



## Artigo original

# Resultados de um programa piloto de desestigmatização da saúde mental juvenil



Marta Gonçalves<sup>a,b,\*</sup> e Carla Moleiro<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Cis-IUL, Lisboa, Portugal

<sup>b</sup> Harvard Medical School, Boston, Estados Unidos da América

## INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 6 de março de 2015

Aceite a 23 de junho de 2016

On-line a 1 de agosto de 2016

Palavras-chave:

Juventude

Saúde mental

Desestigmatização

Estratégias de contacto

Contexto escolar

Vídeos

## R E S U M O

**Introdução:** O estigma continua a ser uma barreira significativa para a promoção efetiva da saúde mental juvenil. O estigma tem estado associado de forma negativa com os cuidados de saúde mental.

**Objetivo:** O objetivo deste artigo é apresentar os resultados de um teste piloto de uma intervenção para a desestigmatização da saúde mental baseada em vídeo, administrada em ambiente escolar (n = 207).

**Método:** As salas de aula de uma escola foram selecionadas aleatoriamente para o grupo de intervenção e de controlo no estudo, pertencendo todos os alunos em cada sala de aula ao mesmo grupo. Aos adolescentes no grupo de tratamento foi mostrado um vídeo tocando em temas como o estigma dos cuidados de saúde mental exposto por uma jovem par. Ambos os grupos de intervenção e de controlo foram avaliados em três momentos distintos – pré, pós e um mês de follow-up com os seguintes três instrumentos, adaptados com autorização dos respetivos autores: Escala de Autoestigma na Procura de Ajuda (SSOSH), de Vogel et al., Escala de Estigma Social em relação a Ajuda Psicológica (SSRPH), de Komiya et al., e o Questionário de Atribuição para Crianças (AQ-8-C), de Corrigan.

**Resultados:** A intervenção reduziu significativamente as pontuações nas três escalas para o grupo de tratamento no período pós-intervenção. Este declínio na pontuação entre o grupo de tratamento foi significativamente maior do que o declínio nos valores observados no grupo de controlo. A diminuição do estigma permaneceu maior para o grupo de tratamento do que para o grupo de controlo no período de acompanhamento, embora estes resultados não tenham alcançado significância estatística. Após o ajuste para indicadores socioeconómicos, ano de escolaridade e sexo, foram identificados efeitos de intervenção significativos no período pós no autoestigma e na procura de ajuda.

**Conclusão:** O estigma desempenha um grande papel na necessidade não atendida de cuidados de saúde mental. Além de diminuir o acesso aos cuidados de saúde mental, o estigma também pode prejudicar diretamente os adolescentes através da redução da autoestima.

\* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: [marta.goncalves@iscte.pt](mailto:marta.goncalves@iscte.pt) (M. Gonçalves).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.06.005>

0870-9025/© 2016 Os Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Escola Nacional de Saúde Pública. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

A importância do desenvolvimento de intervenções rápidas e de baixo custo de redução do estigma é crucial para melhorar o acesso ao tratamento de saúde mental para aqueles que necessitam do mesmo.

© 2016 Os Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Escola Nacional de Saúde Pública. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Results of a pilot program for the de-stigmatization of youth mental health

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Youth

Mental health

De-stigmatization

Contact strategies

School environment

Videos

*Introduction:* Stigma remains a significant barrier to the effective promotion of youth mental health. Stigma has been associated negatively with the mental health care.

*Objective:* The aim of this article is to present the results of a pilot test of an intervention for the de-stigmatization of mental health based on video administered in the school environment (N = 207).

*Method:* The classrooms of a school were randomized to the intervention and control group in the study, all students in each classroom belonging to the same group. Adolescents in the treatment group were shown a video touching on issues such as the stigma of mental health care exposed by a young peer. Both intervention and control groups were evaluated at three different times - pre, post and 1 month of follow-up with the following three instruments adapted with permission of their authors: Self Stigma of Seeking Help Scale (SSOSH) of Vogel et al., Social Stigma for Receiving Psychological Help Scale (SSRPH) of Komiya et al. and Attribution Questionnaire-Children form (AQ-8c) of Corrigan.

