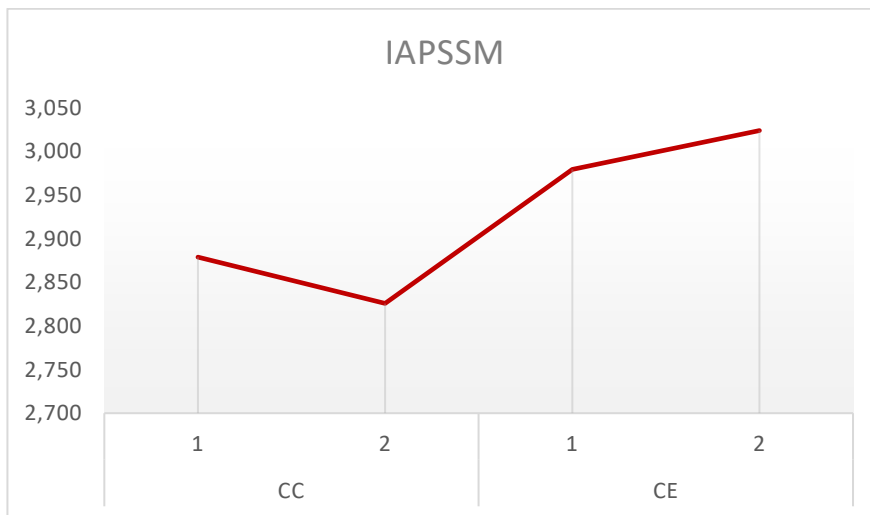


Tabela 6.*Efeito intervenção nos 2 momentos _ IAPSSM (resultados do teste ANOVA)*

Variáveis em estudo vs. Intra sujeitos		gl	F	p	η_p^2
IAPSSM_TOTAL_abertura_psicologica	condição	1,50	0.947	0.336	0.020
	momento	1,50	2.350	0.132	0.049
	momento*condição	1,50	0.256	0.615	0.006
IAPSSM_TOTAL_procura_ajuda	condição	1,50	0.056	0.814	0.001
	momento	1,50	1.268	0.266	0.027
	momento*condição	1,50	0.001	0.974	0.000
IAPSSM_TOTAL_inddiferenca_estigma	condição	1,50	0.930	0.340	0.020
	momento	1,50	0.312	0.579	0.007
	momento*condição	1,50	0.027	0.870	0.001

Nota. F = valor teste; gl = graus de liberdade; $p < .05$; η_p^2 = parcial *eta square*.

3.3.3 Distanciamento Social (SDS-A)

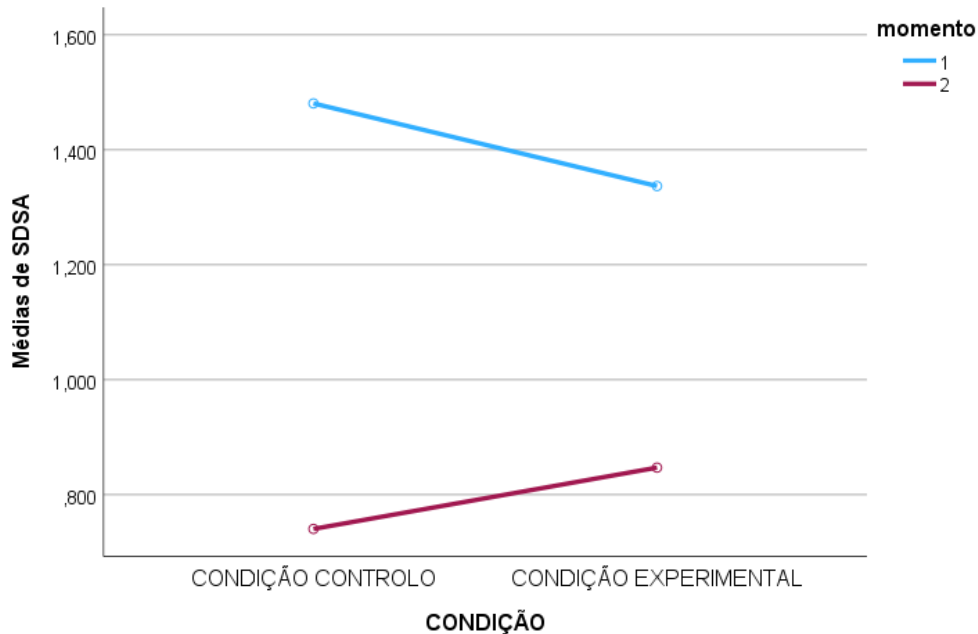
Para analisar o efeito da intervenção para o distanciamento social, foi realizada uma ANOVA Fatorial mista (2x2) para a subescala SDSA. A condição experimental a que os participantes foram atribuídos foi considerada como variável entre grupos (CC vs. CE), e os momentos (pré intervenção vs. pós intervenção) como variável intra sujeitos.

Os resultados que verificam o efeito da variável entre grupos (análise *between*) demonstram que não existe efeito significativo da **Condição** ($[F_{(1,0.004)} = 0.011, p = .918, \eta_p^2 = .000]$). Porém foi possível verificar um efeito significativo da variável **Momento** ($[F_{(1,4.660)} = 11.667, p = .001, \eta_p^2 = .202]$).

A interação entre as variáveis Condição x Momento revela efeito significativo do momento em ambas as condições, na condição CC com tamanho de efeito grande [$F_{(1,46)} = 7.545, p = .009, \eta_p^2 = .141$], sugerindo que os níveis desceram no segundo momento ($M = 0.740; DP = .191$) relativamente ao primeiro ($M = 1.481; DP = .191$). Por sua vez, na condição CE, embora o efeito não seja significativo, não deixa de ter uma magnitude de tamanho moderado [$F_{(1,46)} = 4.204, p = .046, \eta_p^2 = .084$], sugerindo que os níveis desceram no segundo momento ($M = .847; DP = .169$) relativamente ao primeiro ($M = 1.337; DP = .169$) (Apêndice 9). Na Figura 11, é possível verificar que ambas as condições demonstraram descida dos níveis de distanciamento social, no segundo momento relativamente ao primeiro.

Figura 11.

Efeito Intervenção nos Dois Momentos _ Distanciamento Social (resultados do teste ANOVA)



3.3.4 Literacia em Saúde Mental direcionada à POC (MHLQ)

Para analisar o efeito da intervenção para os níveis de LSM relacionada à POC, foi realizada uma ANOVA Fatorial mista (2x2) para cada uma das subescalas. Os resultados não revelam efeitos significativos da **condição** [$F_{(1,6.99)} = 2.695, p = .107, \eta_p^2 = .055$], e nem do **momento** [$F_{(1,6.751)} = 2.603, p = .113, \eta_p^2 = .054$], bem como não foi verificada interação significativa entre a Condição e o Momento ($[F_{(1,0.351)} = .135, p = .715, \eta_p^2 = .003]$). Não obstante, recorrendo à inspeção visual das figuras, respeitante ao MHLQ-Parte 1 (Figura 12), parece existir um aumento do grupo CE, entre momentos, ligeiramente superior relativamente ao aumento da CC, (CE (primeiro momento): $M = 2.143, DP = .305$; CE (segundo momento): $M = 2.786, DP = .305$; CC (primeiro momento): $M = 2.828, DP = .344$; CC (segundo momento): $M = 3.273, DP = .344$) (Apêndice 10).

Figura 12.

Efeito Intervenção nos Dois Momentos _ LSM Aplicada à POC_MHLQ (resultados do teste ANOVA)

Figura 12 a MHLQ parte 1

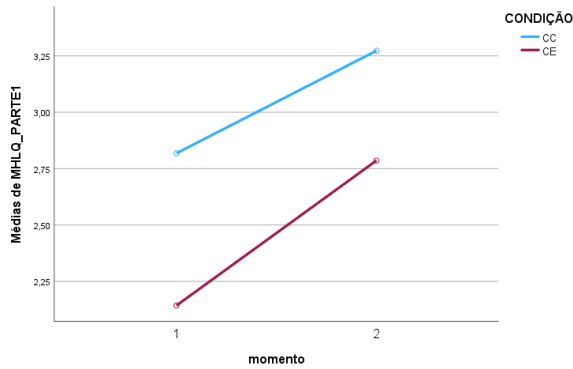


Figura 12 b MHLQ parte 2

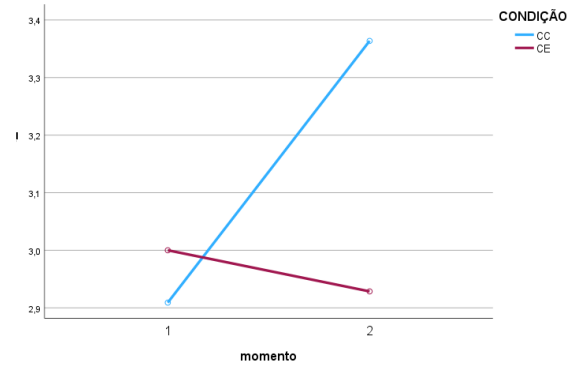
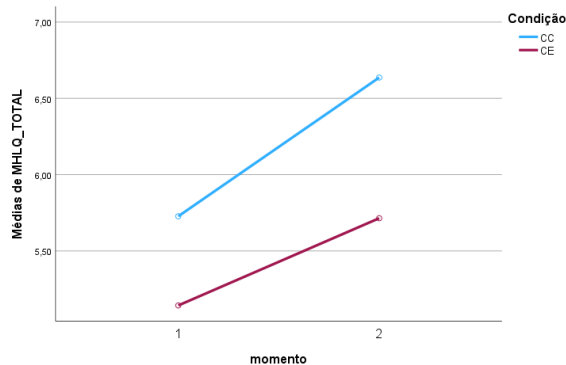


Figura 12 c MHLQ TOTAL



De uma forma geral, os efeitos da intervenção relativamente aos níveis totais de LSM e a CE, não aparentam resultados de significância relevante, no entanto ao observarmos o gráfico, (Figura 13), é possível verificar que todos os Itens da escala que avalia o estigma (AQ - 09) diminuíram no segundo momento, com exceção do item ajuda que parece ter aumentado ligeiramente. Ainda que os resultados não tenham potência para atingir a significância estatística, a tendência dos resultados obtidos foi a expetável. Com efeito, é também possível observar que o distanciamento social parece ter diminuído no momento 2, ($M = 1.337$; $DP = .169$) e ($M = .847$; $DP = .169$) primeiro e segundo momento respetivamente, e que, em contrapartida, os níveis gerais de LSM relacionados à POC

terão aumentado, ainda que ligeiramente ($M = 5.143$; $DP = .430$) e ($M = 5.714$; $DP = .430$), primeiro e segundo momento respetivamente.

Na CC, tal como esperado, não existem efeitos significativos e se observarmos o gráfico, Figura 14, as alterações não são tão manifestas, embora de modo genérico, os itens da escala que avalia o estigma (AQ09) tenham diminuído, relativamente à abertura psicológica parece manter-se igual, enquanto o distanciamento social diminuiu, ($M = 1.481$; $DP = .191$) e ($M = .740$; $DP = .191$), primeiro e segundo momento respetivamente. Por fim, os níveis gerais de LSM relacionados à POC demonstram tendência a aumentar perante a intervenção ($M = 5.727$; $DP = .486$ e $M = 6.636$; $DP = .486$, primeiro e segundo momento, respetivamente) (Apêndice 11).

Figura 13.

Verificação das Diferenças nos momentos 1 e 2 Relativamente aos Níveis Gerais de LSM na CE

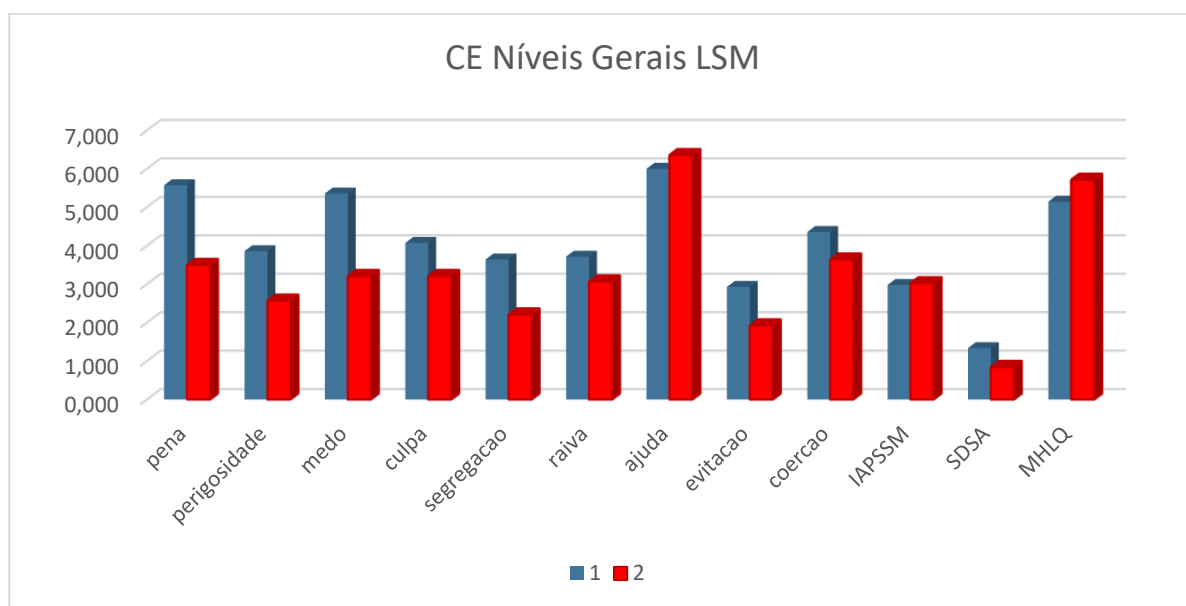
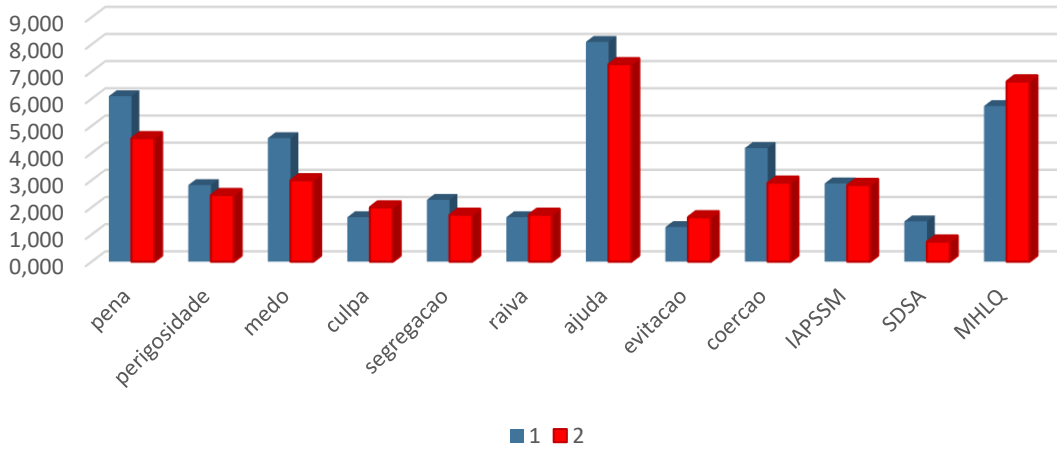


Figura 14.

