

Crenças em saúde mental e atitudes de procura de ajuda em estudantes da Universidade da Beira Interior (UBI)

VERSÃO FINAL APÓS DEFESA

Vasco Afonso Pinto da Fonseca

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof.^a Doutora Paula Susana Loureiro Saraiva Carvalho
Co-orientadores: Prof.^a Doutora Ana Carla Seabra Torres Pires
Prof. Doutor Jorge Manuel Reis Gama

15 de dezembro de 2025

Declaração de Integridade

Eu, Vasco Afonso Pinto da Fonseca, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M13068 de Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 15/12/2025

Vasco Afonso Pinto da Fonseca

Agradecimentos

À Prof.^a Dr.^a Paula Carvalho,

Agradeço por toda a compreensão, preocupação e paciência ao longo deste percurso. A sua orientação baseada na empatia foi fundamental para, após tempos mais difíceis, sentir-me confiante para terminar esta fase tão importante na minha vida.

À Prof.^a Dr.^a Ana Torres e ao Prof. Dr. Jorge Gama

À Professora Ana Torres que auxiliou no desenvolvimento do questionário e ao Professor Jorge Gama que foi uma importante ajuda na análise estatística.

Aos participantes do presente estudo

Agradeço pela disponibilidade e pelo tempo despendido a responderem ao questionário. Sem a vossa participação, esta dissertação não seria possível.

À Dr. Ana Rita e à Dr. Patrícia

Agradeço por me terem ajudado nos momentos mais difíceis. Mesmo quando tinha dúvidas sobre as minhas capacidades, este apoio foi essencial. Em especial, neste último ano, quando a dissertação parecia não avançar, foram a alavanca extra que precisava, garantindo-me sempre que a conseguiria fazer e que cada passo desse caminho era uma vitória.

À minha família

Agradeço por serem a minha principal motivação para ter conseguido terminar a dissertação e o meu percurso académico. Aos meus pais por terem festejado comigo cada

etapa desta fase tão importante da minha vida. Iremos certamente festejar este final de ciclo. Agradeço à minha mãe por sempre me ter apoiado e, em especial, por me ter ouvido a ler a dissertação vezes e vezes sem conta e ao meu pai pelas boleias para a Covilhã e o orgulho silencioso, mas sentido ao longo destes anos. Às minhas avós por irem sempre perguntando “Já és psicólogo?”, porque essa esperança e confiança em mim foi essencial nos momentos em que tive mais dúvidas. À minha bisavó por ser a pessoa que mais quero orgulhar e a quem mais quero mostrar as minhas conquistas.

Aos meus amigos

Agradeço sem dúvida à minha segunda família, porque sem eles não teria chegado tão longe. Aos meus amigos mais antigos por terem continuado ao meu lado ao longo de todos estes anos, mesmo quando decidi ir estudar para longe de casa. Aos amigos que fiz na Covilhã que tornaram esta cidade fria tão mais quente e aconchegante, por me terem ouvido, por me terem feito rir, por me terem aturado e por terem criado memórias que guardo com tanto carinho e que tenho a certeza que vão continuar a ser criadas. Aos meus melhores amigos, Inês e Roberto, por estarem sempre presentes e me certificarem de que sou capaz de tudo o que me propor a fazer. Não posso não listar o nome de todas as pessoas que fizeram estes anos valer a pena: Beatriz Pinto, Ana Rita Raposo, Luana Soares, Joana Santos, Afonso Serra, Cármen Martins, Margarida Costa, entre tantas outras pessoas que passaram pela minha vida e a marcaram.

Um grande obrigado a todos!

Resumo

A população universitária apresenta alta prevalência de doenças mentais e, apesar da maioria dos estudantes reconhecer a necessidade de tratamento, são poucos os que procuram apoio, apesar das universidades disponibilizarem serviços que visam prevenir, identificar e tratar doenças mentais, através de serviços de aconselhamento gratuitos. O presente estudo consiste numa investigação transversal, desenvolvida com estudantes da Universidade da Beira Interior (UBI), que tem como objetivo principal avaliar a relação entre as crenças sobre saúde mental e as atitudes de procura de ajuda nestes estudantes. Para tal, recorreu-se a um questionário sociodemográfico e dois questionários de autorresposta, sendo estes o Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM), de Loureiro e Pereira (2009) e o Inventário de Atitudes em Relação à Procura de Serviços de Saúde Mental (IARPSSM), de Fonseca e Canavarro (2015).

Em relação ao ICDM, os resultados obtidos revelaram níveis de crenças baixos, sendo que os indivíduos mais novos, do género masculino, matriculados num curso lecionado na Faculdade de Ciências da Saúde e que frequentavam uma licenciatura apresentavam níveis mais elevados de estigma. Também os participantes que nunca tinham recebido acompanhamento psicológico, que não conheciam ninguém com doenças mentais, que utilizavam poucas ou nenhuma fonte de informação e que não tinham interesse em participar em programas de promoção de saúde mental mostraram maiores níveis de crenças discriminatórias.

Quanto ao IARPSSM, os resultados mostraram um interesse aceitável em procurar ajuda profissional, com os indivíduos mais novos, do género masculino, matriculados num curso lecionado na Faculdade de Artes e Letras e a frequentar uma licenciatura a apresentarem menos motivação para este tipo de procura de ajuda. Também os participantes que nunca tinham recebido acompanhamento psicológico, que não conheciam ninguém com doenças mentais e que não tinham interesse em participar em programas de promoção de saúde mental mostraram níveis mais baixos de interesse em procurar ajuda profissional.

Estes dados assumem extrema importância para a caracterização da comunidade académica da UBI, podendo ser utilizados como base para o desenvolvimento de programas de psicoeducação sobre a Saúde Mental e a promoção da mesma dentro do contexto universitário.

Palavras-chave

Saúde Mental; crenças; estigma; comportamentos de procura de ajuda; estudantes do ensino superior

Abstract

The university student population shows high prevalence of mental illness and, despite recognizing the need for treatment, not many students search for support, regardless of the services provided by the universities that aim to prevent, identify and treat mental illness, through free counseling services. This study consists of a cross-sectional study, developed with students of Universidade da Beira Interior (UBI), that aims to evaluate the relationship between beliefs about mental health and acts of searching for support in these students. For this purpose, a sociodemographic questionnaire was used as well as two questionnaires of self-reponse, these being the Inventário de Crenças acerca de Doenças Mentais (ICDM) by Loureiro and Pereira (2009) and the Inventário de Atitudes em Relação à Procura de Serviços de Saúde Mental (IARPSSM) by Fonseca and Canavarro (2015).

In relation to the ICDM, the results obtained revealed low levels of belief, the younger individuals, the individuals who identify as male, the ones who enrolled on a degree lectured at the Health Science Faculty and the ones who were pursuing a bachelor's degree presented higher levels of stigma. The participants who had never received psychological counselling, who did not know anyone with mental illness, who used few or no sources of information, and who were not interested in participating in mental health promotion programs also showed higher levels of discriminatory beliefs.

As for the IARPSSM, results show an acceptable interest in searching for professional help, the younger individuals, the individuals who identify as male, the ones who enrolled on a degree lectured at the Faculty of Arts and Letters and who were pursuing a bachelor's degree present lower motivation to this type of health search. Also, the participants who had never received psychological counselling, who did not know anyone with mental illness and showed no interest in participating in programs that aim to promote mental health presented lower levels of interest of searching for professional help.

This data is extremely important for characterizing the academic community at UBI and can be used as a basis for developing psychoeducation programs on mental health and promoting mental health within the university context.

Key-words:

Mental Health; beliefs; stigma; help-seeking behaviors; higher education students

Índice

Introdução	1
Capítulo 1: Enquadramento Teórico	2
1.1 Saúde Mental	2
1.1.1 Definição	2
1.1.2 Prevalência	2
1.2 Estudantes Universitários	3
1.2.1 Desafios	4
1.2.2 Fatores de riscos para o desenvolvimento de problemas de saúde mental	5
1.2.3 Prevalência	7
1.3 Literacia em Saúde Mental	9
1.3.1 Definição	9
1.3.2 Fontes de informação	9
1.4 Crenças sobre Saúde Mental	10
1.4.1 Tipos de estigma	10
1.4.2 Reconhecimento de causas, sintomas e perturbações mentais	12
1.4.3 Explicações possíveis para os níveis elevados de estigma	13
1.4.4 Variáveis sociodemográficas	14
1.4.5 Crenças e atitudes face a indivíduos com doença mental nos estudantes universitários	16
1.5 Comportamentos de procura de ajuda	17
1.5.1 Tipos de comportamento da procura de ajuda entre os estudantes universitários	17
1.5.2 Barreiras na Procura de Ajuda	20
1.6 Relação entre crenças e comportamentos de procura de ajuda	23
1.6.1 Tipos de estigma e comportamentos de procura de ajuda	24
1.6.2 Variáveis Sociodemográficas	25
Capítulo 2: Metodologia	27
2.1 Objetivos	27
2.2 Método	28
2.2.1 Questionário sociodemográfico	28

2.2.2 Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM) – Loureiro & Pereira, 2009	28
2.2.3 Inventário de Atitudes em Relação à Procura de Serviços de Saúde Mental (IARPSSM) - Fonseca & Canavarro, 2015	29
2.3 Procedimentos	30
2.3.1 Recolha de Dados	30
2.3.2 Métodos Estatísticos	31
2.4 Resultados	32
2.4.1 Participantes	33
2.4.2 Análise Descritiva	35
2.4.2.1 Caracterização dos participantes de acordo com o ICDM	35
2.4.2.1 Caracterização dos participantes de acordo com o IARPSSM	36
2.4.3 Análise Inferencial	37
2.4.3.1 ICDM e características sociodemográficas	37
2.4.3.2 IARPSSM e características sociodemográficas	50
2.4.3.3 ICDM e IARPSSM	56
2.4.3.4 MANCOVA	58
Capítulo 3: Discussão	60
3.1 Contributos e Limitações	68
Conclusão	70
Referências Bibliográficas	71

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Comparação entre o alfa de Cronbach do ICDM (literatura vs. presente estudo)

Tabela 2 - Comparação entre o alfa de Cronbach do IARPSSM (literatura vs. presente estudo)

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra (n= 243)

Tabela 4 - Caracterização da amostra em termos das variáveis relacionadas com a Saúde Mental (n= 243)

Tabela 5 - Caracterização da amostra de acordo com a escala ICDM (n=243)

Tabela 6 - Caracterização da amostra de acordo com a escala IARPSSM (n=243)

Tabela 7 - Correlação entre a Idade e os domínios do ICDM (n= 243)