*Results:* The intervention significantly reduced scores in the three scales for the treatment group post-intervention. This decline in scores within the treatment group was significantly greater than the decline in values observed in the control group. The decrease stigma remained higher for the treatment group than for the control group at follow-up, although these results did not reach statistical significance. After adjusting for socio-economic indicators, grade and gender, significant intervention effects were identified in the post in self-stigma and in seeking help.

*Conclusion:* Stigma plays a big role in unmet need for mental health care. In addition to lowering the access to mental health care, stigma can also harm directly adolescents by reducing self-esteem. The importance of developing a rapid response and low cost of reducing stigma is critical to improve access to mental health treatment for those in need of it.

© 2016 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Escola Nacional de Saúde Pública. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introdução

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental de 2007-2016<sup>1</sup>, as perturbações de foro mental da infância e da adolescência representam grandes encargos para a sociedade quer em termos humanos quer financeiros. Muitas delas são recorrentes e crónicas, e podem ser precursoras de perturbações muito incapacitantes na idade adulta. Nesse sentido, o Programa Nacional de Saúde Escolar, baseado em estudos de avaliação de custo-efetividade das intervenções preventivas<sup>2-4</sup>, evidencia que este tipo de intervenções tem demonstrado que 1€ gasto na promoção da saúde, hoje, representa um ganho de 14€ em serviços de saúde, no futuro.

Atendendo à necessidade de prevenir problemas de saúde mental o mais precocemente possível, é fundamental, mas não suficiente, o aumento da informação acerca da saúde

mental e problemas associados, especificamente, quanto aos fatores de risco, características associadas, recursos profissionais e tratamentos<sup>5</sup>. Torna-se igualmente importante intervir nos fatores que possam estar na origem da dificuldade no acesso aos serviços e que contribuem para uma intervenção tardia e, por vezes, mesmo para a ausência de procura. Esta situação deve-se em grande parte ao estigma associado aos problemas de saúde mental<sup>6-8</sup>. As ações que fomentem a procura de ajuda profissional para os problemas de saúde mental das crianças e adolescentes na escola, em vários graus de ensino e áreas de formação, assumem, pois, extrema relevância<sup>9,10</sup>. Este tipo de ações inclui, através do contacto e testemunho de adolescentes, os resultados positivos associados à experiência de ajuda para os problemas de saúde mental<sup>11</sup>. Os adolescentes e os respetivos pais ainda pensam que «só os malucos» recorrem ao serviço de saúde mental e que os que recorrem «são gozados pelos amigos»<sup>12-16</sup>.

De acordo com o Pacto Europeu para a Saúde e Bem-Estar de 2008<sup>17</sup>, mais de metade das perturbações mentais têm o seu início na adolescência. Também de acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e segundo a Região Europeia da Organização Mundial de Saúde, uma em cada 5 crianças apresenta problemas de saúde mental. Apesar do sofrimento associado, a falta de acesso aos serviços de saúde mental continua a constituir um entrave a uma intervenção atempada. Um dos obstáculos do acesso aos serviços é, sem dúvida, o estigma associado aos problemas de saúde mental. As escolas, às quais os alunos se sentem vinculados, podem ter um papel fundamental na melhoria da saúde e na diminuição das desigualdades sociais, tornando-se um espaço favorável à desmistificação de preconceitos associados aos problemas de saúde mental e em que o acesso aos serviços de saúde mental pode e deve ser debatido com os alunos, pela intervenção dos professores, interlocutores privilegiados na sua relação. O Programa Nacional de Saúde Escolar (Despacho 12045/2006) reconhece a necessidade de definir metas de saúde e prioridades baseadas na evidência científica, com o objetivo de obter ganhos em saúde a médio e longo prazo para as crianças e adolescentes. Da mesma forma, os programas de educação para a saúde do Ministério da Educação incluem a intervenção específica na área da saúde mental, focalizada na prevenção da violência em meio escolar, particularmente relevante no atual cenário escolar e social. Não existe, no entanto, uma intervenção nas escolas para a desestigmatização da saúde mental. A nível internacional foi conduzida uma meta-análise<sup>18</sup> e uma revisão sistemática de estudos sobre a redução do estigma em adolescentes e adultos<sup>19</sup>, sendo que enquanto uma conclui que as intervenções analisadas produziram pouca mudança, a outra deixa a porta aberta a novos estudos.