Verificação das Diferenças nos momentos 1 e 2 Relativamente aos Níveis Gerais de LSM na CC

CC Níveis Gerais LMS



4 Discussão dos resultados

Nos últimos anos, denota-se uma crescente preocupação com saúde mental e por consequência a necessidade de estudar os níveis de LSM e formas de promover a mesma. A LSM torna-se particularmente relevante em perturbações mentais, visto que a falta de reconhecimento sobre a sintomatologia é uma das maiores barreiras na procura de ajuda precoce (Altuncu, et al., 2023). Esta procura tardia de ajuda, traz custos elevados para quem sofre de patologias como a POC (Chaves, et al., 2022). O estigma associado a perturbações mentais também contribui para a tendência de mascarar sintomas e consequentemente evitar a busca de ajuda profissional (Rusch, Angermeyer & Corrigan, 2005). Neste sentido, têm sido propostos programas com a intenção de aumentar a LSM, diminuir o estigma e aumentar a procura de ajuda (Chaves, et al., 2021; Gurbuz, Yorulmaz & Durna, 2020; Wei, et al., 2015).

Neste estudo, pretendeu-se verificar a viabilidade de um programa sobre LSM na perturbação obsessivo compulsiva, com o intuito de baixar o estigma e o distanciamento social e por consequência aumentar a procura de ajuda, destinados à profissionais de segurança privada. De forma particularizada, procurámos explorar se o aumento do conhecimento e a redução do estigma e do distanciamento social, poderiam ser alcançados, de forma menos morosa, através do conhecimento sobre a sintomatologia e sobre as crenças desadaptativas associadas à POC.

Os participantes parecem ter partido sem diferenças significativas relativamente à idade, sugerindo que as condições, na distribuição aleatória, ficaram dispersas de forma equiparada. Com relação ao sexo, o único valor significativo, foi relativo ao sexo feminino e o item pena da escala que avalia o estigma (AQ - 09), sugerindo que este pontua mais elevado em detrimento do sexo masculino, este fenómeno pode ser explicado pelo fato de ser a primeira questão da bateria de instrumentos, uma vez que não existiram mais diferenças relevantes entre as duas condições. Assim como, pode ser explicado pelo fato do sexo feminino tendencialmente demonstrar maiores níveis de empatia, sensibilidade emocional e preocupação com o outro (Eisenberg & Lennon, 1983; Hoffman, 1977), outra explicação pode prender-se com as teorias evolutivas, que sugerem as mulheres, como principais cuidadoras e que isto as levou a um maior foco na segurança e estabilidade (Campbell, 1999). Ademais, não foram encontradas diferenças na distribuição desta variável pelos grupos experimentais.

Também foi possível observar diferenças entre indivíduos com o 2º ciclo do ensino básico e indivíduos com o 12º ano de escolaridade, sendo que no primeiro caso, os sujeitos pontuavam mais baixo tanto na escala IAPSSM – Abertura psicológica como na 2ª parte da escala MHLQ, este fenómeno pode ser explicado por diversos fatores. No caso da Abertura Psicológica, esta está frequentemente associada à capacidade de aceitar novas ideias, e à disposição para explorar o desconhecido, neste sentido um maior grau de escolaridade pode contribuir para este efeito, uma vez que nos abre caminhos para o conhecimento, que nos obriga a pensar sobre disciplinas que promovem o pensamento crítico, como a filosofia, entre outros. Na verdade, qualquer indivíduo na medida em que avança no sistema educacional, ganha a oportunidade de desenvolver habilidades cognitivas, ganha destreza na resolução de problemas e estes processos cognitivos estão diretamente relacionados à abertura psicológica, pois envolvem a capacidade de questionar crenças pré-estabelecidas e a possibilidade de mudança com base em novas informações (Johnson & Bouchard, 2005; Kuhn, 1999). Relativamente à 2ª parte da escala MHLQ (que avalia a literacia direcionada à POC), geralmente uma maior escolaridade está associada a melhores níveis de LSM, devido a diversos fatores como, maior exposição à prática de leitura, maior desenvolvimento de capacidades cognitivas e maior acesso a recursos educacionais (Kutner, Greenberg & Baer, 2005; Rikard, et al., 2016).

Após a intervenção, a maioria dos efeitos esperados não foram significativos, provavelmente devido ao número reduzido da amostra final ($n = 25$). Não obstante, ao analisarmos os gráficos (médias) da condição experimental, parece-nos que de certa forma as nossas hipóteses, foram corroboradas, uma vez que os níveis de estigma e de distanciamento social reduziram, a procura de ajuda aumentou e por consequência os níveis gerais de LSM aumentaram.

Com significância estatística, na escala do AQ-09 (estigma), apenas os itens da pena e do medo demonstraram que a CE passou a pontuar mais baixo no segundo momento. Relativamente à pena, esta diminuição pode ser explicada por diversos fatores, no entanto e uma vez que um dos objetivos da nossa intervenção era a redução do estigma internalizado, que inclui a visão de que indivíduos com perturbações mentais estão em posição inferior ou necessitam de compaixão excessiva, julgamos que ao desafiar estes preconceitos, a pena excessiva, que frequentemente tem uma conotação de superioridade, pode diminuir. Este resultado também pode sugerir que os participantes, ao receberem

informação sobre a capacidade, a autonomia e o potencial de recuperação dos indivíduos com POC, tenham tido uma diminuição na tendência de ver estes indivíduos como indefesos. Ou seja, o aumento do conhecimento, pode diminuir estereótipos negativos e promover uma visão mais positiva sobre o potencial dos indivíduos que sofrem com POC. Da mesma forma, interpretamos que a diminuição do item medo, esteja relacionado com o aumento do conhecimento sobre esta perturbação, uma vez que o medo está associado ao desconhecido. Embora, não tenhamos obtido mais dados estatisticamente significativos na escala que avalia o estigma, podemos verificar com base nas médias, que no segundo momento estas baixaram, à exceção do item ajuda, que aumentou, este resultado pode ser explicado pela consciencialização sobre a sintomatologia, fazendo com que sintam a necessidade de ajudar, aumentando a empatia e a clareza sobre as carências do outro.

Analisando as médias da escala que avalia o distanciamento social (SDS A), também se verificou a diminuição da pontuação no segundo momento, resultados que podem ser explicados pelo fato do distanciamento social, ser muitas vezes, impulsionado por medos irracionais, preconceito ou falta de informação, sugerindo que a nossa intervenção poderá ter levado a que, os participantes tenham desenvolvido uma maior compreensão e empatia em relação aos indivíduos que sofrem de estigma.

Da mesma forma, analisando os resultados da escala que avalia a procura de ajuda (IAPSSM), podemos verificar, que existiu um aumento na pontuação, o que pode ser explicado pela tomada de conhecimento sobre a importância da mesma. A normalização da procura de ajuda, retratando-a como um comportamento positivo, pode ter contribuído para este aumento.

No entanto, parece-nos que existiu um efeito inesperado na condição de controlo, ainda que menos perceptível, uma vez que este também terá sofrido mudanças nos níveis de LSM (embora sem qualquer significância estatística), o que pode ser explicado pelo fato dos vídeos criados para esta condição, embora não abordassem uma perturbação mental, não deixaram de ser educativos sobre uma doença (enfarte do miocárdio), podendo contribuir para a diminuição do estigma e aumento dos níveis de LSM, pelo que seria interessante, numa próxima investigação, criar algo mais neutro para o grupo de controlo, a fim de se poder verificar se existiriam diferenças significativas entre as duas condições. Similarmente pode ter contribuído para este resultado, o fato de vivermos

tempos em que a sociedade já está mais sensível ao termo saúde mental, o relatório de 2019 da OMS destaca que de uma forma global, a consciencialização sobre saúde mental tem aumentado, com as campanhas educacionais e as iniciativas de saúde pública focadas em desestigmatizar as perturbações mentais (OMS, 2019).

As discussões abertas sobre saúde mental em plataformas sociais, as mudanças culturais, e o acesso a informação podem contribuir para esta abertura psicológica e para o aumento dos níveis de LSM.

A literatura apoia os nossos resultados, sugerindo que à medida que a sociedade se torna mais informada sobre a natureza das perturbações mentais, há uma tendência de redução do estigma associado a essas perturbações (Corrigan & Watson, 2002). Estes resultados conduzem-nos à importância da existência de programas para o aumento de LSM, pois quanto maior o conhecimento sobre sintomas e perturbações mentais maior a iniciativa na procura de ajuda precoce (Jorm, 2000; Chaves et al., 2021; Neto et al., 2021).

Embora os resultados até nos pareçam promissores, a amostra não é representativa para generalizar ao sector da segurança privada, conquanto se tratasse de um estudo piloto, a amostra ficou reduzida, pelo que seria pertinente que futuras pesquisas, explorassem estes fatores, numa amostra de maior dimensão.

É importante salientar as limitações encontradas, primeiramente o fato dos instrumentos utilizados para o estudo de LSM, não serem direcionados à POC, por exemplo a escala que avalia o estigma, tem subescalas que avaliam o perigo ou a raiva, que provavelmente fariam mais sentido se estivéssemos a relacionar com a esquizofrenia, uma vez que esta perturbação conduz a estigmas muito próprios, o que não será o caso da POC, talvez por esse motivo muitos indivíduos deste estudo, após a visualização dos vídeos educativos, tenham identificado o indivíduo da vinheta da escala do MHLQ, como sendo alguém que sofria de esquizofrenia (dos 25 indivíduos da amostra final, 6 identificaram a perturbação como sendo esquizofrenia), o que nos leva à importância de instrumentos que possam avaliar o estigma de uma forma mais direcionada às diferentes sintomatologias, neste caso concreto, atitudes relacionadas com a excentricidade ou a mania por limpezas, em vez da perigosidade ou a raiva.

Por outro lado, o fato das vinhetas nas várias escalas, relatarem vertentes diferentes sobre a POC, podem ter influenciado os resultados, pois parece-nos, que no caso do nosso estudo, e uma vez que abordava apenas a vertente da contaminação, teríamos obtido melhores resultados se as vinhetas refletissem apenas indivíduos com POC na vertente da contaminação, diminuindo possíveis erros de interpretação.

A taxa de abandono neste estudo foi elevada. Vários fatores podem ter contribuído para este fenómeno, o fato de ser online, pode ser um deles, visto que não existe o compromisso, direto, com a pessoa que o está a desenvolver. Ainda assim, obtivemos relatos satisfatórios de aceitabilidade e principalmente na facilidade de compreensão dos vídeos e por consequência da temática. Da mesma forma, consideramos que o abandono pode ter sido resultante dos questionários serem demasiado extensos e/ou exaustivos, sugerindo que estudos futuros possam reduzir o número de escalas a aplicar num segundo momento, ou a utilização de métodos motivadores de forma a alcançar o maior número de indivíduos. Podemos também evidenciar que este abandono pode ter sido fruto, dos participantes pertencerem à mesma empresa, e que situações inerentes e internas à mesma, podem ter contribuído para a desistência de um elevado número de participantes, sugerindo que estudos futuros não se devam limitar a uma só instituição.

Desta forma, podemos retirar as seguintes conclusões:

Embora com uma amostra reduzida, que por si só, se torna pouco significativa podendo não ter poder estatístico, parece-nos que um programa para aumento de LSM associado à POC, estruturado de forma sequencial, na qual se apresenta primeiramente a história de um indivíduo, com os seus medos e angústias, posteriormente conteúdos informacionais como a descrição da perturbação POC, seguido da conceptualização da sua fenomenologia e os tratamentos mais eficazes para a POC podem contribuir para a destigmatização e para o aumento da LSM. Parece-nos que a nossa intervenção demonstrou eficácia em promover mudanças positivas nas atitudes e comportamentos dos participantes. A diminuição do estigma e do distanciamento social, sugerem que os participantes passaram a ter uma visão mais compreensiva e menos preconceituosa em relação a indivíduos estigmatizados, refletindo uma maior aceitação e empatia. O aumento da procura de ajuda, sugere que os participantes passaram a perceber a importância do suporte, seja ele emocional, psicológico ou social. Este aumento pode ser

reflexo da redução do estigma em relação à procura de ajuda profissional e de uma compreensão mais clara da necessidade de apoio.

No entanto, o fato de ter sido aplicado o mesmo tipo de estrutura/programa à condição de controlo, pode ter condicionado os nossos resultados, na medida em que esperávamos que este grupo CC não tivesse oscilação nos níveis de estigma, distanciamento social e procura de ajuda. Outro fator que pode ter levado a este resultado, pode ser o fato, do segundo momento ter sido aplicado logo após a manipulação experimental, sugerindo a importância de verificar os resultados a longo prazo (pelo menos 15 dias).

Com este estudo piloto, não se pretendeu avaliar a significância dos resultados, mas sim a sua viabilidade e adequação para um estudo em maior escala, uma vez que estudos piloto têm a função de identificar problemas metodológicos e processuais que possam surgir na implementação de um programa mais extenso e dispendioso (Leon et al., 2011). Assim, embora os resultados obtidos neste estudo piloto, não tenham apresentado significância estatística em todas as análises, é importante salientar que a amostra foi reduzida, característica comum nestes estudos, o que limita a capacidade de detetar diferenças estatisticamente significativas, não devendo esta ser interpretada como uma falha do programa, mas como um reflexo das limitações inerentes a um estudo preliminar.

O presente estudo foi, do nosso conhecimento, o primeiro estudo a aplicar um programa de intervenção para o aumento da LSM em profissionais de segurança privada.