Tabela 8 - Efeito do Género nos domínios do ICDM

Tabela 9 - Efeito da Faculdade a que os estudantes pertencem nos domínios do ICDM

Tabela 10 - Efeito do Ano de Matrícula frequentado pelos estudantes nos domínios do ICDM

Tabela 11 - Efeito do Acompanhamento Psicológico nos domínios do ICDM

Tabela 12 - Efeito de Conhecer alguém com doença mental nos domínios do ICDM

Tabela 13 - Correlação entre o Número de fontes de informação sobre Saúde Mental utilizadas e os domínios do ICDM (n=243)

Tabela 14 - Efeito de recorrer a Familiares ou Amigos como fontes de informação sobre Saúde Mental nos domínios do ICDM

Tabela 15 - Efeito de recorrer a Motores de pesquisa ou Redes Sociais como fontes de informação sobre Saúde Mental nos valores dos domínios do ICDM

Tabela 16 - Efeito de recorrer a Programas/Workshops ou Profissionais de Saúde como fontes de informação sobre Saúde Mental nos domínios do ICD

Tabela 17 - Efeito da Intenção em participar em Programas de promoção de Saúde Mental nos domínios do ICDM

Tabela 18 - Correlação ente a Idade e os domínios do IARPSSM (n= 243)

Tabela 19 - Efeito do Género nos domínios do IARPSSM

Tabela 20 - Efeito da Faculdade a que os estudantes pertencem nos domínios do IARPSSM

Tabela 21 - Efeito do Ano de Matrícula frequentado pelos estudantes nos domínios do IARPSSM

Tabela 22 - Efeito do Acompanhamento Psicológico nos domínios do IARPSSM

Tabela 23 - Efeito de Conhecer alguém com doença mental nos domínios do IARPSSM

Tabela 24 - Efeito da Intenção em participar em Programas de promoção de Saúde Mental nos domínios do IARPSSM

Tabela 25 - Correlação entre os domínios do ICDM e os domínios do IARPSSM (n=243)

Tabela 26 - Efeitos do Ano de Matrícula e de recorrer a Programas/Workshops ou Profissionais de Saúde como fontes de informação sobre Saúde Mental nos scores totais do ICDM e IARPSSM, controlando-se a Idade (MANCOVA)

Lista de Acrónimos

DALYs	Anos de Vida Ajustados por Incapacidade
IARPSSM	Inventário de Atitudes em Relação à Procura de Serviços de Saúde Mental
ICDM	Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais
IMI	Intervenções baseadas na Internet
OMS	Organização Mundial de Saúde
SNS 24	Serviço Nacional de Saúde 24
UBI	Universidade da Beira Interior

Introdução

A entrada na universidade acontece num momento de transição para a vida adulta dos jovens estudantes, caracterizado por mudanças rápidas quer em termos pessoais quer em termos sociais, o que torna esta fase particularmente desafiante e de maior risco para o desenvolvimento ou agravamento de psicopatologias.

A discriminação de indivíduos com problemas psicológicos impacta várias áreas da sua vida pessoal, social e académica. Consequentemente, a procura de ajuda profissional em casos de doenças mentais assume extrema importância, uma vez que, sem este apoio, existe uma maior probabilidade de agravamento destes quadros clínicos.

Neste âmbito, a literacia sobre saúde mental assume grande relevância, na medida em que se pretende combater o estigma muitas vezes associado às doenças mentais e consequente procura de ajuda profissional.

Assim, o principal objetivo deste estudo consistiu em avaliar a relação entre as crenças sobre saúde mental e as atitudes de procura de ajuda nos estudantes da Universidade da Beira Interior. Para além desta relação, pretendeu-se também avaliar se existiam diferenças entre as crenças sobre saúde mental e atitudes de procura de ajuda em função de variáveis sociodemográficas (idade, género, faculdade e ano de matrícula) e variáveis relacionadas com a Saúde Mental (acompanhamento psicológico, conhecer alguém com doença mental, recurso a fontes de informação e interesse em participar em programas de promoção de saúde mental).

A presente investigação encontra-se estruturada em três capítulos: um primeiro focado na contextualização teórica dos principais conceitos abordados; um segundo que descreve a metodologia utilizada no estudo e apresenta os resultados obtidos e um terceiro dedicado à discussão e interpretação dos resultados.

No final da dissertação há uma secção dedicada à reflexão sobre o trabalho realizado e os resultados obtidos de forma mais abrangente, focando-se em possíveis implicações práticas decorrentes da investigação realizada.

Os resultados obtidos pretendem contribuir para aumentar o conhecimento sobre a relação entre crenças acerca da saúde mental e comportamentos de procura de ajuda e fornecer informação que ajude na elaboração e implementação de programas de promoção de saúde mental junto de estudantes da UBI.

Capítulo 1: Enquadramento Teórico

1.1. Saúde Mental

1.1.1. Definição

De acordo com o SNS 24 (2025), a saúde mental é “a base do bem-estar geral e diz respeito a um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional ou ausência de uma doença mental”. Por outras palavras, a saúde mental não diz respeito apenas à ausência de doença mental, como também ao equilíbrio entre a mente e o meio envolvente dos indivíduos, contribuindo para o seu funcionamento adequado e bem-estar pessoal. Isto é essencial para que os indivíduos mantenham relacionamentos saudáveis, enfrentem desafios e lidem adequadamente com situações de stress (Soares, 2024).

1.1.2. Prevalência

Segundo com a OMS, em 2021, verificou-se que 13,9% da população mundial apresentava problemas na área da saúde mental, em algum momento da sua vida (WHO & Global Health Observatory, 2024). O mesmo estudo revelou que cerca de 970 milhões de indivíduos, a nível global, apresentavam doenças mentais (WHO & Global Health Observatory, 2024). Assim, é possível afirmar que as perturbações mentais representam uma fração significativa de doenças a nível mundial (Antunes et al., 2022), prevendo-se que estes números permaneçam numa tendência crescente nas próximas décadas (Youssef et al., 2014).

As perturbações mentais mais comuns são a depressão e as perturbações de ansiedade (WHO & Global Health Observatory, 2024), representando um número significativo de perturbações mentais em cuidados primários (Ahmad et al., 2021). De acordo com o estudo Global Burden of Disease de 2019, a depressão ocupa o quarto lugar e as perturbações de ansiedade o sexto como principais causas de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALYs) entre indivíduos dos 10 aos 24 anos. (Murray et al., 2020). Estima-se, assim, que 32,1% dos jovens adultos sofrem de perturbações mentais (Sarmiento, 2015), contudo estas perturbações podem afetar todas as faixas etárias.

Em 2025, outro estudo da OMS, mostrou que a nível europeu, 1 em cada 6 indivíduos apresentava um quadro clínico de psicopatologia (Maurer & WHO, 2025).

No que diz respeito à taxa de doenças mentais em Portugal, o país tem uma das maiores prevalências de perturbações psicopatológicas na Europa, com 22% da população a experienciar, pelo menos, um problema psicológico, comparativamente aos 16,7% da União Europeia (European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

Portugal é, assim, considerado o segundo país europeu com maior taxa de perturbações psiquiátricas (Universidade de Coimbra, s.d.), devido à elevada taxa de perturbações de ansiedade (9%), seguidos da depressão (6%) e dos problemas relacionados com o consumo de álcool e drogas (4%) (European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

Com a pandemia da COVID-19, em 2020, as taxas já elevadas de doenças mentais acabaram por ser ainda mais impactadas, sofrendo um aumento crítico na população geral e também entre os estudantes universitários. Este aumento está relacionado com o ambiente incerto e de medo vivido, que aumentou a ansiedade e sintomas depressivos dos jovens, e às estratégias de quarentena que prejudicaram o contacto social e, por conseguinte, a saúde mental dos alunos (Conceição et al., 2024).

Os dados de 2024 mostraram que a tendência crescente de problemas de saúde mental se mantém, com 32% dos indivíduos com 16 anos ou mais a apresentarem sintomas de ansiedade (Instituto Nacional de Estatística, 2025).

1.2. Estudantes Universitários

Antes de se efetuar uma reflexão sobre os desafios e riscos para a saúde mental inerentes ao contexto universitário, considerou-se importante caracterizar a população universitária.

Os jovens do sexo feminino parecem prosseguir significativamente mais os estudos no ensino superior comparativamente aos seus colegas do sexo masculino, tanto a nível europeu como em Portugal (Blanco et al., 2008; Pinho et al., 2025). Nas licenciaturas, esta proporção é de aproximadamente 60:40 (Bewick et al., 2010).

Relativamente à idade, cerca de 90% dos estudantes de licenciatura tinham menos de 21 anos, ao entrar na universidade (Bewick et al., 2010).

Comparativamente a outros países europeus, Portugal parece ter níveis mais baixos de estudantes estrangeiros no ensino superior (Pinho et al., 2025). Por outro lado, grande parte dos jovens afirma estarem deslocados da sua residência de origem para ingressar na universidade (Pinho et al., 2025). Acresce que os indivíduos que viviam em zonas rurais também apresentavam menor possibilidade de frequentar a universidade (Blanco et al., 2008).

Por último, o nível socioeconómico médio e alto parece favorecer a entrada na universidade (Blanco et al., 2008; Pinho et al., 2025). Este motivo talvez ajude a explicar os níveis mais baixos de trabalhadores-estudantes, comparativamente a outros países europeus (Pinho et al., 2025).

1.2.1. Desafios

A literatura tem demonstrado que problemas relacionados com a saúde mental aparecem relativamente cedo nos adolescentes e jovens adultos (Kessler et al., 2005) e que têm crescido exponencialmente em estudantes universitários (Ruan, 2023).

Os anos vividos na universidade, muitas vezes, coincidem com um período crítico do desenvolvimento intelectual e social rápido que caracteriza a passagem para a idade adulta (Blanco et al., 2008). A maioria dos estudantes universitários encontram-se a passar por uma série de processos de desenvolvimento, tais como o estabelecimento da sua identidade individual separada da família (Eisenberg et al., 2009), a criação de novos laços afetivos, dúvidas face à escolha do curso, aumento do nível de procura de conhecimento e a tomada de uma maior independência e responsabilidades (Lantyer et al., 2016). Assim, a entrada na universidade é uma fase de transição complexa e com diversas mudanças para as quais é necessário que os jovens possuam um vasto conjunto de competências, de modo a lidar de forma saudável com os desafios que enfrentam a nível organizacional, social e pessoal (Amaro et al., 2024). Estes desafios, quando resultam em níveis elevados ou permanentes de stress, prejudicam o bem-estar dos jovens, a sua adaptação e o envolvimento académico (Valente & Almeida, 2020).