O objetivo do nosso estudo, entretanto recentemente publicado em inglês na *Adolescent Psychiatry*<sup>20</sup>, foi avaliar até que ponto a estigmatização dos problemas de saúde mental entre adolescentes pode diminuir através de um vídeo de um/a adolescente descrevendo o seu problema e experiência de acesso a cuidados de saúde mental. A teoria do contacto intergrupar de Allport<sup>21</sup>, revista por Pettigrew e Tropp<sup>22</sup>, é o modelo teórico subjacente ao desenvolvimento da nossa intervenção, na medida em que o contacto tem sido considerado um meio eficaz para a redução do preconceito entre grupos. Segundo os autores, a redução do preconceito pode ser diminuída por condições ótimas de contacto – o mesmo estatuto entre grupos na situação, objetivos comuns, cooperação intergrupar e suporte legal. Esta teoria já foi testada previamente em intervenções que pretendiam reduzir o estigma relacionado com pessoas portadoras de doença mental<sup>23,24</sup>.

## Método

### Amostra

Participaram neste estudo 207 adolescentes entre o 7.º e o 9.º ano de escolaridade de uma escola pública na área da Grande Lisboa, tendo as suas turmas sido aleatoriamente atribuídas ao grupo experimental (n = 115) ou ao grupo controlo (n = 92). As salas de aula de uma escola foram selecionados

**Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra (n = 207)**

	Intervenção (n = 115)	Controlo (n = 92)	n	%
<i>Feminino</i>	61	53,0	39	42,4
<i>Ano escolar</i>				
7.º	27	23,5	40	43,5 <sup>a</sup>
8.º	38	33,0	17	18,5 <sup>a</sup>
9.º	50	43,5	35	38,0 <sup>a</sup>
<i>Indicadores socioeconómicos n.º de carros na família</i>				
0	8	7,0	7	7,6
1	45	39,1	32	34,8
2	62	53,9	53	57,6
<i>Quarto próprio</i>	90	78,3	62	67,4

<sup>a</sup> Diferença de qui-quadrado ( $\chi^2$ ) entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo é significativa ao nível de  $p < 0,05$ .

aleatoriamente para o grupo de intervenção e de controlo no estudo, pertencendo todos os alunos em cada sala de aula ao mesmo grupo.

O grupo de intervenção foi constituído por 53% de raparigas, sendo que 23,5% frequentava o 7.º ano de escolaridade. Em termos de estatuto socioeconómico, 78,3% dos jovens do grupo de intervenção afirmava ter quarto próprio e 53,9% 2 carros em casa. O grupo de controlo, por seu turno, foi então constituído por 42,4% de raparigas, sendo que 43,5% frequentavam o 7.º ano de escolaridade. Em termos de estatuto socioeconómico, 67,4% dos jovens do grupo de controlo afirmaram ter quarto próprio e 57,6% 2 carros em casa. Da análise realizada entre os 2 grupos, apenas se encontraram diferenças significativas em termos de ano de escolaridade, conforme a [tabela 1](#).

### Descrição da intervenção

Resultado de uma parceria com a Escola Superior de Teatro e Cinema e com o Instituto de Apoio à Criança, realizámos um vídeo de 10 minutos com uma adolescente de 15 anos de idade, que respondeu livremente às seguintes perguntas: Quem é (filme, livro, blogue, alimentos favoritos, passatempos, qualidades, talentos, fraquezas)? Como os outros a descrevem (familiares, amigos, professores)? Como foi a sua experiência de apoio psicológico (razão, tratamento, duração, aspetos positivos, relação, resultados)? Após esta experiência, de que forma se alterou na maneira como vê os psicólogos ou outros adolescentes que procuram psicólogos? De que modo(s) pensa que um/a psicólogo/a pode ajudar um/a adolescente? Em 3 palavras, como descreveria um psicólogo? Como se imagina daqui a 5 anos (sonhos, projetos)? E daqui a 10 anos?