5 Referências Bibliográficas

- Altuncu, A., Lomoriello, A., Lo Buglio, G., Martino, L., Yenihayat, A., Belfiore, M., & Boldrini, T. (2023). Mental Health Literacy about Personality Disorders: A Multicultural Study. *Behavioral Sciences*, 13(7), 605. <https://doi.org/10.3390/bs13070605>
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., ... Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303–1317. doi:10.1017/S0033291713001943
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Lisboa: Climepsi.
- Baptista, T., & Neto, D. (2022). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: psicologia & psicoterapia*, (2). Lisboa: Edições Silabo.
- Barlow, D. (2016). *Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo*. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Campbell, A. (1999). Staying alive: Evolution, culture, and women`s intrasexual aggression. *Behavioral and Brain Sciences*, 22(2), 203-214. <https://doi.org/10.1017/S01400525X99001818>
- Chaves, A., Arnáez, S., Castilla, D., 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. doi:10.3389/fpsyt.2021.677567
- 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>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed)*. L. Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Corrigan, P. (2003). *A Toolkit for Evaluating Programs Meant to Erase the Stigma of Mental Illness*.

- Corrigan, P.W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *The American Psychologist*, 59(7), 614-625. Doi: 10.1037/0003-066x.59.7.614
- Corrigan, P. W. (2008). *A Toolkit for Evaluating Programs Meant to Erase the Stigma of Mental Illness*.
- Costa, A., Saboga-Nunes, L., & Costa, L. (2016). Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa. *Instituto Nacional de Saúde*, 17, 38-40.
- Eisenberg, N., & Lennon, R. (1983). Sex differences in empathy and related capacities. *Psychological Bulletin*, 94(1), 100-131. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.94.1.100>
- Ferreira, C. (2023). Literacia em saúde mental, revisão sobre escalas de medida. Departamento de psiquiatria e saúde mental ULSAM. 5-20.
- 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. *Psychological*, 60(2), 65-81. https://doi.org/10.14195/1647-8606_60-2_4
- Glazier, K., & McGinn, L.K. (2015). Non-Contamination and Non-symmetry OCD Obsessions are Commonly not Recognized by Clinical, Counseling and School Psychology Doctoral Students. *Journal of depression & anxiety*, 2015, 1-6.
- Gonçalves, M., & Moleiro, C. (2016). *Resultados de um programa piloto de desestigmatização da saúde mental juvenil*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 276-282. doi:10.1016/j.rpsp.2016.06.005
- González, R. Z, Barbero, F. L., & Bartolomé, M. V. P. (2023). Alfabetización en Salud Mental: Revisión Sistemática de la Literatura. *Psykhé (Santiago)*, 32(1), 1-15. <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.2020.21787>
- Gouniai, J., Smith, K., & Leonte, K. (2022). Do clergy recognize and respond appropriately to the many themes in obsessive-compulsive disorder? : Data from a Pacific Island community. *Mental Health, Religion & Culture*, 25(1), 33-46. <https://doi.org/10.1080/13674676.2021.2010037>
- Gurbuz, A., Torulmaz, 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. Doi: 10.24193/jebp.2020.2.14
- Hoffman, L. (1977). Empathy, its development and prosocial implications. *Nebraska Symposium on Motivation*, 25, 169-217.
- Johnson, W., & Bouchard, T. (2005). *The structure of human intelligence: It is verbal, perceptual, and image rotation (VPR), not fluid and crystallized*. *Intelligence*, 33(4), 393-416. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2004.12.002>.

- 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 recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071>.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396–401. doi:10.1192/bjp.177.5.396
- Kim, PY., Thomas, JL., Wilk, JE., Castro, CA., & Hoge, CW. (2010). Stigma, barriers to care, and use of mental health services among active duty and national guard soldiers after combat. *Psychiatric services*, 61(6), 582–588. doi:10.1176/appi.ps.61.6.582
- Kuhn, D. (1999). A Developmental Model of Critical Thinking. *Educational Researcher*, 28(2), 16-46. <https://doi.org/10.3102/0013189X028002016>
- Kutner, M., Greenberg, E., & Baer, J. (2005). A First Look at the Literacy of America's Adults in the 21st Century, Washington, DC. *National Center for Education Statistics, US Department of Education*.
- Leon, A. C., Davis, L. L., & Kraemer, H. C. (2011). The role and interpretation of pilot studies in clinical research. *Journal of Psychiatric Research*, 45(5), 626–629. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.008>
- Link, B. G., 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>
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R., & Ferreira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de enfermagem*, 3. 157-166.
- Macedo, A., Pereira, A., & Andrade, J. (2016). *Perturbação obsessiva-compulsiva: o insustentável peso da dúvida*. Lisboa: Lidel.
- Mardones-Escapa, PM., & Mas-Esquerdo, JJ. (2023). Revisión sobre el estigma en salud mental en población militar. *Sanidad Militar*, 79(2), 129–135. <https://doi.org/10.4321/S1887-85712023000200012>
- McCarty, R. J., Guzick, A. G., Swan, L. K., & McNamara, J. P. H. (2017). Stigma and recognition of different types of symptoms in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12, 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.12.006>
- Neto, D., Rocha, I., Figueiras, M., & Silva, A. (2021). Measuring Mental Health Literacy: Adaptation and Validation of the Portuguese Version of the Mental Health Literacy Scale (MHLS). *European Journal of Mental Health*, 16(1), 64–77. <https://doi.org/10.5708/EJMH.16.2021.1.5>

- OMS. (2019). The world health report 2019: *mental health, strengthening our response*. World health organization.
- OMS. (2022) World mental health report: *transforming mental health for all*. World mental health report: *transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, SPPSM <https://www.sppsm.org/informemente/perturbacao-mental-em-numeros/>
- Oliveira, A., & Azevedo S. (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30,227-34.
- Pereira, A. (2006). *SPSS Guia Prático de Utilização – Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia* (6th ed.). Edições Sílabo
- Pereira, A., & Patrício, T. (2020). *SPSS Guia Prático de Utilização – Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia* (8th ed.). Edições Sílabo
- Poiares, N. (2008). *Estudos de homenagem ao professor doutor Artur Anselmo*. Coimbra: Almedina
- Ribeiro, I. (2021). *Manual de Psicologia da saúde*. Lousã: Pactor
- Richardson, J. (2011). Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research, *Educational Research Review*, 6 (2), 135-147. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2010.12.001>.
- Rikard, R. V., Thompson, M. S., McKinney, J., & Beauchamp, A. (2016). Examining health literacy disparities in the United States: a third look at the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). *BMC public health*, 16, 1-11.
- Rüsch, N., Angermeyer, M., & Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Steinberg, D., & Wetterneck, C. (2016). OCD Taboo Thoughts and Stigmatizing Attitudes in Clinicians. *Community Mental Health Journal*, 53(3), 275–280. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0055-x>
- Uhl, A., Addo-Yobo, A., Boland, G., Watkins, R., Senegal, J., & Salami, T. (2023). Mental Health Providers and Peers Help Enhance the Effectiveness of Law Enforcement Mental Health Interventions. *Journal of Police & Criminal Psychology*, 38(3), 774–781. <https://doi.org/10.1007/s11896-023-09604-3>
- Wei, Y., McGrath, P., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 15(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
- Williams, V., Deane, F. P., Giles, C., & Knight, L. (2022). Changes in Stigmatizing Beliefs and Help-Seeking Intentions Following a Recreational Peer-Based

Program for Young People Affected by Military Associated Parental Mental Illness. *Journal of Military & Veterans' Health*, 30(3), 56–63.

Yamazaki, M., Nagamine, M., Kitano, M., Waki, F., Edo, N., Koga, M., Tachimori, H., & Toda, H. (2023). Identifying factors related to stigma toward psychiatric illness and mental health services and attitudes of help-seeking among Japan Ground Self-Defense Force members. *Journal of Psychiatric Research*, 165, 241–247. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.07.029>

Legislação e documentação consultada

Decreto-lei nº 35/2004, 21 de fevereiro

Lei nº 34/2013, 16 de maio

Lei nº 46/2019, julho de 2019

Anexos

Anexo A. Consentimento Informado para Participação (EUSurvey)

O meu nome é Patrícia Soares Gomes e encontro-me a realizar uma investigação no âmbito da minha dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, sob orientação da Professora Doutora Antónia Ros.

Este é um estudo experimental, e tem como objetivo testar a eficácia de programas de intervenção dirigidos a profissionais de segurança privada, utilizando as redes sociais, orientados para aumentar a literacia em Saúde. Serão utilizados unicamente meios digitais, pelo que os participantes deverão ter acesso a computador, tablet ou telemóvel que permitam o preenchimento dos questionários, bem como acesso a redes sociais (Instagram ou Facebook). Irá ser pedido a cada participante que:

1. Após consentimento informado, preencha alguns questionários (estimamos que não demore mais de 20 minutos)
2. Que tenha acesso a redes sociais com alguma periodicidade (no mínimo semanal).
3. Aceda ao link disponibilizado e siga a página sugerida.
4. Nessa página irá ser apresentado um vídeo por dia, sendo 12 no total e cada um terá cerca de 2 minutos.
5. Não partilhe informação relativa a esta investigação, no período em que ela decorre, com outros profissionais que possam eventualmente estar a participar no mesmo estudo.
6. Após cerca de 4 semanas, preencha novamente alguns questionários.

Todos os dados são recolhidos apenas para efeitos da investigação **“Reduzir o estigma e distanciamento social associado à perturbação obsessivo-compulsiva: Eficácia de um programa para aumento da literacia dirigido a profissionais de segurança privada”** estando garantida a confidencialidade do seu tratamento e a exclusiva utilização pela Universidade do Algarve, com um período de retenção dos dados sendo o mínimo necessário para a realização do projeto, e sendo o seu tratamento realizado nos termos e condições da Política de Proteção de Dados que se encontra acessível em www.ualg.pt. Garantimos, assim, a total confidencialidade uma vez que os seus dados serão tratados de forma estatística em conjunto com os dos restantes participantes e não serão divulgados individualmente de forma alguma. Para qualquer informação ou esclarecimento de dúvidas, pode contactar a Patrícia Soares Gomes, pelo e-mail a59013@ualg.pt. A sua participação é voluntária. Se não quiser participar no estudo, ou mesmo que agora aceite participar, se, mais tarde, quiser desistir, não terá qualquer consequência.

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

Sim

Não

Autorizo expressamente o tratamento dos dados pessoais pela Universidade do Algarve, para efeitos da participação na investigação **“Reduzir o estigma e o distanciamento social associado à perturbação obsessivo-compulsiva: Eficácia um programa para aumento da**

literacia dirigido a profissionais de segurança privada” de acordo com os termos de informação sobre tratamento de dados e a Política de Proteção de Dados que se encontram disponíveis em www.ualg.pt . Estou consciente de que posso retirar o consentimento ou exercer os direitos de proteção de dados, designadamente os direitos de reclamação, acesso, retificação, oposição, limitação do tratamento ou apagamento, através de contacto com o Encarregado da Proteção de Dados da Universidade do Algarve pelo correio eletrónico rgpd@ualg.pt, e caso assim o considere necessário, apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados, através dos contatos disponíveis em www.cnpd.pt.

Sim

Não

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

Sim

Não, é a segunda vez

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

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

E-mail para o qual devemos enviar o link do estudo:

Rede Social da sua preferência:

Facebook

Instagram

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

Anexo B. Attribution Questionnaire (AQ-09)

Vinheta Samuel

O Samuel é um homem de 30 anos que trabalha num banco e mora sozinho. Recentemente, falou acerca da experiência de pensamentos involuntários, recorrentes e angustiantes. Tem sérias dúvidas sobre se deixa as torneiras da casa de banho abertas quando sai de casa para ir trabalhar. Ele teme que, ao deixar as torneiras abertas, possa causar uma inundação, o que danificará não só sua casa, mas também os outros apartamentos do prédio.

Por causa destes pensamentos ele realiza inúmeras verificações antes de sair de casa e até mesmo depois. Também verifica repetidamente se tem aparelhos ligados à corrente elétrica, como o ferro de engomar, a máquina de café, a máquina de barbear, entre outros. Ao sair de casa tem dúvidas se fechou bem a porta de casa, a porta da frente e a caixa de correio, tem de voltar repetidamente para casa para verificar 10 vezes se cada porta está bem fechada. Ele não verifica mais vezes porque fica “envergonhado caso os vizinhos o vejam”. Isso causa muita perda de tempo e angústia, chegando a demorar horas nestas verificações, o que têm repercussões na sua vida profissional e pessoal. Apesar nunca ter acontecido nenhum acidente e de saber que estas ideias são irracionais, as suas preocupações são constantes e controlam as suas atividades diárias.

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

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

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
*1) Eu sentiria pena do Samuel?									
*2) Quão perigoso acha que o Samuel é?									
*3) Quão assustado do Samuel se iria sentir?									
*4) Acho que o Samuel é culpado da sua condição presente.									
*5) Acho que seria melhor para a comunidade do Samuel se ele fosse internado num hospital psiquiátrico.									
*6) Quão zangado se sentiria com o Samuel?									
*7) Qual a probabilidade de ajudar o Samuel?									
*8) Eu iria tentar manter-me afastado do Samuel?									

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
*9) Acha que o Samuel deveria ser forçado a fazer tratamento médico mesmo contra a sua vontade?									

Anexo C. Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAPSSM).

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

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

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

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

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

	0	1	2	3	4
*11) As pessoas importantes da minha vida teriam pior opinião acerca de mim se descobrissem que eu tinha problemas psicológicos.					
*12) Os problemas psicológicos, como muitas coisas, tendem a resolver-se por si.					
*13) Seria relativamente fácil para mim arranjar o tempo necessário para consultar um profissional devido a problemas psicológicos.					
*14) Há experiências na minha vida sobre as quais eu não falaria com ninguém.					
*15) Eu iria querer receber ajuda profissional, se eu estivesse preocupado ou desanimado durante um longo período de tempo.					
*16) Eu iria sentir-me desconfortável ao procurar ajuda profissional devido a problemas psicológicos, porque as pessoas do meu grupo social ou profissional poderiam descobrir.					
*17) Ter sido diagnosticado com uma perturbação mental é uma nódoa na vida de uma pessoa.					
*18) Há algo de admirável na atitude das pessoas que estão dispostas a lidar com os seus conflitos e medos sem recorrer a ajuda profissional.					
*19) Se eu achasse que estava a ter um esgotamento mental, a minha primeira tendência seria receber ajuda profissional.					
*20) Eu sentir-me-ia pouco à vontade a consultar um profissional, devido ao que algumas pessoas iriam pensar.					
*21) As pessoas com uma personalidade forte conseguem ultrapassar os problemas psicológicos sozinhas e teriam pouca necessidade de ajuda profissional.					
*22) Eu estaria disposto a partilhar assuntos íntimos com uma pessoa adequada, se pensasse que isso poderia ajudar-me a mim ou a um familiar.					
*23) Se eu tivesse recebido tratamento devido a problemas psicológicos, não iria sentir que deveria esconder isso.					
*24) Eu iria sentir-me envergonhado se o meu vizinho me visse a entrar no consultório de um profissional que lida com problemas psicológicos.					