No que diz respeito aos desafios a nível organizacional, estes estão relacionados com a adaptação ao contexto universitário. Comparativamente ao ensino básico e secundário, a estrutura do ensino superior passa a ser menos estrita e mais independente, com maior carga de trabalho académico, prazos reduzidos (Soares, 2024), maior exigência para manter notas semelhantes ou mais elevadas do que as do ensino secundário (Sousa et al., 2018), e a crescente pressão académica podem levar a sentimentos de desorientação e desconforto (McLafferty et al., 2017). Também, o facto do mercado de trabalho ser bastante competitivo e valorizar o sucesso académico, pode ser outro fator stressor no percurso universitário dos estudantes, principalmente numa fase final (Soares, 2024).

Os desafios a nível social estão muito relacionados com a adaptação ao novo contexto social, com mudanças na dinâmica familiar, estabelecimento de novas relações com os docentes (Amaro et al., 2024) e mudança rápida na rede de apoio, o que pode levar ao isolamento social e a sentimentos de solidão (Soares, 2024). A pressão social e expectativas familiares são outros fatores sociais que podem ser identificados como stressores, quando não são entendidas como correspondidas (Soares, 2024).

Por último, a nível pessoal, existe um vasto leque de problemas associados a este período de transição dos estudantes. Em termos familiares, a relação de apoio pode diminuir, devido, muitas vezes, ao deslocamento dos jovens para fora de casa (Soares, 2024) e à formação da sua própria identidade (Eisenberg et al., 2009). Neste sentido, é

importante manter o contato regular com a família, promovendo, em simultâneo, a independência dos estudantes (Amaro et al., 2024). A manutenção de um estilo de vida equilibrado é outro fator a ter em conta, como, por exemplo, a qualidade do sono que é muitas vezes prejudicada nesta fase da educação (Amaro et al., 2024). As expectativas pessoais também influenciam o bem-estar dos estudantes, que muitas vezes se comparam aos seus colegas, prejudicando a sua saúde mental, quando esta comparação é excessiva e vista como algo determinante para o sucesso individual (Soares, 2024).

As questões financeiras são um aspeto preponderante, visto que os estudantes têm de pagar propinas e materiais escolares, para além das despesas de alojamento e alimentação. Estes gastos podem ser excessivos para algumas famílias, contribuindo para o stress financeiro. Derivado desta situação, muitos são os jovens que optam por arranjar empregos, o que faz com que precisem de equilibrar os estudos com trabalho (Soares, 2024). No caso de estudantes mais velhos, estes têm ainda responsabilidades adicionais, tais como compromissos familiares ou profissionais (McLafferty et al., 2017).

1.2.2. Fatores de riscos para o desenvolvimento de problemas de saúde mental

Tanto a entrada na vida adulta como o contexto universitário constituem circunstâncias de alto risco psicossocial, devido às várias mudanças que surgem comumente na vida dos jovens (Conceição et al., 2024). Esta condição torna-os mais suscetíveis a perturbações psiquiátricas, o que revela que os problemas de saúde mental e os comportamentos de risco podem estar correlacionados, tal como foi confirmado por alguns autores (e.g. Braithwaite et al., 2010; Santos, 2011).

Devido ao contexto universitário ser extremamente competitivo, a pressão imposta para os estudantes serem bem-sucedidos e a comparação com os colegas (Soares, 2024) pode dar origem a questões psicológicas desafiantes e de eventual risco psicopatológico (Ruan, 2023). Este facto pode ainda associar-se ao estigma acerca de doenças mentais, quando, por exemplo, os estudantes têm receio de serem vistos de forma discriminatória ao receberem um diagnóstico de um quadro clínico, preferindo lidar com o problema sozinhos, o que consiste noutro fator de risco para a saúde mental (Shahwan et al., 2020).

A perda de apoio social, devido ao afastamento tanto do seio familiar como do núcleo de amigos, também foi associada a um maior risco de doenças mentais, o que demonstra a importância dos relacionamentos na vida dos jovens (Blanco et al., 2008). Isto pode ser explicado pelo facto de estes não terem mecanismos de *coping* muito desenvolvidos ou por possuírem menos experiência com perdas interpessoais (Blanco et al., 2008). Esta descoberta torna notória a necessidade de incentivar os jovens a

desenvolver redes de apoio social estáveis que possam atenuar os efeitos negativos destas situações (Blanco et al., 2008).

Os traumas passados não resolvidos e as experiências adversas na infância correspondem a outro aspeto que pode ter impacto na saúde mental dos jovens. Em situações de maior stress, estes eventos traumáticos podem ressurgir, levando a sintomas de depressão, ansiedade ou stress pós-traumático. Lidar concomitantemente com os desafios da vida universitária e com possíveis traumas pode aumentar o risco de desenvolvimento de problemas psicológicos (Soares, 2024).

O estilo de vida é outro fator que, quando desequilibrado, pode ter impacto no desenvolvimento de problemas de saúde mental nos jovens universitários. Neste âmbito enquadram-se hábitos pouco saudáveis, como alimentação inadequada e falta de sono e de exercício físico regular (Soares, 2024).

No caso do consumo de álcool e de drogas entre jovens universitários, esta revela-se como uma prática comum, o que pode levar muitas vezes ao abuso de substâncias e, até mesmo, à dependência (Blanco et al., 2008). De acordo com um estudo, as substâncias mais consumidas são o álcool (84,7%), seguido pelo café (80,6%), tabaco (68,7%), cannabis (14,1%) e por outras substâncias psicoativas (2,4%), entre as quais a cocaína e o ecstasy (Amaro et al., 2024). Os alunos com estes hábitos de consumo apresentavam mais sintomas de depressão e ansiedade do que os que não consomem (Amaro et al., 2024).

Em Portugal, apesar do consumo de álcool estar a diminuir, 72,9% dos alunos referiram ter consumido esta substância, 11% da população académica referia que consumia, pelo menos, quatro bebidas alcoólicas e 36% referiram já ter experienciado episódios de bebedeira em festas académicas (Sarmiento, 2015). Os distúrbios por consumo excessivo de álcool estão associados a vários comportamentos de risco e resultados negativos para a saúde dos jovens universitários, entre os quais a condução sob o efeito do álcool, atividade sexual insegura, agressão física e sexual, ferimentos físicos e morte por ferimentos não intencionais (Blanco et al., 2008).

No que diz respeito ao café, descobriu-se que níveis mais elevados de depressão e ansiedade estavam associados a um maior consumo de cafeína (Amaro et al., 2024).

Em relação ao tabaco, os estudantes universitários apresentam significativamente menor probabilidade do que os jovens não estudantes da mesma faixa etária de terem consumido tabaco e de desenvolver uma dependência de nicotina (Blanco et al., 2008).

Tanto o abuso como a dependência de várias substâncias ilícitas são problemáticas mais comuns entre estudantes universitários do que noutras populações que também consomem drogas (Blanco et al., 2008), sendo para alguns jovens uma

estratégia de *coping* desadaptativa, de modo a regular os seus sentimentos ou sintomas de depressão ou ansiedade (Amaro et al., 2024). A cannabis é a substância de preferência dos estudantes (7,3%), seguida dos tranquilizantes e barbitúricos sem receita médica (5,7%) (Sarmiento, 2015). Os níveis de psicopatologia e sofrimento psicossocial mais agudos estão associados a este consumo desmedido e dependência de substâncias ilícitas (Sarmiento, 2015).

Por último, situações de assédio moral e sexual, que podem ser descritas como qualquer conduta abusiva, de natureza física ou psicológica, frequente e intencional, que tenha consequências negativas, quer físicas quer psicológicas, e que gerem um sentimento de exclusão, são um acontecimento excecional que pode representar um alto risco para o desenvolvimento de psicopatologias (Amaro et al., 2024).

A população académica já era vulnerável ao desenvolvimento de problemas psicológicos e as constantes mudanças relacionadas com a COVID-19 contribuíram para que a saúde mental dos estudantes universitários diminuísse ainda mais (Amaro et al., 2024). Fatores como o distanciamento social, a redução nas interações sociais, os sentimentos de incerteza, a adoção do sistema de ensino à distância, a maior consciência sobre problemas de saúde mental (Foulkes & Andrews, 2023), ter amigos ou familiares infetados com o vírus (Amaro et al., 2024), o contágio emocional (Paz et al., 2022) e o desenvolvimento de perturbações mentais (Carvalho et al., 2024) devem ser tidos em linha de conta, quando se fala de fatores de risco que podem ter impactado no bem-estar mental dos alunos (Pinho et al., 2025).

1.2.3. Prevalência

Como referido anteriormente, o percurso académico pode ser extremamente stressante para alguns jovens (McLafferty et al., 2017), fazendo com que os que não possuem qualquer quadro clínico possam desenvolver psicopatologias, devido ao stress inerente às exigências da vida universitária e a adaptação a um novo ambiente social (Eisenberg et al., 2007; McLafferty et al., 2017). Já no caso dos estudantes com problemas de saúde mental preexistentes, estes podem ver os mesmos a persistir ou serem agravados durante o decorrer dos estudos, o que pode impactar o seu desempenho académico (Auerbach et al., 2016).

Uma meta-análise realizada com 192 estudos concluiu que 48.4% das perturbações mentais começavam antes dos indivíduos completarem 18 anos, ou seja, antes dos estudantes universitários iniciarem o seu primeiro ano letivo (Solmi et al., 2022). Foi identificado também que este início de problemas de saúde mental antes da matrícula na universidade estava associado a maiores taxas de abandono ou, até mesmo, menores taxas de entrada na universidade (McLafferty et al., 2017). Alguns estudos referem que um terço dos alunos do primeiro ano da universidade tinha, pelo menos,

uma doença psicológica (Yang et al., 2024). Identificou-se ainda que 35,3% dos jovens já tinham experienciado estes distúrbios ao longo da vida, enquanto 31,4% as experienciaram nos últimos 12 meses (Auerbach et al., 2018).

Já aquando da frequência no primeiro ano da universidade, há alterações entre o período antes da matrícula e o primeiro semestre, onde a saúde mental diminuiu significativamente, seguida de um aumento ligeiro no segundo semestre (Bewick et al., 2010). No segundo e terceiro ano, o bem-estar psicológico dos jovens foi ligeiramente menor durante o segundo semestre, comparativamente ao primeiro (Bewick et al., 2010). De modo geral, a saúde e bem-estar mental dos estudantes da licenciatura diminuiu ao longo do tempo, com o pico de sofrimento psicológico localizado no primeiro semestre (Bewick et al., 2010). Os níveis de saúde mental nunca descem para os níveis de pré-registo na universidade, o que se deve muito à pressão sobre o bem-estar psicológico dos estudantes a partir do momento que ingressam na universidade, em comparação com o período anterior à entrada (Bewick et al., 2010).