O problema apresentado pela adolescente prendia-se com a seguinte situação – um dia desapareceu, começou a fumar não só tabaco e os pais andavam preocupados porque não conseguiam ajudar. Na criação deste vídeo, tivemos a preocupação de escolher uma problemática que fosse um problema mental comum e não uma doença mental grave. Por outro lado, o vídeo foi analisado por um painel de juizes independentes (profissionais de saúde e de educação), para assegurar que a jovem era percebida como atrativa, a sua

queixa e o seu discurso como realistas, e a experiência com o apoio psicológico descrito de forma positiva e credível, como um processo de crescimento pessoal.

### Instrumentos

Todos os adolescentes foram avaliados 3 vezes, com os seguintes instrumentos adaptados para português com autorização dos respetivos autores: Escala de Autoestigma na Procura de Ajuda (SSOSH), de Vogel et al.<sup>25</sup>, Escala de Estigma Social em relação a Ajuda Psicológica (SSRPH), de Komiya et al.<sup>26</sup>, e o Questionário de Atribuição para Crianças (AQ-8-C) de Corrigan<sup>27</sup>. A SSOSH foi desenvolvida por Vogel et al.<sup>25</sup> com uma amostra de estudantes universitários para avaliar o autoestigma associado à procura de ajuda psicológica. Essa escala é composta por 10 itens e as propriedades psicométricas são adequadas para o estudo, uma vez que apresenta uma forte consistência interna (0,91) e boa confiabilidade teste-reteste (0,72). A SSRPH, desenvolvida por Komiya et al.<sup>26</sup>, é composta por 5 itens que avaliam a percepção de estigma social associado à procura de ajuda profissional. Apresenta uma boa consistência interna (0,73) entre amostras de estudantes universitários. O AQ-8-C é uma versão curta do Questionário de Atribuição e mede, por meio de uma vinheta, 7 fatores de interesse: perigosidade, medo, responsabilidade, pena, raiva, ajuda e evitamento<sup>28</sup>.

As 3 escalas foram adaptadas para Portugal pela primeira autora e a sua equipa por um processo completo de adaptação cultural de itens com tradução, retrotradução, comparação das versões e aplicação piloto com modificações de palavras e expressões. O objetivo deste processo é que o conteúdo das 3 escalas se mantivesse, mas que pudesse ser facilmente compreendido na cultura portuguesa.

### Procedimento

Após autorização da direção da escola e da coordenação dos respetivos anos de escolaridade, o projeto foi apresentado aos alunos e respetivos encarregados de educação, e distribuídos os consentimentos informados a cada um/a (aluno/a e encarregado/a de educação). Isto foi considerado como sendo a semana um (14-18 de janeiro de 2013) do programa. Na semana 2 (21-25 de janeiro de 2013) foram rececionados os consentimentos informados e realizada a primeira avaliação (pré-teste). Na semana 4 (4-8 de fevereiro de 2013) o vídeo de 10 minutos foi apresentado ao grupo experimental e as segundas avaliações foram realizadas a ambos os grupos, de intervenção e controlo. Na semana 8 (4-8 março de 2013), ambos os grupos receberam a terceira avaliação. A fim de assegurar que todos os participantes receberam a intervenção, o vídeo foi também apresentado ao grupo de controlo na semana 9 (11-15 de março de 2013). Uma vez que este estudo se refere a menores e a situações de particular vulnerabilidade, seguimos todos os procedimentos éticos e o anonimato foi garantido, de acordo com as normas internacionais<sup>29,30</sup> e nacionais<sup>31</sup>.

### Análise estatística

Para avaliar as diferenças entre os grupos experimental e de controlo no momento inicial (pré-teste), avaliamos primeiro

**Tabela 2 – Médias em cada um dos 3 tempos nas 3 medidas (n = 207)**

	Pré	Pós	Follow
<i>Autoestigma na Procura de Ajuda (a10)</i>			
Intervenção	24,05	21,68	22,89
Controlo	26,43	25,16	25,54
<i>Estigma Social na Receção de Ajuda Psicológica (b6)</i>			
Intervenção	13,01	11,87	11,76
Controlo	13,16	12,67	12,68
<i>Atribuição (c8)</i>			
Intervenção	21,23	18,02 <sup>a</sup>	18,24
Controlo	21,95	21,57	21,23

<sup>a</sup> significativo ao nível de  $p < 0,05$ .