Anexo D. Social Distance Scale (SDS).

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

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

Por favor indique como as afirmações se aplicam a si, colocando o número apropriado da escala abaixo:

A - Distância social

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

Pergunta SDS_A

	0	1	2	3
*1) Como se sentiria ao alugar um quarto da sua casa a uma pessoa como a Alice?				
*2) E se fosse trabalhador no mesmo emprego com alguém como a Alice?				
*3) Como se sentiria se tivesse alguém como a Alice como seu vizinho?				
*4) E se fosse alguém que tivesse de cuidar dos seus filhos durante algumas horas?				
*5) Como se sentiria se um filho seu fosse casado com alguém como a Alice?				
*6) Como se sentiria se tivesse de apresentar alguém como a Alice?				
*7) Como se sentiria se tivesse de recomendar alguém como a Alice para um emprego a trabalhar para um amigo seu?				

Anexo E. Mental Health Literacy Questionnaire (MHL) adaptado por Chaves (2022).

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

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

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

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

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

* Pergunta1.1) O que acontece com Manuel é motivo de preocupação:

Sim

Não

Não sei

* Pergunta1.2) O que acha que pode estar a acontecer com o Manuel?

Problemas familiares

Problemas de ajustamento

Perturbação de ansiedade

Perturbação de ansiedade generalizada

Esquizofrenia

Perturbação obsessivo-compulsiva

Depressão

* Pergunta1.3) O que pensa ser a principal causa que desencadeia o problema do Manuel?

Stress

Trauma experienciado

Personalidade

Problemas familiares

Vírus ou deficiência nutricional

Alteração orgânica ou física

Problema de saúde mental

* Pergunta1.4) Na sua opinião, qual o tratamento que poderia ser mais útil para o Manuel?

Medicamentos (prescritos ou não pelo especialista)

Prática de atividades de lazer

Prática de desporto

Cursos de relaxamento, meditação, aprender a lidar com o stress
Tratamento psicológico

Parte 2 - Conhecimento geral sobre a POC

* Pergunta2.1) A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) é:

Um distúrbio de aprendizagem

Uma perturbação mental

Um conjunto de hobbies

* Pergunta2.2) As obsessões são:

Preocupações indesejadas da vida diária

Alucinações

Pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos indesejados

* Pergunta2.3) As compulsões são:

Comportamentos repetitivos com objetivo principal de chamar a atenção

Comportamentos repetitivos para reduzir o desconforto das obsessões

Comportamentos repetitivos sem importância

* Pergunta2.4) As estratégias e compulsões que a pessoa realiza para se sentir melhor, a LONGO PRAZO faz com que:

A POC fique mais intensa

A pessoa não tenha ansiedade

A pessoa não tenha obsessões

Anexo F. Autorização da Empresa para Realização do Estudo nos seus Colaboradores

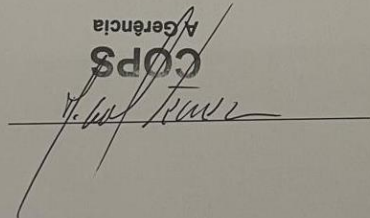


Termo de autorização

Estudo de investigação com o título, **Reduzir o estigma e distanciamento social associado à perturbação obsessiva compulsiva: eficácia de um programa para aumento da literacia dirigido a profissionais da segurança privada.**

Eu Miguel Filipe das Neves Ferreira, na qualidade de Gerente da empresa COPS – Companhia Operacional de Segurança Privada, Lda., declaro que autorizo, à execução do Estudo de Investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

22 de outubro de 2023

A Gerência
COPS


Apêndice

Apêndice 1. Questionário de Dados Pessoais

Dados pessoais

* Idade

* Sexo

Feminino

Masculino

Outro

* Nacionalidade

Portuguesa

Outra

* Localidade de residência

Aveiro

Beja

Braga

Bragança

Castelo Branco

Coimbra

Évora

Faro

Guarda

Leiria

Lisboa

Portalegre

Porto

Santarém

Setúbal

Viana do Castelo

Vila Real

Viseu

Açores

Madeira

Outro

* Estado Civil

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

* Escolaridade

Não frequentou o sistema de ensino formal;

1º Ciclo do ensino básico (4ª classe);

2º Ciclo do ensino básico (ensino preparatório, 6º ano);

3º Ciclo do ensino básico (9º ano);

Ensino secundário (12º ano);

Curso tecnológico/profissional/outros (equivalente ensino secundário);

Bacharelato;

Licenciatura;

Mestrado;

Doutoramento;

Outro

* Profissão

Vigilante

Chefe de equipa

Vigilante Chefe / Controlador

Operador de Central

Chefe de Brigada / Supervisor

Chefe de Serviços

Diretor de Segurança

Apêndice 2. Descrição do Pré Teste

Para seleção da imagem do José, que conta a história da sua doença/patologia, foi realizado um pré-teste para escolha da mesma. Foi utilizado o site de criação de imagens com inteligência artificial *Craiyon* com a hiperligação <https://www.craiyon.com/>. O *Prompt* utilizado foi "*Men In Its 35'S Normal Looking Portrait*", aqui foram selecionadas quatro representações distintas, com o objetivo de aferir qual reunia maior consenso para a aceitação social.



Figura 3- Imagem A



Figura 4- Imagem B



Figura 5- Imagem C



Figura 6 - Imagem D

O inquérito foi criado a 20 de novembro de 2023 na plataforma EUSurvey, tendo sido disponibilizado a uma amostra *ad hoc* de população em geral, no período de 4 de dezembro de 2023 a 16 de dezembro de 2023, ficando acessível num total de 13 dias.

O inquérito incluía um formulário de informação pessoal, constituído por dados relacionados com idade, sexo, habilitações literárias e nacionalidade, e 11 perguntas respondidas numa escala de *likert* com 7 alternativas de resposta, de 1 (nada/desconfortável) a 7 (completamente/confiante), uma das respostas da escala foi cotada de forma invertida. As questões foram as mesmas para as quatro imagens de rosto e foram apresentadas aleatoriamente.

Questões: Em cada uma das imagens escolha a opção que, na sua opinião, melhor descreve a fotografia.

1. É um tipo de pessoa com que me sinto identificado/a.
2. Esta pessoa parece-me psicologicamente saudável.
3. Teria dificuldade em confiar nesta pessoa.

4. Poderia ser amigo/a desta pessoa.
5. Como se sentiria se tivesse de recomendar alguém como a pessoa da fotografia para um emprego a trabalhar para um amigo seu?
6. Como se sentiria se uma filha sua fosse casada com alguém como a pessoa da fotografia?
7. Como se sentiria ao alugar um quarto na sua casa a uma pessoa como a da fotografia?
8. Como se sentiria se tivesse alguém como a pessoa da fotografia como seu vizinho?
9. Como se sentiria se tivesse de apresentar alguém como a pessoa da fotografia, a uma mulher jovem, que é sua amiga?
10. E se fosse trabalhador no mesmo emprego que alguém como a pessoa da fotografia?
11. -E se fosse alguém que tivesse de cuidar dos seus filhos durante algumas horas?

A amostra do pré teste é composta por 39 indivíduos, em que 82,05% (n=32) são do sexo feminino e 17,95% (n=7) do sexo masculino, com idade compreendidas entre os 26 e os 76 anos, sendo que a média das idades é de 45.6 anos. Relativamente à nacionalidade, verifica-se que 94,87% (n=37) dos indivíduos são portugueses, 2,56% (n=1) são de outra nacionalidade e 2,56% (n=1) não respondeu.

No que respeita às habilitações literárias, a maioria dos indivíduos tem o ensino secundário 33,33% (n=13), 25,64% (n=10) dos indivíduos licenciatura, 15,38% (n=6) o 3º ciclo do ensino básico, 10,26% (n=4) o bacharelato, 5,13% (n=2) dos indivíduos tem curso profissional equivalente ao secundário e a mesma percentagem dos indivíduos o mestrado, uma pequena minoria 2,56% (n=1) dos indivíduos indicou outras habilitações literárias.

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

Imagem	N	Mínimo	Máximo	M	DP
A	39	11	68	45,385	12,881
B	39	18	73	47,103	11,479
C	39	19	77	49,102	10,376
D	39	13	77	48,5890	12,632

Nota. N = Amostra; M = Média; DP = Desvio Padrão

Apêndice 3. Guião POC Contaminação

Vídeo_1

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

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

Vídeo 1/12: <https://youtu.be/7xqajYlJjdk>

Vídeo_2C

▪ **Frame 1**

- A situação foi-se agravando.

▪ **Frame 2**

- Os meus pensamentos de contaminação e toda a situação que comecei a viver depois do nascimento da Maria, pioraram muito.

▪ **Frame 3**

- Na tentativa de ter tudo limpo e desinfetado, perdia muito tempo do meu dia a lavar-me ou a desinfetar objetos... Isto afetava cada vez mais a minha vida profissional e pessoal.

▪ **Frame 4**

- Também no trabalho tinha estes comportamentos... Começou a ser um pesadelo ter trabalhos no exterior ou almoços de trabalho! Comecei a evitar o que me fazia sair do escritório, mas não era possível fugir a tudo...

▪ **Frame 5**

- Estes pensamentos eram constantes.
- Demorava no mínimo 1 hora no banho, e às vezes tomava vários banhos por dia.

▪ **Frame 6**

- Lavava as mãos de forma ritualizada, esfregava com sabonete 7 vezes, deixava a água a correr enquanto contava até 100...

▪ **Frame 7**

- Isto parecia-me uma “maluquice”, uma mania, que me envergonhava!
- E tinha a certeza de que as pessoas me achavam louco, mas nunca pensei nisto como uma doença.

▪ **Frame 8**

- Durante muito tempo, achei-me ridículo e fraco! Mas percebia que estes pensamentos não faziam sentido! Sentia-me a enlouquecer e queria esconder, fui-me isolando...

▪ **Frame 9**

- Já não tinha controlo...Tive de procurar ajuda!

▪ **Frame 10**

- Fui ao médico, que me medicou e indicou um psicólogo. Disse que a melhor forma de “tratar este problema” era com terapia. A medicação ajudaria nesta fase aguda, mas precisava de ajuda especializada.

▪ **Frame 11**

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

Vídeo 2/12: <https://youtu.be/R1E72nAVStg>

Vídeo_3C

▪ **Frame 1**

- Vamos tentar perceber melhor a minha situação...

▪ **Frame 2**

- Lembram-se que vos disse que o meu médico me aconselhou a procurar um psicólogo para os meus pensamentos e comportamentos de contaminação?

▪ **Frame 3**

- Procurei uma psicóloga que, depois da avaliação psicológica, finalmente deu um nome a este meu “problema”: Perturbação Obsessivo-Compulsiva POC
- Assumo que foi um alívio, perceber que não era louco, mesmo não sabendo ainda o que era a POC!

▪ **Frame 4**

- Desde a primeira sessão a psicóloga sempre me deu muita informação acerca da minha perturbação.
- Esta psicoeducação foi constante ao longo do processo!

▪ **Frame 5**

- A psicóloga disse-me que a POC é uma perturbação que é caracterizada pela presença de obsessões e/ou compulsões.

▪ **Frame 6**

- Obsessões, podem ser pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos que interrompem o curso normal do pensamento, são recorrentes, inaceitáveis ou não desejados, causam acentuado sofrimento e mau estar, sendo geradores de ansiedade.

▪ **Frame 7**

- Compulsões, são atos ou rituais que nos sentimos obrigados a fazer para diminuir a culpa ou ansiedade que as obsessões provocam. Com frequência pretendem impedir ou evitar de forma mágica, algum acontecimento temido, tal como a morte, a doença ou algum desastre.

▪ **Frame 8**

- A psicóloga disse-me também, que tal como eu, a maioria das pessoas reconhece a insensatez ou o exagero destes comportamentos.

▪ **Frame 9**

- O que gera um ciclo vicioso, que alimenta esta perturbação. O alívio conseguido com a compulsão é temporário, realimentando a incerteza, o que leva o indivíduo a reproduzir o comportamento.

▪ **Frame 10**

- Para facilitar a compreensão do Ciclo da POC...



▪ **Frame 11**

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

▪ **Frame 12**

- A POC afeta entre 2 a 3% da população mundial, atingindo cerca de 1 em cada 40 adultos. A OMS introduziu esta perturbação na lista das dez condições mais debilitantes em todo o mundo.

▪ **Frame 13**

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

Vídeo 3/12: https://youtu.be/tm0zUWW_DjQ

Vídeo_4C

▪ **Frame 1**

- Continuando a perceber a POC

▪ **Frame 2**

- O desenvolvimento da POC tende a ser gradual, seguindo frequentemente um curso crónico, com aumento e diminuição de sintomas.

▪ **Frame 3**

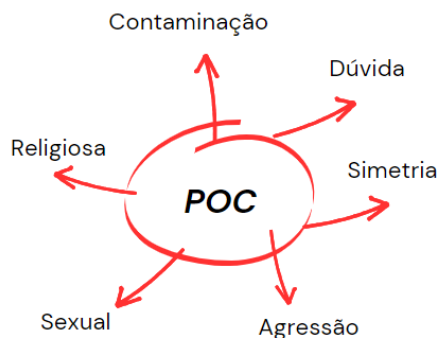
- Diferentes manifestações da POC
- Limpeza (obsessões de contaminação e compulsões de limpeza);
- Simetria (obsessões de simetria e ordem e compulsões de contagem e repetição);

▪ **Frame 4**

- Diferentes manifestações da POC
- Pensamentos proibidos ou tabus (obsessões religiosas, sexuais ou agressivas e compulsões de rituais mentais);
- Dano/prejuízo (medo de se magoar a si próprio ou a outro e compulsões de verificação).

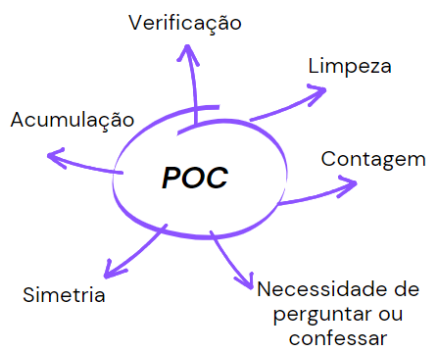
▪ **Frame 5**

Tipos de Obsessões



▪ **Frame 6**

Tipos de Compulsões



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

Vídeo 4/12: https://youtu.be/PldMQNdSe_I

Vídeo_5C

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

- Existem semelhanças entre intrusões e obsessões clínicas:
- Involuntárias Indesejadas Repetitivas Interrompem Conteúdos similares
- ...Mas nas intrusões o sujeito tem uma percepção de controlo sobre o pensamento!