No panorama académico, os sintomas mais prevalentes são os depressivos, afetando 46% dos estudantes universitários, em seguida identificaram-se os sintomas de ansiedade (39%) e o stress (31%) (Sousa et al., 2018; Amaro et al., 2024).

Em Portugal, um estudo da Universidade de Évora (2022) identificou que 61,9% dos estudantes apresentavam sintomas depressivos, sendo que 23,4% apresentavam sintomas depressivos leves e 38,5% apresentavam sintomas moderados a severos (Sousa et al., 2018).

Já os problemas de ansiedade têm uma taxa de prevalência de 38%, sendo que as perturbações mais frequentemente descritas são as de ansiedade social (12,6%), de ansiedade aos exames (13,5%) e de pânico (10%) (Nogueira, 2017). Além disso, mais de um quinto dos jovens (22,6%) é diagnosticado com uma perturbação de ansiedade generalizada, no início da universidade (McLafferty et al., 2017). Relativamente aos sintomas de ansiedade, 75% dos estudantes referiram ter sintomas de ansiedade ligeiros a moderados, sendo que 37,1% destes apresentaram sintomas moderados ou graves (Amaro et al., 2024).

Entre os universitários, 31,5% afirmaram que os seus problemas de saúde mental causaram dificuldades significativas nas suas vidas, quer no âmbito académico quer a nível pessoal (Sousa et al., 2018).

No que diz respeito à situação pandémica, 38,7% dos estudantes referiram ter recebido os diagnósticos clínicos após o início da COVID-19 (Amaro et al., 2024). A prevalência de depressão era de 39% e de ansiedade era de 36% entre os jovens universitários e 10,2% dos alunos a referirem ambos os diagnósticos (Amaro et al., 2024).

Quando os condicionamentos da pandemia foram reduzidos, notou-se uma melhoria na saúde mental (Pinho et al., 2025). Contudo, quando se compararam os níveis pré e pós-pandemia, revelou-se uma diminuição do bem-estar psicológico entre os estudantes universitários, com sintomas de depressão e de ansiedade bastante elevados (Amaro et al., 2024). Isto demonstra que os efeitos a longo prazo da pandemia ainda estão presentes na sociedade, sendo que estes efeitos residuais podem explicar, em parte, as elevadas taxas de problemas de saúde mental (Pinho et al., 2025).

1.3 Literacia em Saúde Mental

1.3.1. Definição

A literacia em saúde mental consiste na sensibilização para a saúde e doenças mentais, podendo ser definida como o conhecimento acerca destes temas por parte dos indivíduos e que os auxiliam no reconhecimento, prevenção e tratamento (Dev et al., 2017). O termo foi utilizado pela primeira vez por Anthony F. Jorm (1997, citado por Dev et al., 2017) e referia-se ao conhecimento sobre a saúde mental por parte da população em geral e defendia que o seu aumento era essencial para o reconhecimento precoce de doenças mentais e a procura de tratamento.

Para além da capacidade de identificar e prevenir perturbações mentais e promover a procura de ajuda profissional, o conhecimento sobre saúde mental permite também desenvolver estratégias saudáveis de autoajuda e de apoio aos outros (Yang et al., 2024).

Pode-se assim dizer que a literacia em saúde mental é composta por cinco componentes básicos (Jorm, 2015), sendo estes: a capacidade de reconhecer problemas mentais; o conhecimento de como prevenir perturbações mentais, o conhecimento da ajuda profissional disponível; a adoção de estratégias de autoajuda eficazes; e a adoção de apoio aos outros (Ahmad et al., 2021; Ogorchukwu et al., 2016).

1.3.2. Fontes de informação

São várias as formas como os indivíduos podem ser expostos a informações sobre saúde mental. A internet constitui o meio mais acessível de transmissão de informação sobre este tema (Lauber et al., 2005), com mais de metade (55%) dos participantes de um estudo a indicarem-na como uma das fontes utilizadas (Dev et al., 2017).

Outras fontes de conhecimento sobre saúde mental são os media e os filmes/séries (Loureiro et al., 2006), que muitas vezes retratam de forma estereotipada indivíduos com doenças mentais (Clement et al., 2015).

No caso dos estudantes do ensino superior, as universidades desenvolvem esforços para transmitir conhecimento sobre a saúde e bem-estar mental e sobre os

serviços de saúde mental disponíveis nas mesmas, de modo a promover atitudes mais positivas face à procura de ajuda psicológica (Shahwan et al., 2020).

Neste sentido, os jovens universitários revelam que, para além da internet, recebem informação através de professores (32,1%) e a imprensa escrita (28%), isto é, panfletos, jornais ou livros (Ahmad et al., 2021).

A maioria dos jovens não procura informação sobre esta temática frequentemente, visto que apenas 5,6% dos indivíduos referiram ter recebido esta informação no último mês, tendo 58% recebido informação anteriormente (Ahmad et al., 2021).

1.4. Crenças sobre Saúde Mental

Apesar de, ao longo dos anos, se ter notado um aumento na literacia em saúde mental e na aceitação do tratamento profissional, os níveis de estigma e de rejeição social de indivíduos com perturbações mentais manteve-se estável nas últimas duas décadas (Antunes et al., 2022) e, por conseguinte, os indivíduos com doenças psicológicas continuam a ser dos membros da sociedade mais estigmatizados (Queirós et al., 2021).

O estigma é um conceito complexo (Antunes et al., 2022), que se refere aos impactos negativos da rotulação de determinado grupo (Hayward & Jenifer, 1997). No caso do estigma em relação à saúde mental, os principais afetados são os indivíduos com problemas psicológicos (Hayward & Jenifer, 1997) e é, geralmente, pior do que o estigma associado a doenças físicas (Antunes et al., 2022).

Este fenómeno envolve um conjunto de componentes que se acumulam ao mesmo tempo, tais como a rotulagem, os estereótipos, o preconceito, a discriminação, a segregação e a perda de estatuto, e que levam à associação dos indivíduos a características indesejáveis (Queirós et al., 2021) e a sentimentos de vergonha (Tan et al., 2020).

Em suma, este fenómeno envolve uma avaliação negativa, através de pensamentos e crenças, dos indivíduos com doenças mentais ou do processo de tratamento (Freitas et al., 2018).

1.4.1. Tipos de estigma

Os dois tipos de estigma em saúde mental mais investigados são o estigma percebido e o estigma pessoal (Conceição et al., 2022; Freitas et al., 2018).

O estigma percebido, também denominado de estigma social ou público, diz respeito à perceção das atitudes preconceituosas e respostas emocionais negativas da população em geral face aos indivíduos com doenças mentais (Livingston & Boyd, 2010), ou seja, a perceção de como a sociedade lida com indivíduos com perturbações

psicológicas (Eisenberg et al., 2009). Já o estigma pessoal consiste nas crenças pessoais sobre os indivíduos com doenças mentais (Conceição et al., 2022; Eisenberg et al., 2009), muitas vezes baseadas em estereótipos e preconceitos (Eisenberg et al., 2009).

Em relação à investigação destes dois tipos de estigma, verificou-se que os níveis de estigma percebido eram consideravelmente mais elevados do que os níveis de estigma pessoal (Eisenberg et al., 2009). A literatura notou que muitos estudantes universitários relatavam níveis elevados de estigma percebido e níveis baixos de estigma pessoal, mas poucos referiram o inverso (Eisenberg et al., 2009).

Segundo Corrigan, Watson e Barr (2006), o estigma pessoal, geralmente, desenvolve-se em situações em que o estigma público está presente e, ao ser percebido, fomenta atitudes pessoais que podem ou não coincidir com este contexto estigmatizante vivenciado (Eisenberg et al., 2009). Se estas crenças e atitudes forem aplicadas a si próprios, estamos perante situações de autoestigma (Eisenberg et al., 2009).

Por outras palavras, o autoestigma ou estigma interiorizado ocorre quando um indivíduo se identifica com determinado grupo estigmatizado e emprega os estereótipos e preconceitos internalizados a si próprio (Antunes et al., 2022; Eisenberg et al., 2009). Consequentemente, leva a respostas negativas, tais como a diminuição da autoestima e da autoeficácia, contribuindo, muitas vezes, para que os indivíduos não procurem atingir os seus objetivos de vida (Corrigan et al., 2009). Por outro lado, um estudo mais antigo identificou casos em que os indivíduos com autoestigma não só não eram afetados negativamente pelo estigma como utilizavam os seus preconceitos e estereótipos para se motivarem a ultrapassar as crenças estigmatizantes que a sociedade lhes incutiu (Corrigan & Watson, 2002).

A literatura identifica ainda outros tipos de estigma, tais como o estigma estrutural, o estigma antecipado e o estigma de tratamento.

O estigma estrutural diz respeito às políticas e procedimentos nas mais diversas organizações que restringem os direitos de determinado grupo (Antunes et al., 2022). No caso de estigma em saúde mental, este estigma pode ser observado na legislação de saúde mental do país, no subfinanciamento dos serviços de saúde mental e nos estereótipos dos media (Clement et al., 2015).

O estigma antecipado relaciona-se com a previsão de situações em que o indivíduo pode ser tratado injustamente e de forma estigmatizante (Clement et al., 2015).

O estigma do tratamento está associado às crenças baseada em estereótipos e preconceitos acerca das doenças mentais (Yang et al., 2024) e dos comportamentos de procura de ajuda profissional ou adesão ao tratamento de problemas mentais (Clement et al., 2015).

1.4.2. Reconhecimento de causas, sintomas e perturbações mentais

A atribuição causal está muito associada ao estigma, com estudos a referirem que a aceitação de causas psicossociais das doenças mentais reduz as crenças estigmatizantes e o distanciamento social (Tan et al., 2020).

No caso dos jovens universitários, a maioria identificou fatores psicossociais como causas para o desenvolvimento de perturbações psicopatológicas, tais como problemas na infância (78%), problemas do dia a dia (60–80%), dificuldades financeiras (60–80%), eventos traumáticos (60–70%) ou a morte de alguém próximo (68–70%) (Dev et al., 2017).

Relativamente à causa para o aparecimento de depressão e psicose, os estudantes referiram as causas psicossociais e ambientais como possíveis razões, com questões genéticas a serem apontadas por um terço dos jovens como causa da psicose, o que não acontecia com a depressão, possivelmente por esta ser considerada uma perturbação mental comum pela sociedade (Dev et al., 2017). No que diz respeito à depressão, as causas mais identificadas foram as causas psicossociais, seguidas de personalidade e, por fim, das causas físicas (Pang et al., 2018; Tan et al., 2020).