diferenças nas variáveis independentes entre os grupos, utilizando testes de qui-quadrado: sexo, ano de escolaridade (7.º, 8.º e 9.º), e 2 medidas de estatuto socioeconómico (número de carros na família e se o jovem tem quarto próprio). Em segundo

**Tabela 3 – Médias em cada um dos 3 tempos na medida (a10) Autoestigma na Procura de Ajuda (n = 207) (1 = discordo totalmente; 5 = concordo totalmente)**

	Pré	Pós	Follow
<i>Eu sentir-me-ia inadaptado se fosse a um psicólogo procurar ajuda psicológica</i>			
Intervenção	2,49	1,75	1,68
Controlo	2,60	2,20	2,05
<i>A minha autoconfiança não estaria ameaçada se eu procurasse ajuda profissional</i>			
Intervenção	3,39	3,40	3,41
Controlo	3,41	3,20	3,02
<i>Procurar ajuda psicológica far-me-ia sentir menos inteligente</i>			
Intervenção	1,73	1,46	1,59
Controlo	1,96	1,95	1,98
<i>A minha autoestima aumentaria se eu falasse com um psicólogo</i>			
Intervenção	3,19	3,57	3,14
Controlo	3,10	3,13	3,08
<i>A minha visão de mim mesmo não iria mudar só porque escolhi procurar um psicólogo</i>			
Intervenção	3,60	3,52	3,32
Controlo	3,39	3,60	3,26
<i>Far-me-ia sentir inferior se pedisse ajuda a um psicólogo</i>			
Intervenção	1,69	1,60	1,64
Controlo	2,15	2,03	2,05
<i>Sentir-me-ia bem se escolhesse procurar a ajuda de um profissional</i>			
Intervenção	3,52	3,80	3,39
Controlo	3,10	3,23	3,18
<i>Se eu fosse a um psicólogo, ficaria menos satisfeito comigo próprio</i>			
Intervenção	1,98	1,80	1,75
Controlo	2,10	2,05	2,05
<i>A minha autoconfiança permaneceria a mesma se eu procurasse ajuda profissional para um problema que eu não pudesse resolver</i>			
Intervenção	3,39	3,54	3,27
Controlo	3,23	3,31	3,13
<i>Sentir-me-ia pior se não pudesse resolver os meus próprios problemas</i>			
Intervenção	3,55	2,89	2,91
Controlo	3,38	3,29	3,02

**Tabela 4 – Médias em cada um dos 3 tempos na medida (b6) Estigma Social na Receção de Ajuda Psicológica (n = 207) (1 = discordo totalmente; 5 = concordo totalmente)**

	Pré	Pós	Follow
<i>Consultar um psicólogo por problemas emocionais ou interpessoais é algo socialmente estigmatizado</i>			
Intervenção	1,82	1,57	1,63
Controlo	1,92	1,77	1,82
<i>É um sinal de fraqueza pessoal ou inadaptção ir a um psicólogo por problemas emocionais ou interpessoais</i>			
Intervenção	2,03	1,69	1,80
Controlo	2,00	1,94	1,81
<i>As pessoas veem alguém de forma menos favorável se souberem que ele/ela consultou um psicólogo</i>			
Intervenção	2,33	2,20	2,16
Controlo	2,43	2,34	2,30
<i>É aconselhável que uma pessoa omita que consultou um psicólogo</i>			
Intervenção	2,35	2,17	2,09
Controlo	2,44	2,21	2,21
<i>As pessoas tendem a gostar menos de quem recebe ajuda psicológica</i>			
Intervenção	2,02	1,88	2,03
Controlo	2,07	2,21	2,16
<i>As pessoas pensam que é um sinal de fraqueza pessoal ou inadaptção ir a um psicólogo por problemas emocionais ou interpessoais</i>			
Intervenção	2,43	2,33	2,10
Controlo	2,37	2,21	2,32

lugar, procedeu-se a equações multivariadas de estimação generalizadas (GEE) para identificar os efeitos da intervenção no período pós-intervenção (semana 4) e follow-up (semana 8) em relação ao tempo basal (semana 2). O modelo GEE contribui para a não-independência das observações de cada aluno. Para cada variável dependente, estimou-se um modelo de regressão com as interações do grupo de tratamento vezes o indicador de tempo. A importância da interação entre tratamento e tempo mostra-nos os efeitos do tratamento no tempo. Também se incluiu nestes modelos de regressão as variáveis independentes, como covariáveis de controlo.