▪ **Frame 9**

- Na obsessão não existe esse controlo
- Existe um medo associado
- Estes pensamentos podem ocorrer como ideias, imagens ou impulsos e perturbam a pessoa pela frequência e/ou pelo conteúdo desagradável ou absurdo, gerando ansiedade.

▪ **Frame 10**

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

Vídeo 5/12: <https://youtu.be/hknlzd28TC8>

Vídeo_6C

▪ **Frame 1**

- Continuando a perceber a POC

▪ **Frame 2**

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

▪ **Frame 3**

- O fluxo de pensamento de cada um é interrompido por distrações diariamente.

▪ **Frame 4**

- No meu caso, quando ia ter com a minha filha , era “assaltado” automaticamente pelo seguinte pensamento: “E se eu lhe passo uma doença mortal?”

▪ **Frame 5**

- Esse pensamento causava-me ansiedade extrema, porque se tal acontecesse eu seria o responsável pelo sofrimento da minha filha.
- Na minha cabeça o desfecho era sempre terrível para a nossa família.

▪ **Frame 6**

- Por isso, ia a correr lavar as mãos. Quando o fazia, o medo de poder fazer com que a minha filha adoecesse, diminuía, tal como a minha ansiedade.
- Ficava mais calmo.

▪ **Frame 7**

- O problema é que o alívio era temporário e aos poucos e poucos tinha de me lavar novamente, mais e melhor.
- Eu tinha de me desinfetar constantemente, pois se não o fizesse, na minha cabeça, a Maria podia adoecer!!!

▪ **Frame 8**

- Tinha de mudar de roupa , colocar na máquina a lavar e tomar banho.
- Eu cheguei a colocar roupa no lixo, porque julgava que podia estar contaminada.

▪ **Frame 9**

- Por tudo isto... Comecei a ficar obcecado e tudo à minha volta tinha de ser limpo e desinfetado constantemente.
- Se acontecesse alguma coisa à Maria...
- A culpa seria MINHA!!!

▪ **Frame 10**

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

Vídeo 6/12: <https://youtu.be/LDMtx3LgFuQ>

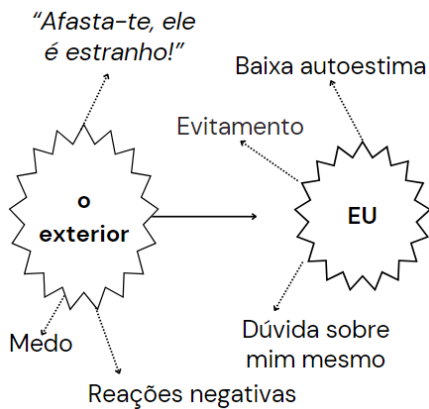
Vídeo_7C

- **Frame 1**
 - Como me senti muitas vezes...
- **Frame 2**
 - A falta de conhecimento foi uma grande barreira para identificar estes comportamentos como sendo uma perturbação!
- **Frame 3**
 - Cresci com a preocupação de manter tudo limpo e, durante algum tempo, estes comportamentos pareciam normais... Até que começaram a afetar muito a minha vida!
- **Frame 4**
 - A capacidade de reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos de sofrimento psíquico, ajuda na procura de ajuda precoce. E isso fará toda a diferença!
- **Frame 5**
 - Na verdade, a minha falta de conhecimento, levou-me a sentir que não fazia parte da sociedade.
- **Frame 6**
 - Quantas vezes pensei: “Sou doido varrido” “Porque é que não me consigo controlar? Sou fraco” “Olha a vergonha para a minha família e amigos” “O que lhes digo? Como explico?”
 - Era o meu preconceito, o meu auto-estigma.
- **Frame 7**
 - Contudo, este preconceito também vinha de fora! Senti-me julgado muitas vezes. As pessoas afastavam-se ou faziam comentários maliciosos. É o estigma social!
- **Frame 8**
 - Infelizmente ainda é muito comum na nossa sociedade, e eu não fui diferente, pensar que: “Só vai ao psicólogo ou psiquiatra quem é fraco ou louco!!!”
- **Frame 9**
 - Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

Vídeo 7/12: <https://youtu.be/gbr96x0zNpA>

Vídeo_8C

- **Frame 1**
 - Continuando a falar no estigma que acompanha a POC.
- **Frame 2**
 - Conseguia sentir a discriminação, por exemplo: “As pessoas com doença mental são um perigo para os outros.” “Ele é meio maluco, mas a culpa é dele.” “É melhor afastarmo-nos dele...”
 - O estigma pode ser muito cruel principalmente com quem ainda não conhece a sua patologia.
- **Frame 3**
 - Este rótulo, fez com que eu começasse a sentir vergonha, a querer disfarçar os meus comportamentos, às vezes inventando muitas desculpas. Sentia-me culpado!!!!
 - O medo levou-me a comportamentos de evitamento!!
 - Cada vez duvidava mais de mim! A minha autoestima diminuiu...
- **Frame 4**



▪ **Frame 5**

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

▪ **Frame 6**

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

▪ **Frame 7**

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

▪ **Frame 8**

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

▪ **Frame 9**

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

▪ **Frame 10**

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

Vídeo 8/12: <https://youtu.be/VgFIh6pcPUs>

Vídeo_9C

▪ **Frame 1**

- Continuando a conhecer a POC...

▪ **Frame 2**

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

▪ **Frame 3**



▪ **Frame 4**

- Ajuda especializada

▪ **Frame 5**

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

▪ **Frame 6**

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

▪ **Frame 7**

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

▪ **Frame 8**

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

▪ **Frame 9**

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

Vídeo 9/12: <https://youtu.be/L91xGVYzWYs>

Vídeo_10C

▪ **Frame 1**

- Terapias mais eficazes na POC

▪ **Frame 2**

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

▪ **Frame 3**

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

▪ **Frame 4**

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

- **Frame 5**
 - Se eu pensar que ao sair à rua, vou ficar contaminado (pensamento), vou ficar com medo (emoção), e vou reagir para evitar o medo (comportamento).
- **Frame 6**
 - A psicóloga nas primeiras sessões foi muito clara relativamente às fases da terapia
 - Começou por aplicar alguns questionários, e elaborámos em conjunto o plano de tratamento. Traçámos objetivos específicos e aos poucos fomos, devagar, atingindo as metas!!!
- **Frame 7**
 - Algumas das estratégias utilizadas comigo foram:
 - Observação direta de alguns dos meus comportamentos; Automonitorização (tinha de registar os meus pensamentos, sensações e comportamentos)
- **Frame 8**
 - Experiências comportamentais (expor-me a algo ativador da obsessão e evitar realizar a compulsão)
 - Exposição e prevenção da resposta
- **Frame 9**
 - Discussão Cognitiva (identificarmos as crenças que me faziam acreditar que as minhas obsessões eram muito importantes e discutirmos a veracidade e a importância das mesmas.)
- **Frame 10**
 - Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

Vídeo 10/12: <https://youtu.be/z--2GvWbXc>

Vídeo_11C

- **Frame 1**
 - Como a Terapia funcionou comigo
- **Frame 2**
 - Na terapia fui sendo encorajado a identificar e desafiar padrões de pensamentos negativos e comportamentos que interferem com o meu modo de funcionamento.
- **Frame 3**
 - A psicóloga foi-me ajudando a perceber a minha perturbação, e desconstruindo as crenças. Falávamos de como surgiam os pensamentos e quais os meus comportamentos. E como me sentia depois de os realizar...
- **Frame 4**



- **Frame 5**
 - Fomos encontrando pensamentos alternativos, permitindo-me mudar a forma como me sentia em relação a determinadas situações.
- **Frame 6**
 - Análise racional e validade do pensamento.

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

▪ **Frame 7**

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

▪ **Frame 8**

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

▪ **Frame 9**

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

Vídeo 11/12: <https://youtu.be/tRGY0ilRVK0>

Vídeo_12C

▪ **Frame 1**

- Como funciona a Terapia comigo até hoje!

▪ **Frame 2**

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

▪ **Frame 3**

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

▪ **Frame 4**

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

▪ **Frame 5**

- Hoje sinto-me livre. Livre para amar a minha filha, sem medo de a contagiar... Posso amar e ser amado pela minha mulher... Posso ir ao supermercado, sem que isso represente um peso enorme... Posso ir ao café beber uma cerveja, sem ter de desinfetar tudo em meu redor...

▪ **Frame 6**

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

▪ **Frame 7**

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

▪ **Frame 8**

- Podemos sempre mudar a nossa história...

▪ **Frame 9**

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

▪ **Frame 10**

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

Vídeo 12/12: https://youtu.be/L_NgtEifFgo



11:57

josecarlosccc2

13 publicações 21 seguidores 2 a seguir

Jose Carlos

Seguido por soniappafonso e soniafonso.psi

A seguir Mensagem

11:57

16:22

Jose Carlos
19 amigos · 4 em comum

Enviar mensagem

Contactar

Publicações Fotos Vídeos

Detalhes
... Ver a secção Sobre de Jose

Amigos
19 (4 em comum)

Página inicial Vídeo Amigos Marketplace Notificações Menu

Apêndice 4. Guião Enfarte Miocárdio

Vídeo_1E

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

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

Vídeo_2E

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

Vídeo 2/12 - <https://youtu.be/7ubVXhZP tk>

Vídeo_3E

- **Frame 1**
 - Vamos perceber o que me aconteceu...
- **Frame 2**
 - As doenças cardiovasculares (cardio = coração; vasculares = vasos sanguíneos) afetam o sistema circulatório, ou seja, o coração e os vasos sanguíneos (artérias, veias e vasos capilares).
- **Frame 3**
 - As doenças cardiovasculares (DCV) são de vários tipos, sendo as mais preocupantes a doença das artérias coronárias (artérias do coração) e a doença das artérias do cérebro.
- **Frame 4**
 - Quase todas as DCV são provocadas por aterosclerose, ou seja, pelo depósito de placas de gordura e cálcio no interior das artérias, o que dificulta a circulação sanguínea nos órgãos e pode mesmo chegar a impedi-la.
- **Frame 5**
 - Quando a aterosclerose se desenvolve nas artérias do cérebro, pode originar sintomas como alterações de memória, tonturas e acidente vascular cerebral (AVC).
- **Frame 6**
 - Quando a aterosclerose aparece nas artérias coronárias, pode causar sintomas e doenças como a angina de peito, ou provocar um enfarte do miocárdio.
- **Frame 7**
 - O controlo dos fatores de risco é a melhor forma de prevenir as doenças cardiovasculares.
- **Frame 8**
 - Os fatores de risco podem ser modificáveis ou não modificáveis.

- Irei falar-vos sobre esses fatores, e quais deles foram (e alguns ainda são) os meus.

▪ **Frame 9**

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

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

_____ **Vídeo_4E** _____

▪ **Frame 1**

- Vamos perceber alguns dos fatores de risco modificáveis para prevenção de um enfarte.

▪ **Frame 2**

- Fatores de risco modificáveis
- Colesterol elevado (hipercolesterolemia); Triglicéridos elevados (hipertrigliceridemia)

▪ **Frame 3**

- Fatores de risco modificáveis
- Açúcar elevado no sangue (diabetes); Pressão arterial elevada (hipertensão arterial)

▪ **Frame 4**

- Fatores de risco modificáveis
- Excesso de peso e obesidade; Hábito de fumar; Abuso de bebidas alcoólicas; Pouco exercício físico (sedentarismo)

▪ **Frame 5**

- Colesterol elevado (Hipercolesterolemia)
- O colesterol é uma das gorduras que circulam no sangue.

▪ **Frame 6**

- Existem 2 tipos de colesterol: o HDL que ajuda a remover o colesterol LDL da parede das artérias que se acumula no interior destas e provoca a aterosclerose, levando a doenças graves, como o enfarte do miocárdio ou o AVC.

▪ **Frame 7**

- Colesterol elevado (Hipercolesterolemia)
- Os valores recomendados são: colesterol total < 190 mg/dl; colesterol LDL < 115 mg/dl colesterol HDL ≥ 40-45 mg/dl

▪ **Frame 8**

- Triglicéridos elevados (hipertrigliceridemia)
- Os valores são muito dependentes da alimentação e, normalmente, valores altos indicam uma alimentação rica em gorduras.

▪ **Frame 9**

- Habitualmente, pessoas com triglicéridos elevados têm valores reduzidos de HDL. Valores de HDL baixos são um fator de risco para as doenças cardiovasculares. Recomenda-se ter um valor de triglicéridos abaixo de 150 mg/dl.

▪ **Frame 10**

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

Vídeo 4/12: <https://youtu.be/9ff5w2K1m14>

_____ **Vídeo_5E** _____

▪ **Frame 1**

- Continuando nos fatores de risco modificáveis para prevenção de um enfarte.

▪ **Frame 2**

- Diabetes

- A diabetes aparece sempre que, por alguma razão, o nosso organismo não consegue produzir insulina suficiente. A insulina ajuda a controlar os níveis de açúcar no sangue.

▪ **Frame 3**

- Tipo 1: diagnosticada em criança ou jovem (maioria das vezes tem origem genética). Tipo 2: identificada em idades mais tardias, tem uma origem ligada aos estilos de vida. Tipo MODY: normalmente diagnosticada nos jovens (origem genética).

▪ **Frame 4**

- Pressão arterial elevada (hipertensão arterial)
- Quando se tem hipertensão arterial, significa que o sangue está a fluir com uma pressão muito grande no interior das artérias, e isto pode provocar o aparecimento de lesões nas suas paredes.

▪ **Frame 5**

- O nosso corpo tenta reparar essas lesões, mas pode levar ao espessamento e perda de elasticidade da parede das artérias, formando-se, por vezes, coágulos que levam à sua oclusão e ao compromisso da circulação sanguínea.

▪ **Frame 6**

- Considera-se hipertensão arterial quando: pressão máxima ≥ 140 mmHg (14) ou pressão mínima ≥ 90 mmHg (9)

▪ **Frame 7**

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

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

Vídeo_6E

▪ **Frame 1**

- Falando um pouco mais dos fatores de risco modificáveis para prevenção de uma doença cardiovascular.

▪ **Frame 2**

- Excesso de peso e obesidade
- A obesidade e o excesso de peso já são considerados uma grande epidemia deste século. Deve-se a estilos de vida pouco saudáveis dos tempos modernos.

▪ **Frame 3**

- A falta de exercício físico, o baixo consumo de legumes e fruta, o consumo de refrigerantes e de refeições pré-cozinhadas são dos fatores que mais têm contribuído para esta epidemia no mundo inteiro.