Em relação aos indivíduos com doenças mentais, a atribuição do seu quadro clínico à sua personalidade, identificando-se como “fracos”, leva a sentimentos de culpabilização e vergonha, aumentando assim o autoestigma (Reavley & Jorm, 2014; Tan et al., 2020). Isto impacta a perceção dos mesmos face às suas doenças, na medida em que podem não reconhecer tão facilmente os seus problemas de saúde mental ou, até mesmo, negá-los (Tan et al., 2020).

Um estudo de Lauber e colaboradores (2005), refere que o reconhecimento de sintomas de doenças mentais foi considerado baixo, principalmente nos sintomas distintos de cada perturbação. Entre as variáveis que mais afetam o reconhecimento de sintomas, a faculdade a que pertenciam foi a que mostrou maior impacto positivo (Lauber et al., 2005). Outros fatores que também influenciaram positivamente este reconhecimento foram o interesse anterior sobre o tópico ou experiência de tratamento (Lauber et al., 2005). Em relação à depressão, mais de 90% dos indivíduos identificaram corretamente os seus sintomas, sendo o humor deprimido o sintoma mais reconhecido (Lauber et al., 2005). No que diz respeito à esquizofrenia, os sintomas não foram tão reconhecidos, comparativamente aos da depressão (Lauber et al., 2005). Sintomas como os delírios de controlo e as alucinações do paladar não foram identificados, enquanto ter dupla personalidade e uma maior prontidão para a violência foram confundidos como sintomas deste quadro clínico (Lauber et al., 2005).

Num estudo de 2017, a maioria (70% - 80%) dos participantes identificou algum tipo de perturbação mental, com a depressão a ser nomeada corretamente por mais de

metade (57%) dos jovens universitários (Dev et al., 2017). Em Portugal, a depressão foi considerada a doença psicológica nomeada mais corretamente, através de um inquérito sobre educação em saúde mental entre os jovens (Dev et al., 2017). Um outro estudo revelou que 84% dos indivíduos não tinham conhecimento acerca de perturbações de ansiedade (Lauber et al., 2005) e outro mais recente descobriu que apenas 18,7% tinham conhecimento adequado sobre este quadro clínico (Ahmad et al., 2021). No que diz respeito à esquizofrenia, esta perturbação foi reconhecida por 73,6% dos indivíduos (Lauber et al., 2005).

1.4.3. Explicações possíveis para os níveis elevados de estigma

Uma revisão da literatura identificou quatro explicações possíveis para os níveis elevados de estigma: a perigosidade, a atribuição de responsabilidade, o mau prognóstico e a interrupção da interação social (Hayward & Jenifer, 1997).

A perigosidade defende que os indivíduos temem aqueles que sofrem de perturbações mentais, porque acreditam que estes são mais perigosos e propensos à violência (Hayward & Jenifer, 1997).

A atribuição de responsabilidade diz respeito à crença de que os indivíduos com doenças psicológicas são responsáveis pelo seu quadro clínico e pela forma como se comportam (Hayward & Jenifer, 1997), o que pode levar a sentimentos de raiva e de pena. Outra explicação pode relacionar-se com o facto dos indivíduos acreditarem que aqueles com perturbações são responsáveis pela sua condição, permitindo assim que se sintam capazes de evitar situações semelhantes (Hayward & Jenifer, 1997).

O mau prognóstico relaciona-se com a ideia de que as doenças mentais são crónicas ou difíceis de tratar eficazmente (Hayward & Jenifer, 1997). Por outro lado, acreditar que as perturbações mentais são tratáveis está associado a menos crenças negativas sobre a doença mental (Freitas et al., 2018).

Por último, a crença da interrupção das interações sociais adequadas (Hayward & Jenifer, 1997) afirma que os indivíduos com perturbações psicológicas não se enquadram nos padrões normativos de interação social, o que leva a sentimentos de desconforto por parte dos indivíduos sem estes quadros clínicos, muito devido à ideia de que estes indivíduos são imprevisíveis e não respeitam as regras sociais devido às suas próprias inseguranças (Hayward & Jenifer, 1997).

A falta de conhecimento parece ser outro fator de risco de extrema importância para o aumento do estigma (Freitas et al., 2018). Níveis de literacia sobre saúde mental baixos está relacionada com o medo face às doenças mentais (Freitas et al., 2018). Este conhecimento desadequado leva ainda à adoção de atitudes estigmatizantes por parte da

população em geral em relação a indivíduos com este tipo de quadros clínicos (Dev et al., 2017; Youssef et al., 2014).

Num estudo de 2021, no que diz respeito à depressão e ansiedade, quase todos os participantes (99,4% e 96,1%, respetivamente) apresentavam estigma, com a maioria dos indivíduos a referir que os problemas representados nas vinhetas eram um sinal de fraqueza (87,4% e 80,9%, respetivamente) e que indivíduos com estes quadros clínicos eram perigosos para si ou para os outros (66,6% e 62,7%, respetivamente) (Ahmad et al., 2021). Neste estudo, mais de metade dos participantes comentou ainda que os indivíduos com depressão e ansiedade poderiam tratar do problema se quisessem e sem qualquer ajuda profissional (58,9% e 65,4%, respetivamente) (Ahmad et al., 2021). Revelaram ainda que, se estivessem na situação representada nas vinhetas, não falavam do problema a ninguém (8,2% e 6,9%, respetivamente) (Ahmad et al., 2021). Em relação às atitudes face a indivíduos com doenças mentais, cerca de um quarto dos participantes (30,4% e 27,9%, respetivamente) sentiram que deviam manter-se afastados dos mesmos para evitar desenvolver o mesmo problema (Ahmad et al., 2021).

De acordo com um estudo europeu realizado em 4 países, Portugal é considerado o segundo país com nível mais elevado de estigma face à depressão, com 53,8% dos indivíduos a relatarem estigma percebido e 31,2% a referirem estigma pessoal (Coppens et al., 2013). Outros dados referem ainda que, em Portugal, são os mais jovens que tendem a percecionar menos estigma em comparação com os mais velhos (Antunes et al., 2022).

1.4.4. Variáveis sociodemográficas

Segundo Ruan (2023), as crenças sobre saúde mental podem ser afetadas devido a determinadas variáveis sociodemográficas.

O género é o preditor mais relevante do estigma percebido, pessoal (Conceição et al., 2022) e autoestigma (Hayward & Jenifer, 1997). Os indivíduos do género masculino apresentavam níveis mais elevados de estigma, quer percebido quer pessoal, quando comparados com indivíduos do género feminino (Eisenberg et al., 2009; Queirós et al., 2021).

A idade também afeta os níveis de estigma (Hayward & Jenifer, 1997). Alguns estudos mais antigos mostravam que os indivíduos mais jovens apresentavam valores mais elevados de estigma (Eisenberg et al., 2009), porém investigações mais recentes demonstraram que os indivíduos com maior idade adotam crenças menos favoráveis face às doenças mentais (Dietrich et al., 2014; Subramaniam et al., 2017).

Relativamente à etnia, grupos de diferentes etnias costumam apresentar maior estigma percebido (Eisenberg et al., 2009) e estigma pessoal (Mishra et al., 2009). De acordo com Gary (2005), os indivíduos de grupos étnicos minoritários acabam por

sofrer, muitas vezes, de um duplo estigma, o racismo ou xenofobia e o estigma percebido face à doença mental. A ansiedade interpessoal pode explicar esta discriminação sentida por estes grupos minoritários, já que consiste na ansiedade de interagir com alguém percebido como diferente de si (Freitas et al., 2018).

O estigma pessoal parece ser impactado ainda pelo nível socioeconómico dos indivíduos, com as famílias com mais dificuldades a apresentar taxas mais elevadas de estigma (Eisenberg et al., 2009). Para além disto, os indivíduos em situações de desvantagem socioeconómica são também mais propensos a experienciar estigma percebido (Lund et al., 2014).

Relativamente ao nível de escolaridade, demonstrou-se que os valores mais baixos estavam associados a maior taxa de estigma e atitudes menos favoráveis para com os indivíduos com doenças mentais (Dietrich et al., 2014).

Outro fator relevante, refere-se ao facto de que o estigma sobre doenças mentais parece ser influenciado pelo contacto com indivíduos com psicopatologias (Queirós et al., 2021). Não ter contacto prévio com indivíduos com doenças mentais está relacionado com valores mais elevados de estigma (Conceição et al., 2022) e atitudes mais negativas face a este grupo (Queirós et al., 2021). Por conseguinte, a familiaridade parece diminuir o estigma, pelo que a exposição a indivíduos com perturbações mentais aumentará as crenças e atitudes favoráveis face a este grupo (Hayward & Jenifer, 1997). Verificaram-se valores mais baixos de estigma percebido nos indivíduos sem membros da família com perturbações mentais, quando comparados com indivíduos com um familiar com diagnóstico de doença mental (Conceição et al., 2022).

Relativamente à experiência anterior na área da saúde mental, foi também percebido que os indivíduos que já tinham procurado ajuda psicológica profissional apresentavam níveis mais baixos de estigma (Conceição et al., 2022; Queirós et al., 2021; Tan et al., 2020).

Em relação às diferenças entre cursos, no que diz respeito ao estigma percebido face à depressão, em particular, percebeu-se que os alunos da área do Desporto tinham médias significativamente mais baixas do que as médias dos cursos da área das Ciências, Ciências Biomédicas, Ciências da Educação, Ciências da Nutrição, Economia e Psicologia (Conceição et al., 2022).

Deste modo, é notório um fosso no conhecimento sobre saúde mental nos estudantes universitários, em especial nas áreas das Artes, Ciências Aplicadas, Ciências Naturais e Tecnológicas, Economia e Filosofia (Lauber et al., 2005). Contrariamente, os jovens universitários dos cursos de Medicina e Psicologia apresentaram um elevado conhecimento sobre saúde mental (Lauber et al., 2005).

Um estudo realizado na Universidade da Beira Interior, comparou os dados relativos ao estigma entre os cursos de Ciências do Desporto, Design de Moda, Psicologia e Sociologia e verificou que os estudantes de Psicologia apresentavam níveis mais reduzidos de estigma (Carvalho et al., 2024). Por outro lado, os estudantes de Ciências do Desporto adotavam mais crenças estigmatizantes, seguidos dos de Design de Moda (Carvalho et al., 2024).