**Tabela 5 – Médias em cada um dos 3 tempos na medida (c8) Atribuição (n = 207) (1 = nada; 9 = muito)**

	Pré	Pós	Follow
<i>Eu sentiria pena do Carlos</i>			
Intervenção	4,81	3,30	2,95
Controlo	4,95	3,98	3,56
<i>Quão perigoso é que achas que o Carlos é?</i>			
Intervenção	1,98	1,54	1,61
Controlo	2,15	1,98	2,02
<i>Quanto medo terias do Carlos?</i>			
Intervenção	1,65	1,35	1,59
Controlo	1,70	1,76	1,65
<i>Acho que Carlos deve ser culpado pelo problema psicológico</i>			
Intervenção	1,52	1,36	1,53
Controlo	1,32	1,73	2,08
<i>Acho que o Carlos deveria estar numa turma especial para alunos com problemas, e não numa turma normal como a minha</i>			
Intervenção	2,22	1,96	2,29
Controlo	2,85	3,00	3,29
<i>Quão zangado te sentirias com o Carlos?</i>			
Intervenção	1,29	1,23	1,27
Controlo	1,20	1,52	1,73
<i>Qual a probabilidade de ajudares o Carlos com os trabalhos da escola?</i>			
Intervenção	6,19	5,87	5,27
Controlo	5,66	5,15	4,61
<i>Tentaria estar afastado do Carlos depois das aulas</i>			
Intervenção	1,63	1,48	1,73
Controlo	2,40	2,45	2,50

## Resultados

Os motivos de procura de ajuda psicológica mais frequentes apontados pelos adolescentes que já tinham procurado ajuda são problemas familiares, em especial a separação dos pais, problemas na escola, principalmente sociais, e problemas pessoais, nomeadamente a necessidade de desabafar.

**Tabela 6 – Equações de estimação generalizada: efeito do vídeo nos resultados do estigma (n = 207)**

	Escala de Autoestigma na Procura de Ajuda		Escala de Estigma Social na Receção de Ajuda Psicológica		Questionário de Atribuição para Crianças	
	Coef	SE	Coef	SE	Coef	SE
Tratamento	-0,028	0,022	-0,005	0,038	-0,053	0,057
Pós	-0,011	0,014	-0,037	0,029	-0,061	0,042
Follow-up	-0,018	0,014	-0,042	0,030	-0,033	0,043
Tratamento × pós	-0,053 <sup>a</sup>	0,019	-0,049	0,038	-0,092	0,059
Tratamento × follow-up	-0,024	0,019	-0,049	0,039	-0,070	0,059
Feminino	0,004	0,018	0,013	0,031	-0,055	0,047
Ano escolar	8.º	0,028	0,024	0,042	0,027	0,059
(referente ao 7.º)	9.º	0,003	-0,022	0,038	-0,167 <sup>a</sup>	0,058
Número de carros na família	0,002	0,013	-0,012	0,023	-0,016	0,033
Jovem tem quarto próprio	0,004	0,018	-0,024	0,031	-0,095	0,046
.cons	3,608	0,030	2,594	0,051	3,293	0,073

.cons, coefficient on the constant term.

<sup>a</sup> significativo ao nível de p < 0,05.



A intervenção reduziu significativamente as pontuações em todas as 3 escalas de estigma (autoestigma para a procura de ajuda, estigma social para procurar ajuda, atribuição) para o grupo de tratamento no período pós-intervenção (tabelas 2-5). Este declínio na pontuação entre o grupo de tratamento foi significativamente maior do que o declínio nos valores observados no grupo de controlo. Em todas as 3 medidas, a diminuição do estigma permaneceu maior para o grupo de tratamento do que para o grupo controlo no período de acompanhamento, embora estes resultados não tivessem alcançado significância estatística (tabelas 2-5).