▪ **Frame 4**

- Pouco exercício físico (sedentarismo)
- De acordo com o estudo “Os Portugueses e o Sedentarismo”: 64% das pessoas praticam menos de 1,5 h de exercício físico por semana; Com o avançar da idade, esta tendência de hábitos sedentários aumenta.

▪ **Frame 5**

- Hábitos tabágicos (inclui o fumo passivo)
- A inalação do fumo e dos químicos do tabaco é responsável por grande parte dos cancro do pulmão, traqueia e por muitas outras doenças.

▪ **Frame 6**

- O hábito de fumar é um importante fator de risco cardiovascular.

▪ **Frame 7**

- O tabaco contribui para o endurecimento e menor elasticidade das paredes das artérias, promovendo a aterosclerose (a acumulação de gordura e de outros químicos que leva à formação de trombos) e, assim, contribuindo para doenças graves como o AVC ou o enfarte do miocárdio.

▪ **Frame 8**

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

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

Vídeo_7E

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

Vídeo 7/12: <https://youtu.be/y5i-meFFPUY>

Vídeo_8E

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

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

Vídeo 8/12: <https://youtu.be/IRFCQJ2tvPQ>

Vídeo_ 9E

- **Frame 1**
 - Agora é tempo de tratar do nosso coração e mantê-lo saudável!
- **Frame 2**
 - Seja ativo
 - A prática de exercício físico aumenta a qualidade de vida!
- **Frame 3**
 - Praticar atividade física de intensidade moderada, meia hora por dia, pelo menos 5 dias por semana, ajuda a reduzir o risco de doença cardíaca.
- **Frame 4**
 - Controle o seu nível de colesterol
 - colesterol total < 190 mg/dl colesterol LDL < 115 mg/dl
- **Frame 5**
 - Uma boa alimentação e a prática de exercício físico contribuem para baixar o seu colesterol. Contribui para que as suas artérias se mantenham limpas e impede que se criem obstruções.
- **Frame 6**
 - Coma melhor
 - Tenha hábitos alimentares saudáveis (coma mais fruta, vegetais, fibras e peixe e reduza o consumo de gorduras, açúcar e sal).
- **Frame 7**

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

Vídeo 9/12: <https://youtu.be/RUZK4Yv7Exc>

Vídeo_10E

- **Frame 1**
 - Continuando a tratar do nosso coração e a mantê-lo saudável!
- **Frame 2**
 - Controle a sua pressão arterial
 - Pressão arterial < 140/90 mm Hg
- **Frame 3**
 - Quando a pressão arterial está dentro dos limites recomendados, o seu coração, artérias e rins não estão sobrecarregados, o que contribui para os manter saudáveis por mais tempo.
- **Frame 4**
 - Reduza o açúcar
 - Deve diminuir o consumo de açúcares simples, que existem nos refrigerantes, doces, entre outros alimentos.
 - Glicemia normal (em jejum) <100 mg/dl
- **Frame 5**
 - Deixe de fumar
 - Fumar danifica todo o seu sistema circulatório. Fumar também pode diminuir os valores do colesterol bom (HDL) e a sua capacidade respiratória, dificultando as atividades diárias.
- **Frame 6**
 - Diminua o stress
 - A ansiedade ou tensão emocional exagerada (stress) pode levar à adoção de maus hábitos, como fumar, comer mal ou ser sedentário, que são fatores de risco para a doença cardiovascular.
- **Frame 7**
 - Alterar o seu comportamento, controlando o stress, pode ajudá-lo a reduzir o risco de desenvolver uma doença cardiovascular.
 - O exercício físico e a meditação têm um efeito muito positivo no controlo da ansiedade e do stress.
- **Frame 8**
 - Muito obrigada pela atenção!
 - Espero por si no próximo vídeo. Até lá...

Vídeo 10/12: <https://youtu.be/YRkSbS0EyX8>

Vídeo_11E

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

Vídeo 11/12: <https://youtu.be/iW3XF2Sh2YE>

Vídeo_12E

- **Frame 1**
 - Vida nova! Novos hábitos!
- **Frame 2**
 - No meu caso, tive um enfarte do miocárdio sem complicações! Os meus fatores de risco mais evidentes foram: Hipercolesterolemia familiar – uma doença genética do colesterol; Hipertensão arterial; Excesso de peso aliado a má alimentação; Ser fumador; Ser sedentário.
 - Elevados níveis de ansiedade e stress
- **Frame 3**
 - Deixei de fumar!!!
 - ... mas foi difícil, não nego! Precisei de aconselhamento psicológico e tratamento farmacológico.
- **Frame 4**
 - Emagreci

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

Vídeo 12/12: <https://youtu.be/BVqqfwJWqPU>



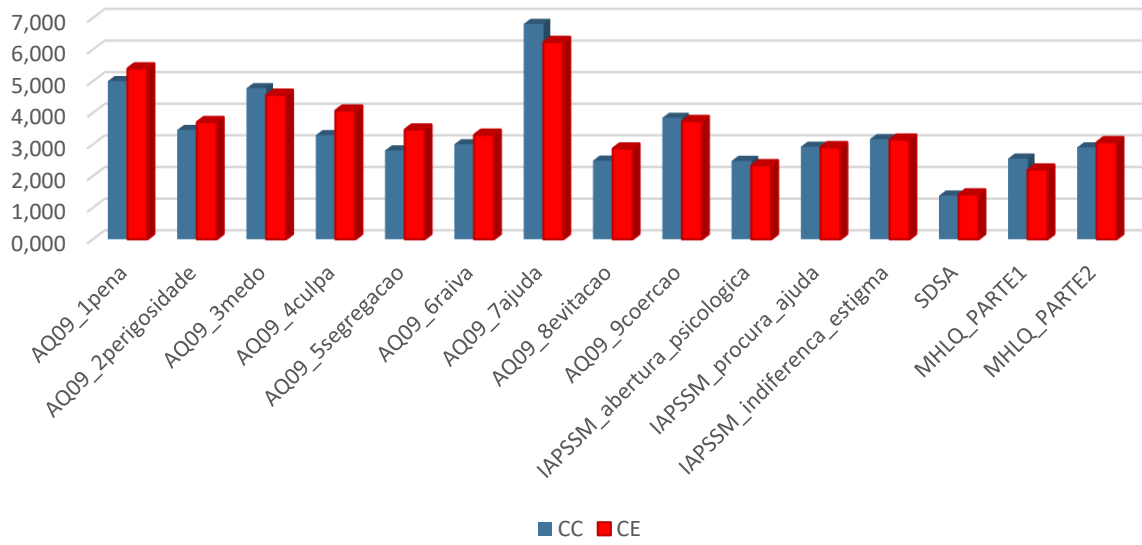


Apêndice 5. Diferenças Condição Grupo (Amostra Total)