1.4.5. Crenças e atitudes face a indivíduos com doença mental nos estudantes universitários

Os estudantes universitários têm um conhecimento sobre saúde mental adequado, mas não satisfatório nas áreas relativas aos fatores de risco e estigmatização (Dev et al., 2017). Estas crenças sofrem impacto de diferentes variáveis, como já visto, sendo as mais decisivas o género e o curso frequentado (Lauber et al., 2005).

No que diz respeito ao estigma percebido, quase metade dos jovens universitários referiam que os indivíduos com doenças psicológicas eram discriminados pela sociedade (Dev et al., 2017). Os estudantes identificaram também na sociedade a crença de que as doenças mentais eram mais prováveis de acontecer aos “outros” (Youssef et al., 2014).

Relativamente ao estigma pessoal, apesar do baixo número de universitários que referiram sentirem-se confortáveis em desenvolver relações pessoais e casar com alguém com uma doença mental ou votarem num político com uma perturbação psicológica, cerca de quatro quintos dos estudantes afirmaram sentir-se cómodos em serem vizinhos, socializarem e falarem das doenças mentais de indivíduos com depressão e psicose a outras pessoas (Dev et al., 2017). Verificou-se que o preconceito e o distanciamento social eram maiores para os casos de psicose, comparativamente aos casos de depressão, sendo que a maioria dos estudantes percecionava os indivíduos com este quadro clínico como perigosos e imprevisíveis (Dev et al., 2017).

Face ao prognóstico de tratamento, três quartos dos estudantes tinham conhecimento adequado sobre o prognóstico dos indivíduos com doenças mentais, se não forem tratados. No caso da psicose, houve uma visão menos positiva sobre o tratamento, onde os jovens relatavam que o agravamento do quadro clínico era considerado o resultado mais provável, se os doentes não recebessem tratamento adequado (Dev et al., 2017). Apenas um terço dos estudantes acreditavam que os indivíduos com psicose teriam bons resultados, se tratados. Em comparação, no caso de indivíduos com depressão, mais de um terço dos universitários referiram que estes obteriam melhores resultados, se tratados.

Outro aspeto encontrado na literatura de ressaltar é o impacto das crenças e atitudes dos docentes das universidades no desenvolvimento do estigma nos estudantes,

podendo influenciar positiva ou negativamente os jovens, dependendo das suas perspetivas face a indivíduos com doenças mentais (Queirós et al., 2021).

1.5. Comportamentos de procura de ajuda

A procura de ajuda é um processo complexo que inclui várias fases interrelacionadas (Eisenberg et al., 2009). Este conceito contempla todas as etapas no processo de cuidado com a saúde mental (Clement et al., 2015), abrangendo a necessidade percebida de ajuda, a terapia ou o aconselhamento, o apoio de fontes não clínicas e o uso de medicamentos psicotrópicos (Eisenberg et al., 2009).

Vale ressaltar a diferença entre as atitudes e os comportamentos (Lauber et al., 2005). Vários estudos revelaram que as atitudes, ou seja, a disposição de procurar ajuda são o preditor mais forte de comportamentos de procura de ajuda (Clement et al., 2015; Tan et al., 2020; Yang et al., 2024).

Uma das principais consequências dos baixos níveis de comportamento de procura de ajuda é a progressão de qualquer doença (Ahmad et al., 2021), o que pode levar a consequências graves para o indivíduo, como o desenvolvimento de sintomas mais graves ou de outras comorbidades (Tan et al., 2020). O não tratamento de doenças mentais tem-se mostrado pior em quadros clínicos de depressão, ansiedade, psicose e perturbação bipolar (Clement et al., 2015). Assim, é importante evitar atrasos na procura de ajuda e a não adesão ao tratamento, porque pode levar a consequências adversas, tais como recaídas e o curso crónico da doença (Blanco et al., 2008; Clement et al., 2015).

Os comportamentos de procura de ajuda estão assim associados ao tratamento atempado e eficaz, o que pode oferecer benefícios a longo prazo (Eisenberg et al., 2009).

1.5.1. Tipos de comportamento da procura de ajuda entre os estudantes universitários

A literatura tem identificado alguns grupos com prevalência elevada de perturbações mentais, entre os quais os estudantes universitários, que devem ser foco de prevenção, avaliação e intervenção (Blanco et al., 2008). A maioria dos problemas psicológicos nestes grupos pode ser tratada através de abordagens psicossociais e farmacológicas, reduzindo assim a persistência destas perturbações e das suas consequências no funcionamento normal dos indivíduos (Blanco et al., 2008).

A universidade, tal como referido anteriormente, apresenta vários desafios pelo que é necessário garantir que os jovens possam receber o apoio adequado, durante este período, para que tenham uma transição para a universidade saudável e um bom desempenho académico (Bewick et al., 2010). Além disso, a população universitária apresenta alta prevalência de doenças mentais e, apesar da maioria dos estudantes

reconhecer a necessidade de tratamento (Zivin et al., 2009), menos de metade (22,3%) procura apoio (McLafferty et al., 2017). Apesar das universidades disponibilizarem serviços que visam prevenir, identificar e tratar doenças mentais (Eisenberg et al., 2009), através de serviços de apoio gratuitos (Barnett et al., 2021; Pinho et al., 2025; Shahwan et al., 2020), os alunos do ensino superior apresentam uma das maiores lacunas no tratamento para doenças mentais (Blanco et al., 2008; Subramaniam et al., 2019), com muitos a não receberem o tratamento apropriado (Pinho et al., 2025; Zivin et al., 2009).

Um estudo revelou que 18,6% dos jovens universitários afirmavam que provavelmente nunca iriam procurar ajuda, caso necessitassem (McLafferty et al., 2017). Este facto pode estar relacionado com a falta de perceção da gravidade dos sintomas ou falta de conhecimento sobre os problemas mentais (McLafferty et al., 2017). De acordo com um relatório da Iniciativa Internacional de Estudantes Universitários da OMS sobre a saúde mental mundial (2019, citado por Conceição et al., 2022), a maior parte dos jovens referiu que hesitariam em procurar ajuda, se necessário. Na mesma linha, outros estudos referiram que apenas um em cada dez jovens universitários afirmaram que procurariam ajuda médica, caso fossem diagnosticados com alguma perturbação mental (Ahmad et al., 2021) contudo, a maioria revelou que era mais fácil procurar ajuda para os outros em vez de para si próprios (Ogorchukwu et al., 2016).

A nível mundial, a maioria dos estudantes universitários afirmou que falaria com um amigo (76,3–89,3%), procuraria psicoterapia (59,5–63,7%), procuraria consultas nos cuidados primários (48,2–58,6%) ou um psiquiatra (41,0–63,1%) (Pinho et al., 2025). Falar com membros da família também foi identificado como uma forma comum de procurar ajuda, com as mães a serem as mais citadas (Ogorchukwu et al., 2016).

O nível de procura de cuidados de saúde mental em estudantes universitários em Portugal foi de 15,1%, sendo inferior ao nível da população portuguesa em geral (35,8%) (Silva et al., 2020). Um estudo realizado em países europeus, onde se incluía Portugal verificou que apenas 23,1% dos estudantes universitários recebiam tratamento adequado (Auerbach et al., 2016), sendo que, num estudo mais recente, somente 12% dos jovens portugueses referiam utilizar aconselhamento psicológico e 54% destes consideravam este tipo de apoio útil (Cuppen et al., 2024).

Apesar de uma percentagem significativa de estudantes universitários preferirem não procurar ajuda para possíveis problemas de saúde mental, estes revelaram recorrer mais a fontes informais do que a fontes formais (Ogorchukwu et al., 2016).

O facto de os jovens preferirem o apoio informal, conversando com familiares e amigos, demonstra a importância dos pares e da rede de apoio no que diz respeito à procura de ajuda (Ahmad et al., 2021). A maioria (60%–70%) dos jovens considerava que conversar com a rede de apoio mais próxima seria útil para indivíduos com

perturbações de depressão e de ansiedade (Dev et al., 2017). Entre os que afirmaram que procurariam ajuda em fontes informais, os pais foram os mais mencionados (55,5% e 56,5%, respetivamente) (Ahmad et al., 2021). De seguida apareciam os amigos (14,7% e 16,7%, respetivamente), irmãos (8,3% e 6,3%, respetivamente), professores (3,1% e 0,7%, respetivamente) e outros familiares (1,2% e 7,1%, respetivamente) (Ahmad et al., 2021).

Embora a forma de apoio ideal identificada fosse conversar com indivíduos mais próximos, a maioria dos estudantes universitários indicou também a procura de consultas de psicologia (Pinho et al., 2025) e de psiquiatria (Dev et al., 2017). A psicoterapia foi das mais citadas, sendo que três quartos dos estudantes revelaram preferência por este tipo de procura de ajuda (Dev et al., 2017). Neste âmbito, 78% dos jovens consideravam que um psicólogo era uma boa fonte de apoio (Dev et al., 2017). Outros métodos como o relaxamento (80%) e a terapia de grupo (63%) também foram mencionados pelos jovens (Dev et al., 2017).

Quando se procurava ajuda para outros, as fontes formais de ajuda mais citadas foram os psicólogos (19,54%) (Ogorchukwu et al., 2016). Já, quando a procura de ajuda era para si próprios, estes valores eram menores (Ogorchukwu et al., 2016), com apenas 7,3% dos estudantes a afirmarem que procurariam um médico para obter ajuda, caso tivessem depressão, e apenas 11,4% procurariam a mesma ajuda, caso tivessem ansiedade (Ahmad et al., 2021). Contudo, verificou-se também que mais de um quarto dos universitários (27,7%) afirmaram que recebiam ou já tinham recebido apoio psicológico e/ou psiquiátrico (Sarmiento, 2015).

Um estudo realizado em Portugal chegou à conclusão de que cerca de metade dos jovens estudantes (51,5%) revelaram que procurariam aconselhamento psicológico através da universidade (Pinho et al., 2025). Percebeu-se também que estes tinham maior abertura a tomar medicamentos (48,5%) e a utilizar intervenções online (42,5%) ou aplicações de saúde mental (44,3%) (Pinho et al., 2025).

Estes programas de intervenção online ou aplicações móveis que ajudam na redução dos sintomas são uma opção mais recente, denominada de IMI (Karyotaki et al., 2021), que apresenta vantagens como o fácil acesso e não ter custos financeiros (Pinho et al., 2025). Em Portugal, os estudantes universitários têm demonstrado um crescente interesse pelos IMI, especialmente aqueles que não sabem onde encontrar ajuda ou que acreditam que os problemas devem ser resolvidos sozinhos (Pinho et al., 2025). Os indivíduos do género feminino, mais velhos e que não eram deslocados também estavam mais abertos a utilizar este tipo de intervenções (Pinho et al., 2025). A preferência por estas formas de procura de ajuda pode estar relacionada com barreiras que limitam ou impedem o acesso a outras formas de apoio, tais como as consultas de psicologia ou psiquiatria (Pinho et al., 2025).