Após o ajustamento para as variáveis independentes/covariáveis de controlo, como o número de carros na família ou se o adolescente tem quarto só para ele, o ano de escolaridade e o sexo, foram também encontrados efeitos significativos da intervenção no período pós-intervenção no autoestigma (tabela 6). Os efeitos do tratamento ajustado ao modelo foram semelhantes em magnitude e direção para as outras 2 escalas de estigma durante o período pós-tempo, mas não foram significativos ao nível  $p < 0,05$ . Não foram identificados efeitos significativos no follow-up.

## Conclusão

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto de uma intervenção para a desestigmatização da saúde mental adolescente baseada num vídeo, com conteúdo espontâneo do grupo de pares. A intervenção centrou-se na visualização de um vídeo de uma jovem que descreve o seu problema psicológico e as barreiras, e os aspetos positivos e negativos dos cuidados de saúde mental. O nosso estudo difere dos existentes<sup>18,19</sup>, na medida em que nós testámos apenas o efeito de uma intervenção de contacto sem conjugar com a estratégia de educação, através de um vídeo sobre uma única pessoa.

Os dados de nosso estudo apontam para o facto do vídeo utilizado se ter mostrado uma ferramenta adequada para a desestigmatização de problemas psicológicos em Portugal. A intervenção reduziu significativamente os níveis de estigma em torno do cuidado da saúde mental no período pós-intervenção para as 3 medidas de estigma em análises não ajustadas e reduziu significativamente o estigma sobre a autoestigma, mesmo após o ajustamento. Estes resultados preliminares deste estudo piloto são sugestivos de um impacto de curto prazo desta intervenção relativamente rápida e barata, em atitudes dos adolescentes em relação aos colegas com problemas psicológicos e em relação a uma potencial ida ao psicólogo. Sugerimos em estudos futuros adicionar a componente educativa.

Estratégias de baixo custo para reduzir o estigma são necessárias, dadas as baixas taxas de tratamento para jovens com doença mental<sup>32</sup>, e porque a identificação e tratamento da doença mental em idades precoces é tão importante para a saúde e resultados sociais ao longo da vida<sup>33</sup>. Porque este foi apenas um estudo piloto, a determinação da validade dos resultados requer estudo adicional. A generalização do estudo é limitada, na medida em que o vídeo retrata a experiência de apenas uma adolescente de 15 anos do sexo feminino e não, por exemplo, de 2 adolescentes do sexo masculino e de 2 do

sexo feminino, com idades compreendidas entre os 12-16 anos de idade.

Por outro lado, devido a considerações de ordem prática, o desenho do estudo randomizou salas de aula dentro de uma escola, mas mede a evolução do estigma entre os alunos nas salas de aula. Enquanto a randomização e a avaliação inicial e longitudinal equilibra os participantes do grupo de intervenção e controlo em muitos fatores, pode haver confusão se as salas de aula de tratamento tiverem mudado em aspetos importantes não relacionados com a intervenção. Um esquema de aleatorização para um maior número de alunos, dentro de um maior número de salas de aula, num estudo de follow-up pode ajudar a superar esta possível ameaça para a validade dos nossos resultados.

Outra limitação é que apenas uma das 3 medidas de avaliação foi adaptada para adolescentes.

Apesar destas limitações, os resultados da intervenção permitem reduzir o estigma, de forma rápida e de baixo custo. Torna-se necessário transformar este estudo piloto num ensaio clínico aleatório, utilizando retratos de vários adolescentes numa amostra maior de estudantes portugueses, para verificar se o efeito da intervenção identificado no pós-teste pode persistir por um período mais longo.

## Financiamento

A primeira autora recebeu da Fundação Portuguesa para a Ciência e Tecnologia a bolsa de pós-doutoramento SFRH/BPD/48528/2008 para este estudo.

## Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Portugal. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Lisboa: Ministério da Saúde; 2008. ISBN: 978-989-95146-6-9.
2. Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and specifically, what is the effectiveness of health promoting school approach? Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe; 2006 (Health Evidence Network Report).
3. Leger LS, Nutbeam D. The context for health promotion in schools: Schools as sites for health promotion. In: IUHPE. The evidence of health promotion effectiveness: Shaping public health in a new Europe: A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education: Part two: evidence book: chapter 10. Brussels: International Union for Health Promotion and Education; 2000. p. 111-22.
4. Thesenvitz J. Supporting comprehensive workplace health promotion in Ontario project: Effectiveness of workplace health promotion. Toronto: The Health Communication Unit. Centre for Health Promotion. University of Toronto; 2003.
5. Watson A, Otey E, Westbrook AL, Gardner AL, Lamb TA, Corrigan PW, et al. Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. *Schizophr Bull.* 2004;30:563-72.