		n	M	DP	t	gl	p	d																																																																																																																																																																																	
AQ09_1pena	CC	31	5,000	2,436	-0,623	59,0	0,536	-0,159																																																																																																																																																																																	
	CE	30	5,400	2,581					AQ09_2perigosidade	CC	31	3,452	2,461	-0,437	59,0	0,663	-0,112	CE	30	3,700	1,932	AQ09_3medo	CC	31	4,774	2,667	0,309	59,0	0,758	0,079	CE	30	4,567	2,569	AQ09_4culpa	CC	31	3,290	2,648	-1,105	59,0	0,274	-0,283	CE	30	4,067	2,840	AQ09_5segregacao	CC	31	2,806	2,212	-1,232	59,0	0,223	-0,316	CE	30	3,467	1,961	AQ09_6raiva	CC	31	3,000	2,338	-0,526	59,0	0,601	-0,135	CE	30	3,300	2,103	AQ09_7ajuda	CC	31	6,806	2,136	0,986	59,0	0,328	0,252	CE	30	6,233	2,402	AQ09_8evitacao	CC	31	2,484	2,096	-0,719	59,0	0,475	-0,184	CE	30	2,867	2,063	AQ09_9coercao	CC	31	3,839	2,609	0,168	59,0	0,867	0,043	CE	30	3,733	2,273	IAPSSM_abertura_psicologica	CC	31	2,476	0,780	0,688	59,0	0,494	0,176	CE	30	2,338	0,791	IAPSSM_procura_ajuda	CC	31	2,923	0,659	0,092	59,0	0,927	0,024	CE	30	2,908	0,619	IAPSSM_indiferenca_estigma	CC	31	3,165	0,840	0,101	59,0	0,920	0,026	CE	30	3,146	0,660	SDSA_MEDIA	CC	31	1,378	0,667	-0,233	59,0	0,816	-0,060	CE	30	1,414	0,543	MHLQ_PARTE1	CC	31	2,548	1,207	1,165	59,0	0,249	0,298	CE	30	2,200	1,126	MHLQ_PARTE2	CC	31	2,903	0,746	-0,789	59,0	0,433
AQ09_2perigosidade	CC	31	3,452	2,461	-0,437	59,0	0,663	-0,112																																																																																																																																																																																	
	CE	30	3,700	1,932					AQ09_3medo	CC	31	4,774	2,667	0,309	59,0	0,758	0,079	CE	30	4,567	2,569	AQ09_4culpa	CC	31	3,290	2,648	-1,105	59,0	0,274	-0,283	CE	30	4,067	2,840	AQ09_5segregacao	CC	31	2,806	2,212	-1,232	59,0	0,223	-0,316	CE	30	3,467	1,961	AQ09_6raiva	CC	31	3,000	2,338	-0,526	59,0	0,601	-0,135	CE	30	3,300	2,103	AQ09_7ajuda	CC	31	6,806	2,136	0,986	59,0	0,328	0,252	CE	30	6,233	2,402	AQ09_8evitacao	CC	31	2,484	2,096	-0,719	59,0	0,475	-0,184	CE	30	2,867	2,063	AQ09_9coercao	CC	31	3,839	2,609	0,168	59,0	0,867	0,043	CE	30	3,733	2,273	IAPSSM_abertura_psicologica	CC	31	2,476	0,780	0,688	59,0	0,494	0,176	CE	30	2,338	0,791	IAPSSM_procura_ajuda	CC	31	2,923	0,659	0,092	59,0	0,927	0,024	CE	30	2,908	0,619	IAPSSM_indiferenca_estigma	CC	31	3,165	0,840	0,101	59,0	0,920	0,026	CE	30	3,146	0,660	SDSA_MEDIA	CC	31	1,378	0,667	-0,233	59,0	0,816	-0,060	CE	30	1,414	0,543	MHLQ_PARTE1	CC	31	2,548	1,207	1,165	59,0	0,249	0,298	CE	30	2,200	1,126	MHLQ_PARTE2	CC	31	2,903	0,746	-0,789	59,0	0,433	-0,202	CE	30	3,067	0,868								
AQ09_3medo	CC	31	4,774	2,667	0,309	59,0	0,758	0,079																																																																																																																																																																																	
	CE	30	4,567	2,569					AQ09_4culpa	CC	31	3,290	2,648	-1,105	59,0	0,274	-0,283	CE	30	4,067	2,840	AQ09_5segregacao	CC	31	2,806	2,212	-1,232	59,0	0,223	-0,316	CE	30	3,467	1,961	AQ09_6raiva	CC	31	3,000	2,338	-0,526	59,0	0,601	-0,135	CE	30	3,300	2,103	AQ09_7ajuda	CC	31	6,806	2,136	0,986	59,0	0,328	0,252	CE	30	6,233	2,402	AQ09_8evitacao	CC	31	2,484	2,096	-0,719	59,0	0,475	-0,184	CE	30	2,867	2,063	AQ09_9coercao	CC	31	3,839	2,609	0,168	59,0	0,867	0,043	CE	30	3,733	2,273	IAPSSM_abertura_psicologica	CC	31	2,476	0,780	0,688	59,0	0,494	0,176	CE	30	2,338	0,791	IAPSSM_procura_ajuda	CC	31	2,923	0,659	0,092	59,0	0,927	0,024	CE	30	2,908	0,619	IAPSSM_indiferenca_estigma	CC	31	3,165	0,840	0,101	59,0	0,920	0,026	CE	30	3,146	0,660	SDSA_MEDIA	CC	31	1,378	0,667	-0,233	59,0	0,816	-0,060	CE	30	1,414	0,543	MHLQ_PARTE1	CC	31	2,548	1,207	1,165	59,0	0,249	0,298	CE	30	2,200	1,126	MHLQ_PARTE2	CC	31	2,903	0,746	-0,789	59,0	0,433	-0,202	CE	30	3,067	0,868																					
AQ09_4culpa	CC	31	3,290	2,648	-1,105	59,0	0,274	-0,283																																																																																																																																																																																	
	CE	30	4,067	2,840					AQ09_5segregacao	CC	31	2,806	2,212	-1,232	59,0	0,223	-0,316	CE	30	3,467	1,961	AQ09_6raiva	CC	31	3,000	2,338	-0,526	59,0	0,601	-0,135	CE	30	3,300	2,103	AQ09_7ajuda	CC	31	6,806	2,136	0,986	59,0	0,328	0,252	CE	30	6,233	2,402	AQ09_8evitacao	CC	31	2,484	2,096	-0,719	59,0	0,475	-0,184	CE	30	2,867	2,063	AQ09_9coercao	CC	31	3,839	2,609	0,168	59,0	0,867	0,043	CE	30	3,733	2,273	IAPSSM_abertura_psicologica	CC	31	2,476	0,780	0,688	59,0	0,494	0,176	CE	30	2,338	0,791	IAPSSM_procura_ajuda	CC	31	2,923	0,659	0,092	59,0	0,927	0,024	CE	30	2,908	0,619	IAPSSM_indiferenca_estigma	CC	31	3,165	0,840	0,101	59,0	0,920	0,026	CE	30	3,146	0,660	SDSA_MEDIA	CC	31	1,378	0,667	-0,233	59,0	0,816	-0,060	CE	30	1,414	0,543	MHLQ_PARTE1	CC	31	2,548	1,207	1,165	59,0	0,249	0,298	CE	30	2,200	1,126	MHLQ_PARTE2	CC	31	2,903	0,746	-0,789	59,0	0,433	-0,202	CE	30	3,067	0,868																																		
AQ09_5segregacao	CC	31	2,806	2,212	-1,232	59,0	0,223	-0,316																																																																																																																																																																																	
	CE	30	3,467	1,961					AQ09_6raiva	CC	31	3,000	2,338	-0,526	59,0	0,601	-0,135	CE	30	3,300	2,103	AQ09_7ajuda	CC	31	6,806	2,136	0,986	59,0	0,328	0,252	CE	30	6,233	2,402	AQ09_8evitacao	CC	31	2,484	2,096	-0,719	59,0	0,475	-0,184	CE	30	2,867	2,063	AQ09_9coercao	CC	31	3,839	2,609	0,168	59,0	0,867	0,043	CE	30	3,733	2,273	IAPSSM_abertura_psicologica	CC	31	2,476	0,780	0,688	59,0	0,494	0,176	CE	30	2,338	0,791	IAPSSM_procura_ajuda	CC	31	2,923	0,659	0,092	59,0	0,927	0,024	CE	30	2,908	0,619	IAPSSM_indiferenca_estigma	CC	31	3,165	0,840	0,101	59,0	0,920	0,026	CE	30	3,146	0,660	SDSA_MEDIA	CC	31	1,378	0,667	-0,233	59,0	0,816	-0,060	CE	30	1,414	0,543	MHLQ_PARTE1	CC	31	2,548	1,207	1,165	59,0	0,249	0,298	CE	30	2,200	1,126	MHLQ_PARTE2	CC	31	2,903	0,746	-0,789	59,0	0,433	-0,202	CE	30	3,067	0,868																																															
AQ09_6raiva	CC	31	3,000	2,338	-0,526	59,0	0,601	-0,135																																																																																																																																																																																	
	CE	30	3,300	2,103					AQ09_7ajuda	CC	31	6,806	2,136	0,986	59,0	0,328	0,252	CE	30	6,233	2,402	AQ09_8evitacao	CC	31	2,484	2,096	-0,719	59,0	0,475	-0,184	CE	30	2,867	2,063	AQ09_9coercao	CC	31	3,839	2,609	0,168	59,0	0,867	0,043	CE	30	3,733	2,273	IAPSSM_abertura_psicologica	CC	31	2,476	0,780	0,688	59,0	0,494	0,176	CE	30	2,338	0,791	IAPSSM_procura_ajuda	CC	31	2,923	0,659	0,092	59,0	0,927	0,024	CE	30	2,908	0,619	IAPSSM_indiferenca_estigma	CC	31	3,165	0,840	0,101	59,0	0,920	0,026	CE	30	3,146	0,660	SDSA_MEDIA	CC	31	1,378	0,667	-0,233	59,0	0,816	-0,060	CE	30	1,414	0,543	MHLQ_PARTE1	CC	31	2,548	1,207	1,165	59,0	0,249	0,298	CE	30	2,200	1,126	MHLQ_PARTE2	CC	31	2,903	0,746	-0,789	59,0	0,433	-0,202	CE	30	3,067	0,868																																																												
AQ09_7ajuda	CC	31	6,806	2,136	0,986	59,0	0,328	0,252																																																																																																																																																																																	
	CE	30	6,233	2,402					AQ09_8evitacao	CC	31	2,484	2,096	-0,719	59,0	0,475	-0,184	CE	30	2,867	2,063	AQ09_9coercao	CC	31	3,839	2,609	0,168	59,0	0,867	0,043	CE	30	3,733	2,273	IAPSSM_abertura_psicologica	CC	31	2,476	0,780	0,688	59,0	0,494	0,176	CE	30	2,338	0,791	IAPSSM_procura_ajuda	CC	31	2,923	0,659	0,092	59,0	0,927	0,024	CE	30	2,908	0,619	IAPSSM_indiferenca_estigma	CC	31	3,165	0,840	0,101	59,0	0,920	0,026	CE	30	3,146	0,660	SDSA_MEDIA	CC	31	1,378	0,667	-0,233	59,0	0,816	-0,060	CE	30	1,414	0,543	MHLQ_PARTE1	CC	31	2,548	1,207	1,165	59,0	0,249	0,298	CE	30	2,200	1,126	MHLQ_PARTE2	CC	31	2,903	0,746	-0,789	59,0	0,433	-0,202	CE	30	3,067	0,868																																																																									
AQ09_8evitacao	CC	31	2,484	2,096	-0,719	59,0	0,475	-0,184																																																																																																																																																																																	
	CE	30	2,867	2,063					AQ09_9coercao	CC	31	3,839	2,609	0,168	59,0	0,867	0,043	CE	30	3,733	2,273	IAPSSM_abertura_psicologica	CC	31	2,476	0,780	0,688	59,0	0,494	0,176	CE	30	2,338	0,791	IAPSSM_procura_ajuda	CC	31	2,923	0,659	0,092	59,0	0,927	0,024	CE	30	2,908	0,619	IAPSSM_indiferenca_estigma	CC	31	3,165	0,840	0,101	59,0	0,920	0,026	CE	30	3,146	0,660	SDSA_MEDIA	CC	31	1,378	0,667	-0,233	59,0	0,816	-0,060	CE	30	1,414	0,543	MHLQ_PARTE1	CC	31	2,548	1,207	1,165	59,0	0,249	0,298	CE	30	2,200	1,126	MHLQ_PARTE2	CC	31	2,903	0,746	-0,789	59,0	0,433	-0,202	CE	30	3,067	0,868																																																																																						
AQ09_9coercao	CC	31	3,839	2,609	0,168	59,0	0,867	0,043																																																																																																																																																																																	
	CE	30	3,733	2,273					IAPSSM_abertura_psicologica	CC	31	2,476	0,780	0,688	59,0	0,494	0,176	CE	30	2,338	0,791	IAPSSM_procura_ajuda	CC	31	2,923	0,659	0,092	59,0	0,927	0,024	CE	30	2,908	0,619	IAPSSM_indiferenca_estigma	CC	31	3,165	0,840	0,101	59,0	0,920	0,026	CE	30	3,146	0,660	SDSA_MEDIA	CC	31	1,378	0,667	-0,233	59,0	0,816	-0,060	CE	30	1,414	0,543	MHLQ_PARTE1	CC	31	2,548	1,207	1,165	59,0	0,249	0,298	CE	30	2,200	1,126	MHLQ_PARTE2	CC	31	2,903	0,746	-0,789	59,0	0,433	-0,202	CE	30	3,067	0,868																																																																																																			
IAPSSM_abertura_psicologica	CC	31	2,476	0,780	0,688	59,0	0,494	0,176																																																																																																																																																																																	
	CE	30	2,338	0,791					IAPSSM_procura_ajuda	CC	31	2,923	0,659	0,092	59,0	0,927	0,024	CE	30	2,908	0,619	IAPSSM_indiferenca_estigma	CC	31	3,165	0,840	0,101	59,0	0,920	0,026	CE	30	3,146	0,660	SDSA_MEDIA	CC	31	1,378	0,667	-0,233	59,0	0,816	-0,060	CE	30	1,414	0,543	MHLQ_PARTE1	CC	31	2,548	1,207	1,165	59,0	0,249	0,298	CE	30	2,200	1,126	MHLQ_PARTE2	CC	31	2,903	0,746	-0,789	59,0	0,433	-0,202	CE	30	3,067	0,868																																																																																																																
IAPSSM_procura_ajuda	CC	31	2,923	0,659	0,092	59,0	0,927	0,024																																																																																																																																																																																	
	CE	30	2,908	0,619					IAPSSM_indiferenca_estigma	CC	31	3,165	0,840	0,101	59,0	0,920	0,026	CE	30	3,146	0,660	SDSA_MEDIA	CC	31	1,378	0,667	-0,233	59,0	0,816	-0,060	CE	30	1,414	0,543	MHLQ_PARTE1	CC	31	2,548	1,207	1,165	59,0	0,249	0,298	CE	30	2,200	1,126	MHLQ_PARTE2	CC	31	2,903	0,746	-0,789	59,0	0,433	-0,202	CE	30	3,067	0,868																																																																																																																													
IAPSSM_indiferenca_estigma	CC	31	3,165	0,840	0,101	59,0	0,920	0,026																																																																																																																																																																																	
	CE	30	3,146	0,660					SDSA_MEDIA	CC	31	1,378	0,667	-0,233	59,0	0,816	-0,060	CE	30	1,414	0,543	MHLQ_PARTE1	CC	31	2,548	1,207	1,165	59,0	0,249	0,298	CE	30	2,200	1,126	MHLQ_PARTE2	CC	31	2,903	0,746	-0,789	59,0	0,433	-0,202	CE	30	3,067	0,868																																																																																																																																										
SDSA_MEDIA	CC	31	1,378	0,667	-0,233	59,0	0,816	-0,060																																																																																																																																																																																	
	CE	30	1,414	0,543					MHLQ_PARTE1	CC	31	2,548	1,207	1,165	59,0	0,249	0,298	CE	30	2,200	1,126	MHLQ_PARTE2	CC	31	2,903	0,746	-0,789	59,0	0,433	-0,202	CE	30	3,067	0,868																																																																																																																																																							
MHLQ_PARTE1	CC	31	2,548	1,207	1,165	59,0	0,249	0,298																																																																																																																																																																																	
	CE	30	2,200	1,126					MHLQ_PARTE2	CC	31	2,903	0,746	-0,789	59,0	0,433	-0,202	CE	30	3,067	0,868																																																																																																																																																																				
MHLQ_PARTE2	CC	31	2,903	0,746	-0,789	59,0	0,433	-0,202																																																																																																																																																																																	
	CE	30	3,067	0,868																																																																																																																																																																																					

Nota. M = Média; DP = Desvio padrão; F = valor teste; gl = graus de liberdade; $p < .05$; $d = d$ de Coehn.

Níveis LMS vs Condição (momento 1_amostra total)

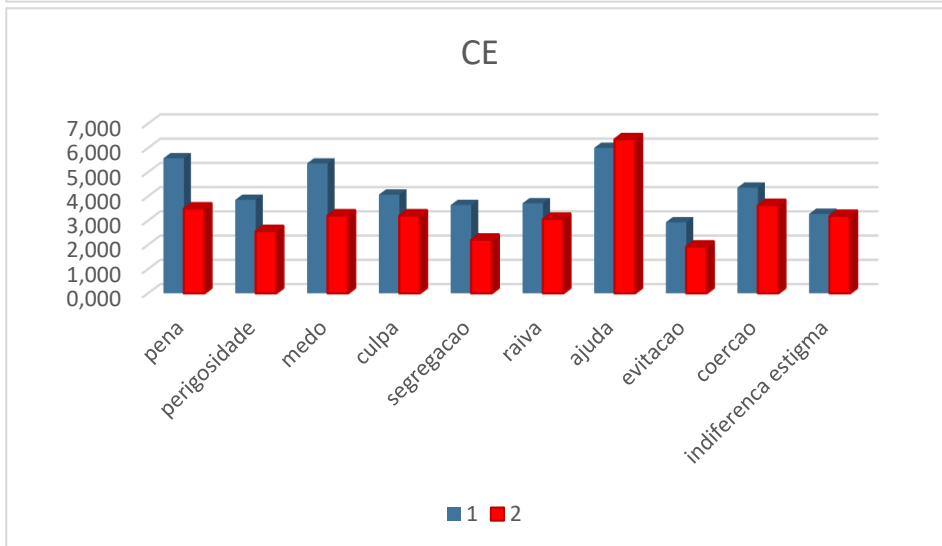
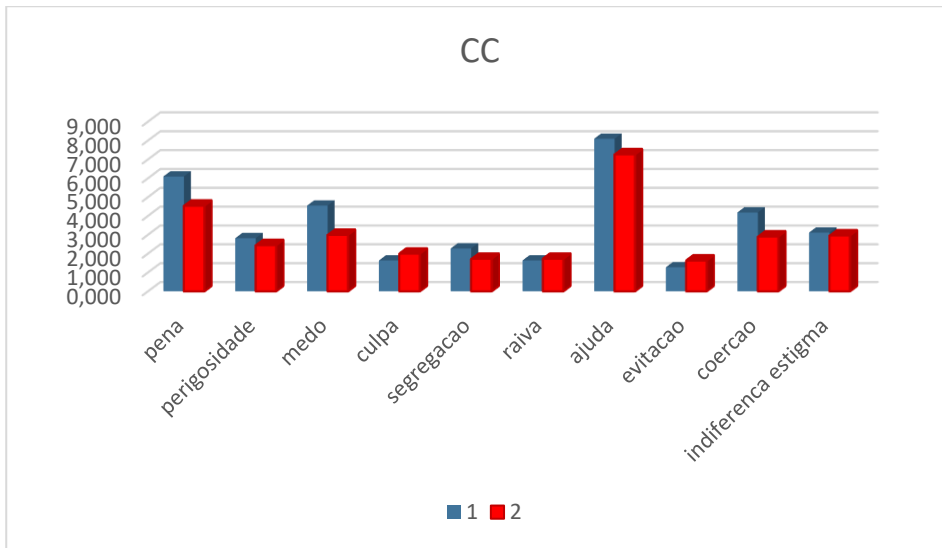


Apêndice 6. Verificação Níveis de Estigma (Momento 1 vs. Momento 2)

Variáveis em estudo vs Estigma	Condição	Momento	M	DP	gl	F	p	η_p^2
AQ09_1pena	CC	1	6.091	0.803	1.46	1.850	0.180	0.039
		2	4.545	0.803				
	CE	1	5.571	0.712	1.46	4.231	0.045	0.084
		2	3.500	0.712				
AQ09_2perigosidade	CC	1	2.818	0.602	1.46	0.182	0.671	0.004
		2	2.455	0.602				
	CE	1	3.857	0.534	1.46	2.901	0.095	0.059
		2	2.571	0.534				
AQ09_3medo	CC	1	4.545	0.810	1.46	1.818	0.184	0.038
		2	3.000	0.810				
	CE	1	5.357	0.718	1.46	4.450	0.040	0.088
		2	3.214	0.718				
AQ09_4culpa	CC	1	1.636	0.759	1.46	0.115	0.736	0.002
		2	2.000	0.759				
	CE	1	4.071	0.673	1.46	0.811	0.373	0.017
		2	3.214	0.673				
AQ09_5segregação	CC	1	2.273	0.555	1.46	0.483	0.491	0.010
		2	1.727	0.555				
	CE	1	3.643	0.492	1.46	4.214	0.046	0.084
		2	2.214	0.492				
AQ09_6raiva	CC	1	1.636	0.645	1.46	0.010	0.921	0.000
		2	1.727	0.645				
	CE	1	3.714	0.572	1.46	0.632	0.431	0.014
		2	3.071	0.572				
AQ09_7ajuda	CC	1	8.091	0.669	1.46	0.748	0.391	0.016
		2	7.273	0.669				
	CE	1	6.000	0.593	1.46	0.181	0.672	0.004
		2	6.357	0.593				
AQ09_8evitação	CC	1	1.273	0.432	1.46	0.354	0.555	0.008
		2	1.636	0.432				
	CE	1	2.929	0.383	1.46	3.404	0.071	0.069
		2	1.929	0.383				
AQ09_9coerção	CC	1	4.182	0.833	1.46	1.168	0.286	0.025
		2	2.909	0.833				
	CE	1	4.357	0.738	1.46	0.468	0.497	0.010
		2	3.643	0.738				
IAPSSM_indiferença_estigma	CC	1	3.114	0.216	1.46	0.234	0.631	0.005
		2	2.966	0.216				
	CE	1	3.277	0.191	1.46	0.088	0.768	0.002
		2	3.196	0.191				

Nota. M = Média; DP = Desvio padrão; F = valor teste; gl = graus de liberdade; $p < .05$; η_p^2 = parcial eta square.