Contudo, os jovens têm criticado os IMI, devido à falta de acesso direto a um profissional de saúde mental e à intervenção generalizada e sem a personalização adequada (Hadler et al., 2021), o que demonstra interesse por tipos de ajuda presencial, pelos que estes recursos devem ser reforçados e inovados para otimizar as intervenções (Pinho et al., 2025).

Os estudantes mostraram-se mais desconfortáveis com intervenções psicofarmacológicas, acreditando que são mais úteis intervenções que envolvam ter empatia com os indivíduos com problemas mentais, com a maioria dos indivíduos com sintomatologia depressiva ou ansiógena a preferir intervenções interpessoais, como o relaxamento cognitivo (80%), a psicoterapia (71%) e a terapia de grupo (63%) (Dev et al., 2017). Segundo Saraf e colaboradores (2018), menos de 5% dos jovens consideravam utilizar medicação para o tratamento de doenças psicológicas (Ahmad et al., 2021).

Em suma, a literatura tem demonstrado que a maioria dos estudantes portugueses têm disponibilidade para procurar ajuda profissional, quer através de cuidados médicos primários quer através dos programas de acompanhamento psicológico das universidades ou através de IMI (Pinho et al., 2025).

1.5.2. Barreiras na Procura de Ajuda

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde proporciona o acesso público a cuidados de saúde, nos quais se inserem os cuidados de saúde mental (Pinho et al., 2025). Apesar da disponibilidade de serviços de saúde mental, muitos indivíduos enfrentam barreiras à procura de ajuda (Soares, 2024).

A compreensão das barreiras na procura de ajuda é essencial para melhorar o tratamento de doenças mentais (Pinho et al., 2025). A literatura tem identificado diversos obstáculos para a procura de ajuda, incluindo barreiras atitudinais, estruturais (Silva et al., 2022), instrumentais ou financeiras (Queirós et al., 2021). Estas barreiras podem afetar de forma geral a população ou ser específicas de cada país ou para determinados grupos (Pinho et al., 2025).

Apesar dos estudantes universitários apresentarem uma maior taxa de problemas psicológicos do que a população em geral, relativamente poucos estudos têm tentado entender as barreiras na procura de ajuda na comunidade académica (Pinho et al., 2025). Ainda assim, as principais barreiras identificadas pelos jovens universitários são o baixo nível de literacia sobre saúde mental e serviços de apoio, a falta de acessibilidade, a confidencialidade e o receio de procurar tratamento psicológico (Clement et al., 2015). A população mais jovem, muitas vezes, não tem um conhecimento adequado do que são problemas de saúde mental ou como estes podem ser tratados, o que constitui uma barreira para a procura de ajuda (Pinho et al., 2025). Esta baixa literacia pode levar à

não identificação de sintomas ou, até mesmo, da sua gravidade, o que faz com que se normalizem e aceitem esses sintomas (Sousa et al., 2018). A falta de necessidade percebida faz com que os estudantes não procurem ajuda e, por conseguinte, apresentem mais perturbações e cada vez mais graves (Eisenberg et al., 2007).

A perspetiva estereotipada de indivíduos com doenças mentais como sendo "fracos" pode resultar em sentimentos de culpa e vergonha, inibindo assim a procura de ajuda (Shahwan et al., 2020).

Não conseguir falar com amigos nem com "desconhecidos" foi outro fator muito associado a estas barreiras junto dos estudantes com sintomas de depressão, com mais de um terço a preferir resolver os problemas de saúde mental sozinhos (Dev et al., 2017; Pinho et al., 2025). Um estudo revelou que cerca de metade dos estudantes (46,2–55,7%) indicavam a crença de que os problemas de saúde mental deviam ser tratados apenas por eles (Sousa et al., 2018). Por outro lado, os indivíduos que acreditam que se deviam resolver estes problemas sozinhos e os que não queriam falar com um estranho sobre estes temas, identificando estas questões como preponderantes no processo de procura de ajuda, eram mais propensos a utilizar intervenções online (Pinho et al., 2025). Além disso, de acordo com os resultados de Ebert e colaboradores (2019), os universitários com sintomatologia depressiva tinham mais probabilidade de lidar com os seus problemas de forma independente.

A falta de conhecimento sobre os recursos de apoio profissional de saúde mental, também tem sido identificada como uma barreira à procura de ajuda (Yang et al., 2024). Contudo, os estudantes portugueses que referiram que a incerteza sobre o local onde procurar apoio profissional era uma barreira menos importante tinham mais probabilidade de utilizar alternativas de intervenção, tais como os IMI (Pinho et al., 2025).

Cerca de metade dos estudantes universitários (43,7–58,5%) identificaram também o custo da ajuda profissional como uma barreira importante à procura de ajuda (Pinho et al., 2025). O valor das consultas elevado, parece constituir outro obstáculo à procura de apoio profissional, apesar de, no caso de Portugal, os custos dos cuidados de saúde mental estarem parcialmente subsidiados (Pinho et al., 2025). Porém, os indivíduos que consideravam os elevados valores como uma barreira à procura de ajuda eram também mais propensos a utilizar alternativas de intervenção na internet (Pinho et al., 2025). Outra forma de ultrapassar esta barreira é através da universidade, com serviços gratuitos ou subsidiados para os estudantes (Eisenberg et al., 2009).

Outro fator que parece influenciar o comportamento de procura de ajuda na maioria dos jovens estudantes (50,2–71,6%) é o longo tempo de espera para conseguir

uma consulta (Pinho et al., 2025). A percepção de falta de tempo para o tratamento também foi considerada uma barreira à procura de apoio profissional (Yang et al., 2024).

A crença de que os medicamentos apenas tratam os sintomas e não a causa da doença mental pode ser uma das razões para a o interesse acrescido face às intervenções não farmacológicas por parte dos jovens (Dev et al., 2017). Verificou-se ainda que cerca de metade dos universitários (47,7–61,0%) indicavam preocupações com os efeitos secundários da medicação (Pinho et al., 2025).

Um estudo realizado com estudantes portugueses de Medicina revelou outra questão que pode estar a impactar os comportamentos de procura de ajuda desta população, que é o autodiagnóstico de doenças mentais e, até mesmo, automedicação, muito devido ao conhecimento que adquirem sobre estes temas em aulas e ao fácil acesso a medicamentos (Sousa et al., 2018).

O comportamento de procura de ajuda pode variar também com base na presença de sintomas de saúde mental, sendo que os indivíduos com problemas de saúde mental, principalmente sintomas depressivos, apresentavam mais barreiras à procura de ajuda (Conceição et al., 2024; Pinho et al., 2025). Estas barreiras impedem muitos estudantes de receber o apoio adequado para lidar com os seus problemas psicológicos, causando desafios acrescidos para o seu sucesso académico (Soares, 2024). Deste modo, percebe-se a necessidade de combater estas barreiras, através de um maior conhecimento e acessibilidade a serviços de saúde mental (Pinho et al., 2025).

A elevada taxa de prevalência de sintomatologia depressiva e de ansiedade e o baixo nível de acompanhamento profissional demonstram a necessidade de se implementarem intervenções de sensibilização por parte das universidades para os estudantes (Sousa et al., 2018). O conhecimento dos sintomas e consequências das doenças mentais tem-se mostrado impactante nas atitudes face aos cuidados de saúde mental, tornando os jovens universitários mais propensos a procurar ajuda (Conceição et al., 2024). Assim sendo, é perceptível a importância da consciencialização sobre as doenças mentais para o aumento de comportamentos de procura de ajuda (Dev et al., 2017; McLafferty et al., 2017). Cada vez mais as universidades e, por conseguinte, mais estudantes estão a participar em intervenções neste âmbito, o que promove maiores níveis de procura de tratamentos (McLafferty et al., 2017). No caso da população académica, este crescimento da procura de ajuda tem efeitos bastante positivos, tais como a redução significativa das taxas de abandono escolar e a promoção de um ambiente universitário mais produtivo e saudável (Conceição et al., 2024).

De um modo geral, é perceptível que os serviços de apoio formais convencionais podem não ser suficientes para alguns jovens estudantes (Brandon & Payne, 2002), pelo que se deve focar na investigação sobre outras formas de procura de ajuda, de modo que

os universitários possam completar com sucesso o seu percurso académico (Bewick et al., 2010).

1.6. Relação entre crenças e comportamentos de procura de ajuda

O estigma em saúde mental tem demonstrado influenciar significativamente os comportamentos de procura de ajuda psicológica (Yang et al., 2024), levando ao evitamento do tratamento até que os problemas se tornem quase incapacitantes (Freitas et al., 2018). Contrariamente, os indivíduos com menos estigma apresentavam maiores níveis de procura de ajuda (Clement et al., 2015).

O impacto do estigma nos comportamentos de procura de cuidados de ajuda tem sido vastamente estudado na literatura (e.g. Ahmad et al., 2021; Antunes et al., 2022; Conceição et al., 2024; Eisenberg et al., 2009; Freitas et al., 2018; Queirós et al., 2021; Tan et al., 2020).

Entre os estudantes universitários verificou-se que o estigma só explicava parcialmente os níveis baixos de procura de apoio (McLafferty et al., 2017), levando muitas vezes a sofrer em silêncio e sem procurar ajuda, agravando assim os seus problemas de saúde mental e dificultando a sua recuperação (Soares, 2024). Isto demonstra o potencial dano do estigma da saúde mental, diminuindo a taxa de procura de ajuda dos indivíduos que dela necessitam, o que pode piorar o seu estado de saúde mental (Conceição et al., 2024). O estigma pode afetar, também, a necessidade de ajuda percebida e a avaliação dos custos e benefícios do tratamento, levando a um maior constrangimento associado à procura de ajuda profissional (Eisenberg et al., 2009).

Em Portugal, uma investigação realizada em 2024 pela Universidade do Porto, revelou que os jovens universitários com sintomatologia depressiva ou de ansiedade não procuravam ajuda, devido ao estigma, sendo um dos obstáculos mais identificados neste processo (Soares, 2024). Por outro lado, os estudantes universitários portugueses com menores níveis de estigma apresentavam maior abertura para a procura de ajuda profissional (Antunes et al., 2022).