6. Corrigan PW, Rowan D, Green A, Lundin R, River P, Uphoff-Wasowski K, et al. Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophr Bull.* 2002;28:293-310.
7. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol.* 2004;59:614-25.
8. Corrigan PW, Watson AC. Stop the stigma: Call mental illness a brain disorder. *Schizophr Bull.* 2004;30:477-80.
9. Moses T. Adolescent mental health consumers' self-stigma: Associations with parents' and adolescents' illness perceptions and parental stigma. *J Community Psy.* 2010;38:781-98.
10. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry.* 2005;20:529-39.
11. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol.* 1999;54:765-76.
12. Gonçalves M, Moleiro C. The triangle family-school-primary care and the access to mental health care among migrant and ethnic minorities. *J Immigr Minor Health.* 2012;14:682-90.
13. Gonçalves M, Moleiro C. Surveying concepts and primary strategies of action in adolescent mental health. *Rev Transcultural.* 2013;V:37-53.
14. Gonçalves M, Farcas D. Mental health representations, help-seeking behaviors, and perceived access barriers of expatriate adolescent children. *IJCNMH.* 2014;1:17 [consultado 3 Jan 2015]. Disponível em <http://ijcnmh.arc-publishing.org/editions/6/articles/60>.
15. Gonçalves M, Farcas D, Cook B. Advocacy for youth mental health in Europe: A policy analysis. *IJCNMH.* 2014;1:15 [consultado 3 Jan 2015]. Disponível em: <http://ijcnmh.arc-publishing.org/editions/6/articles/58>.
16. Gonçalves M, Oliveira S. Mental health de-stigmatization: From research to intervention. *Rev Transcultural.* 2014;1:129-43.
17. OMS. Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar. Bruxelas: União Europeia; 2008.
18. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsch N. Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv.* 2012;63:963-73.
19. Yamaguchi S, Wu SI, Biswas M, Yate M, Aoki Y, Barley EA, et al. Effects of short-term interventions to reduce mental health-related stigma in university or college students: A systematic review. *J Nerv Ment Dis.* 2013;201:490-503.
20. Gonçalves M, Moleiro C, Cook B. The use of a video to reduce mental health stigma among adolescents. *Adolesc Psychiatry.* 2015;5:204-11.
21. Allport GW. The nature of prejudice. Reading, MA: Addison-Wesley; 1954.
22. Pettigrew TF, Tropp LR. A meta-analytic test of intergroup contact theory. *J Pers Soc Psychol.* 2006;90:751-83.
23. Weiner B, Perry RP, Magnusson J. An attributional analysis of reactions to stigma. *J Pers Soc Psychol.* 1988;55:738-48.
24. Corrigan PW. Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clin Psychol Sci Practice.* 2000;7:48-67.
25. Vogel DL, Wade NG, Haake S. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *J Counsel Psychology.* 2006;53:325-37.
26. Komiya N, Good GE, Sherrod NB. Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *J Counsel Psychology.* 2000;47:138-43.
27. Corrigan PW. Changing stigma through contact. *Advances in schizophrenia and clinical psychiatry.* 2005;1:614-25.
28. Corrigan P, Lurie B, Goldman H, Slopen N, Medasani K, Phelan S. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psych Serv.* 2005;56:544-50.
29. American Psychological Association. Ethical principles of psychologists and code of conduct. Washington, DC: APA; 2002.
30. European Federation of Psychologists' Associations. Meta-code of ethics. Brussels: European Federation of Psychologists' Associations; 2005.
31. Ordem dos Psicólogos Portugueses. Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses; 2011.
32. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swendsen J, Avenevoli S, Case B, et al. Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: Results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011;50:32-45, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2010.10.006>.
33. Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ, Pastor P, Ghandour RM, Gfroerer JC, et al. Mental health surveillance among children: United States, 2005-2011. *MMWR Suppl.* 2013;62:1-35.