Apêndice 7. Verificação Níveis de Estigma (Momento 1 vs. Momento 2, Representação Gráfica)



Apêndice 8. Verificação Níveis de Abertura Psicológica (Momento 1 vs. Momento 2)

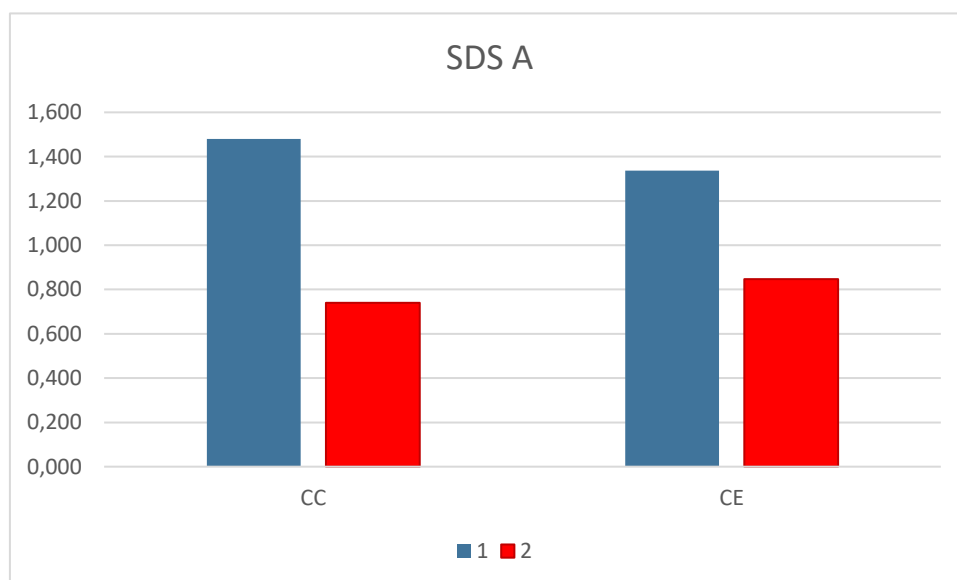
variáveis estudo	condição	momento	M	DP	gl	F	p	η_p^2
IAPSSM_TOTAL_abertura_psicológica	CC	1	2,50	0,22	1,46	0,47	0,49	0,01
		2	2,71	0,22	0	1	6	0
	CE	1	2,59	0,19	1,46	2,36	0,13	0,04
		2	3,02	0,19	0	1	1	9
IAPSSM_TOTAL_procura_ajuda	CC	1	3,02	0,20	1,46	0,60	0,44	0,01
		2	2,79	0,20	0	0	3	3
	CE	1	3,06	0,18	1,46	0,67	0,41	0,01
		2	2,84	0,18	0	9	4	5
IAPSSM_TOTAL_inddiferença_estigma	CC	1	3,11	0,21	1,46	0,23	0,63	0,00
		2	2,96	0,21	0	4	1	5
	CE	1	3,27	0,19	1,46	0,08	0,76	0,00
		2	3,19	0,19	0	8	8	2
IAPSSM_TOTAL	CC	1	2,87	0,16	1,46	0,05	0,82	0,00
		2	2,82	0,16	0	2	1	1
	CE	1	2,97	0,14	1,46	0,04	0,83	0,00
		2	3,02	0,14	0	7	0	1

Nota. M = Média; DP = Desvio padrão; F = valor teste; gl = graus de liberdade; $p < .05$; η_p^2 = parcial eta square.

Apêndice 9. Verificação Níveis de Distanciamento Social (Momento 1 vs. Momento 2)

Variáveis estudo	Condição	Momento	M	DP	gl	F	p	η_p^2
SDSA	CC	1	1.481	0.191	1.46	7.545	0.009	0.141
		2	0.740	0.191				
	CE	1	1.337	0.169	1.46	4.204	0.046	0.084
		2	0.847	0.169				

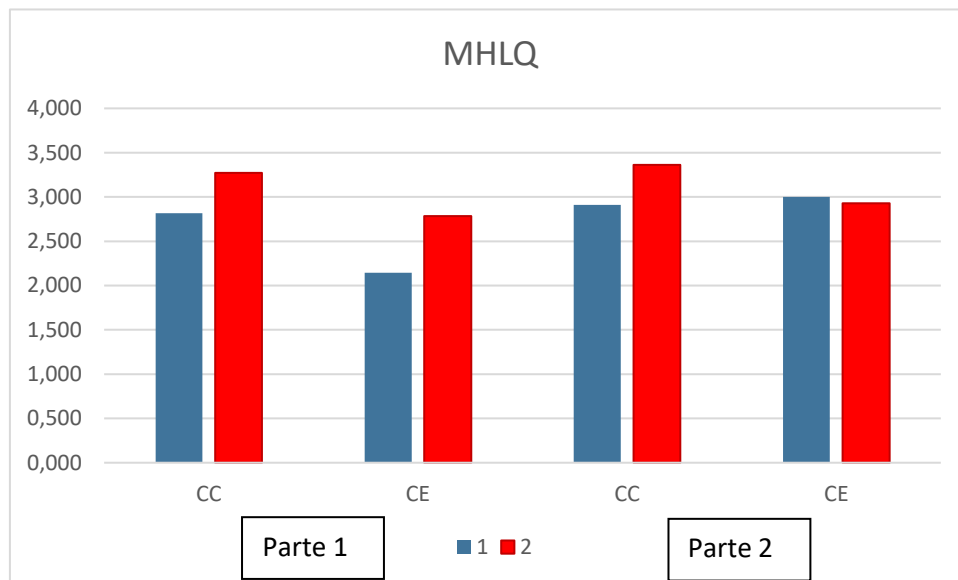
Nota. M = Média; DP = Desvio padrão; F = valor teste; gl = graus de liberdade; $p < .05$; η_p^2 = parcial *eta square*.



Apêndice 10. Verificação Níveis de LSM Aplicada à POC (Momento 1 vs. Momento 2)

Variáveis estudo	Condição	Momento	M	DP	F	gl	p	η_p^2
MHLQ_PARTE1_total	CC	1	2.818	0.344	0.873	1.46	0.355	0.019
		2	3.273	0.344				
	CE	1	2.143	0.305				
		2	2.786	0.305				
MHLQ_PARTE2_total	CC	1	2.909	0.253	1.614	1.46	0.210	0.034
		2	3.364	0.253				
	CE	1	3.000	0.224				
		2	2.929	0.224				

Nota. M = Média; DP = Desvio padrão; F = valor teste; gl = graus de liberdade; $p < .05$; η_p^2 = parcial *eta square*.

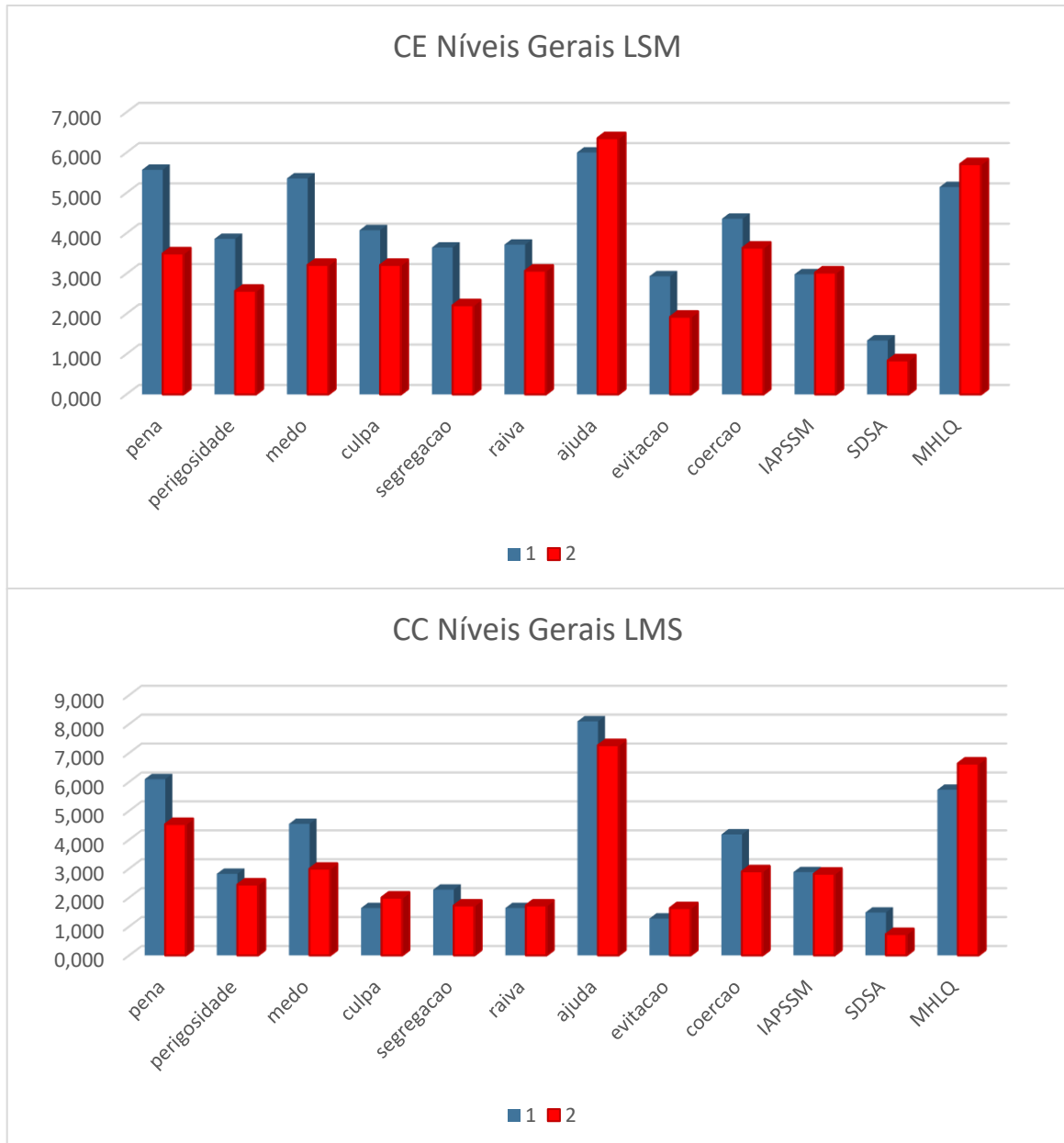


Apêndice 11. Verificação Níveis Gerais em LSM (Momento 1 vs. Momento 2)

VARIÁVEIS ESTUDO	CONDIÇÃO	MOMENTO	M	DP	GL	F	P	η^2
AQ09_1PENA	CC	1	6,091	0,803	1,46	1,85	0,18	0,04
		2	4,545	0,803				
	CE	1	5,571	0,712	1,46	4,23	0,05	0,08
		2	3,500	0,712				
AQ09_2PERIGOSIDADE	CC	1	2,818	0,602	1,46	0,18	0,67	0,00
		2	2,455	0,602				
	CE	1	3,857	0,534	1,46	2,90	0,10	0,06
		2	2,571	0,534				
AQ09_3MEDO	CC	1	4,545	0,810	1,46	1,82	0,18	0,04
		2	3,000	0,810				
	CE	1	5,357	0,718	1,46	4,45	0,04	0,09
		2	3,214	0,718				
AQ09_4CULPA	CC	1	1,636	0,759	1,46	0,11	0,74	0,00
		2	2,000	0,759				
	CE	1	4,071	0,673	1,46	0,81	0,37	0,02
		2	3,214	0,673				
AQ09_5SEGREGACAO	CC	1	2,273	0,555	1,46	0,48	0,49	0,01
		2	1,727	0,555				
	CE	1	3,643	0,492	1,46	4,21	0,05	0,08
		2	2,214	0,492				
AQ09_6RAIVA	CC	1	1,636	0,645	1,46	0,01	0,92	0,00
		2	1,727	0,645				
	CE	1	3,714	0,572	1,46	0,63	0,43	0,01
		2	3,071	0,572				
AQ09_7AJUDA	CC	1	8,091	0,669	1,46	0,75	0,39	0,02
		2	7,273	0,669				
	CE	1	6,000	0,593	1,46	0,18	0,67	0,00
		2	6,357	0,593				
AQ09_8EVITACAO	CC	1	1,273	0,432	1,46	0,35	0,55	0,01
		2	1,636	0,432				
	CE	1	2,929	0,383	1,46	3,40	0,07	0,07
		2	1,929	0,383				
AQ09_9COERCAO	CC	1	4,182	0,833	1,46	1,17	0,29	0,02
		2	2,909	0,833				
	CE	1	4,357	0,738	1,46	0,47	0,50	0,01
		2	3,643	0,738				
IAPSSM_TOTAL	CC	1	2,879	0,164	1,46	0,05	0,82	0,00
		2	2,826	0,164				
	CE	1	2,979	0,146	1,46	0,05	0,83	0,00
		2	3,024	0,146				
SDSA_MEDIA	CC	1	1,481	0,191	1,46	7,55	0,01	0,14
		2	0,740	0,191				

VARIÁVEIS ESTUDO	CONDIÇÃO	MOMENTO	M	DP	GL	F	P	η_p^2
MHLQ_TOTAL	CE	1	1,337	0,169	1,46	4,20	0,05	0,08
		2	0,847	0,169				
	CC	1	5,727	0,486	1,46	1,75	0,19	0,04
		2	6,636	0,486				
	CE	1	5,143	0,430	1,46	0,88	0,35	0,02
		2	5,714	0,430				

Nota. M = Média; DP = Desvio padrão; F = valor teste; gl = graus de liberdade; $p < .05$; η_p^2 = parcial *eta square*.



Apêndice 12. Verificação Condições Experimentais Criadas e Variáveis Sociodemográficas

Variáveis	Condição vs.	n	M	DP	t	gl	p	d
Sexo	CC	31	1.23	0.425	-0.069	59	0.945	-0.018
	CE	30	1.23	0.430				
Idades	CC	31	42.677	9.350	0.407	52.81	0.686	0.015
	CE	30	41.500	12.894				
Escolaridades	CC	31	3.19	1.167	0.088	59	0.930	0.023
	CE	30	3.17	1.206				