De acordo com Clement e colaboradores (2015), o estigma parece influenciar a procura de ajuda de duas formas. A primeira relaciona-se com o facto de os indivíduos evitarem ser rotulados, o que faz com que não procurem os serviços de cuidados formais. Já a segunda relaciona-se com o receio de se sentirem envergonhados ou, por outras palavras, de experienciarem estigma (Shahwan et al., 2020).

Outra perspetiva defende que a relação entre o estigma e a procura de ajuda pode ser compreendida através de 5 processos, sendo estes a (1) dissonância entre a

autoidentidade preferida e identidade social e estereótipos comuns sobre saúde mental, a (2) antecipação de discriminação, a (3) preferência pela não divulgação, (4) estratégias relacionadas com o estigma utilizadas pelos indivíduos e os (5) aspetos do cuidado relacionados com o estigma que facilitam a procura de ajuda (Clement et al., 2015).

A dissonância entre a autoidentidade e identidade social dos indivíduos e os estereótipos geralmente associados a doenças mentais faz com que estes antecipem consequências negativas. Para evitar estas consequências negativas, os indivíduos preferem não contar a terceiros sobre os seus problemas, disfarçando os sintomas e impedindo a procura de ajuda (Clement et al., 2015).

Em relação aos aspetos que facilitam a procura de ajuda, identificaram-se alguns, tais como estratégias individuais (e.g. divulgação seletiva e normalização de problemas de saúde mental), aspetos relacionados com os serviços de ajuda (e.g. formas de cuidados menos estigmatizantes e serviços confidenciais) e abordagens não clínicas (e.g. cuidados baseados em conversas, centros comunitários e utilização de terminologia facilmente compreendida pela população em geral) (Clement et al., 2015).

De modo a reduzir o impacto negativo do estigma nos comportamentos de procura de ajuda, é importante compreender melhor o estigma (Freitas et al., 2018), analisando-o como parte de uma rede maior de crenças e outras restrições que inibem a procura de ajuda (Clement et al., 2015).

1.6.1. Tipos de estigma e comportamentos de procura de ajuda

Os diferentes tipos de estigma mostraram uma associação negativa com os comportamentos de procura de ajuda (Clement et al., 2015).

Em relação ao estigma percebido, este tipo de estigma mostrou-se moderado e negativamente associado à procura de ajuda (Clement et al., 2015; Conceição et al., 2022; Eisenberg et al., 2009;). Um maior nível de estigma percebido está associado a uma menor taxa de utilização de serviços de saúde, o que pode levar à deterioração da saúde mental dos indivíduos (Antunes et al., 2022). A menor adesão ao tratamento ou a interrupção do mesmo também são resultados do estigma percebido no comportamento de procura de ajuda (Eisenberg et al., 2009).

Especificamente em relação aos estudantes universitários, o estigma percebido mostrou-se relacionado com uma menor probabilidade de procurar ajuda, o que muitas vezes afeta o desempenho académico dos mesmos (Eisenberg et al., 2009).

O estigma pessoal foi significativamente associado a menos comportamentos de procura de ajuda, diminuindo a necessidade percebida, uso de medicamentos, terapia e fontes informais de apoio (Eisenberg et al., 2009).

De modo geral, pode-se afirmar que o estigma pessoal é uma das barreiras mais importantes para a procura de ajuda em todas as faixas etárias (Eisenberg et al., 2009). Isto pode dever-se ao facto dos indivíduos serem influenciados pelas suas próprias crenças e atitudes face ao tratamento de saúde mental (Eisenberg et al., 2009). O reconhecimento dos próprios problemas de saúde mental e as atitudes negativas face a indivíduos com perturbações mentais prejudicam a autoestima dos indivíduos, aumentando o estigma pessoal e diminuindo os comportamentos de procura de cuidados de apoio (Eisenberg et al., 2009).

A literatura tem percebido que não é só o estigma que influencia os comportamentos de procura de ajuda, mas os comportamentos de procura de ajuda também influenciam o estigma pessoal, na medida em que mais comportamentos de procura de ajuda estão relacionados com menores níveis deste tipo de estigma (Eisenberg et al., 2009).

Relativamente aos jovens universitários, percebeu-se por um lado que aqueles que apresentavam mais estigma pessoal tinham menos probabilidade de procurarem ajuda profissional (Eisenberg et al., 2009). Por outro lado, verificou-se que a vontade de falar com agentes do contexto académico sobre problemas de saúde mental estava negativamente associada ao estigma pessoal (Eisenberg et al., 2009).

O autoestigma também parece influenciar os comportamentos de procura de apoio, sendo referido por mais de um terço dos indivíduos (Silva et al., 2020). Verificou-se uma relação negativa entre o autoestigma e a procura de ajuda (Eisenberg et al., 2009), ou seja, este tipo de estigma está mais associado à redução da procura de ajuda (Clement et al., 2015). Isto pode dever-se à dificuldade no reconhecimento dos próprios problemas de saúde mental e na negação de necessidade de ajuda (Conceição et al., 2022) e às atitudes negativas dos indivíduos em relação aqueles com perturbações psicológicas, o que também prejudica a sua própria autoestima (Eisenberg et al., 2009).

No caso dos estudantes universitários, o autoestigma prevê as suas atitudes em relação à procura de apoio profissional, ou seja, quanto maior o autoestigma, menores os comportamentos de procura de ajuda (Yang et al., 2024).

1.6.2. Variáveis Sociodemográficas

Existem determinadas características sociodemográficas, em que o estigma parece exercer maior impacto face aos comportamentos de procura de ajuda.

Assim, os indivíduos do género masculino apresentam níveis mais elevados de estigma, comparativamente ao género feminino, e adotam menos comportamentos de procura de ajuda profissional (Clement et al., 2015; Shahwan et al., 2020).

A idade também tem consequências na relação entre o estigma e a procura de ajuda, com os mais jovens a demonstrar maiores níveis de estigma (Sousa et al., 2018) e, por conseguinte, menores comportamentos de procura de ajuda (Clement et al., 2015; Shahwan et al., 2020).

Em relação a grupos étnicos minoritários, também se percebeu uma relação, sendo que os estudantes afro-americanos (Masuda et al., 2012) e latinos (Mendoza et al., 2015) apresentam maiores níveis de estigma e atitudes mais negativas sobre o tratamento (Clement et al., 2015). Verificou-se ainda que as mulheres imigrantes apresentavam menores taxas de procura de ajuda (Freitas et al., 2018).

Fatores como o nível de educação e a área de estudo, especialmente a área de Saúde e Militar, mostraram-se dissuasores do comportamento de procura de ajuda devido ao estigma (Clement et al., 2015; Shahwan et al., 2020).

Existem ainda outras variáveis que parecem influenciar esta relação entre o estigma e a procura de ajuda, tais como a falta de necessidade percebida, a ideia de que os problemas mentais não devem ser falados com terceiros (Ogorchukwu et al., 2016) e as preocupações com a confidencialidade (Clement et al., 2015).

Por outro lado, os comportamentos de procura de ajuda relacionam-se positivamente com os níveis de literacia em saúde mental dos indivíduos, sendo o apoio social percebido e o estigma sobre a procura de apoio mediadores desta relação (Yang et al., 2024). Tendo em conta esta relação, ao reduzirem os níveis de estigma podem ocorrer mudanças nas normas subjetivas, incentivando assim a procura de ajuda por parte dos indivíduos (Conceição et al., 2024). Deste modo, fica notória a importância da literacia em saúde mental nos comportamentos de procura de ajuda, reduzindo o estigma associado a este processo (Yang et al., 2024).

No caso dos estudantes universitários, aqueles com níveis elevados de literacia em saúde mental apresentam, para além de uma maior capacidade de reconhecer doenças psicológicas, uma tendência considerável para procurar apoio, quer através de fontes formais ou informais (Yang et al., 2024).

Esta relação entre a literacia em saúde mental e a procura de ajuda tem dois principais fatores de atuação (Yang et al., 2024). Primeiramente, o conhecimento sobre saúde mental aumenta significativamente a consciencialização face aos sintomas de cada perturbação, o que incentiva os indivíduos a procurarem proativamente ajuda profissional (Yang et al., 2024). Em segundo lugar, este conhecimento também ajuda a diminuir o estigma associado às doenças mentais e aos comportamentos de procura de ajuda (Yang et al., 2024).

Outro aspeto que parece ser influenciado pela literacia em saúde mental e que favorece a procura de ajuda é a perceção de apoio social, na medida em que aumenta o

conhecimento para identificar, gerir e prevenir perturbações mentais e promove a perceção da possibilidade de autoajuda e ajuda por terceiros (Yang et al., 2024). Este aumento da perceção do apoio social ajuda os indivíduos a sentirem mais controlo sobre a sua situação e a encararem melhor as barreiras que os impedem de obter o apoio profissional necessário, demonstrando assim o papel protetor do suporte social percebido (Yang et al., 2024).

Por fim, a literacia em saúde mental promove o controlo comportamental percebido pelos indivíduos, através da diminuição do estigma associado à procura de ajuda psicológica, o que reduz sentimentos de incapacidade e medo de sofrer preconceito (Eisenberg et al., 2009; Yang et al., 2024). Deste modo, uma estratégia fundamental para melhorar a literacia em saúde mental, reduzindo assim o estigma associado às doenças mentais e aumentando os comportamentos de procura de ajuda, é a psicoeducação (Yang et al., 2024). Neste sentido, é importante também promover intervenções de combate ao estigma (Conceição et al., 2022).

Capítulo 2: Metodologia

2.1. Objetivos

Como caracterizado pela literatura, o período de transição para a vida adulta e os aspetos específicos do contexto universitário são de extrema importância para o desenvolvimento cognitivo e emocional dos indivíduos (Shahwan et al., 2020), pelo que a investigação na área da saúde mental junto desta população assume especial relevância. Assim, a presente investigação tem como objetivo principal avaliar a relação entre as crenças sobre saúde mental e as atitudes de procura de ajuda nos estudantes da Universidade da Beira Interior. Deste modo, aplicou-se um questionário sociodemográfico e dois instrumentos de auto-resposta, o ICDM e o IARPSSM, de modo a avaliar os níveis de estigma e as atitudes de procura de ajuda entre esta população.

Para além desta relação, pretendeu-se também avaliar se existiam diferenças entre as crenças sobre saúde mental e atitudes de procura de ajuda em função de variáveis sociodemográficas (idade, género, faculdade e ano de matrícula) e variáveis relacionadas com a Saúde Mental (acompanhamento psicológico, conhecer alguém com doença mental, recurso a fontes de informação e interesse em participar em programas de promoção de saúde mental).

2.2. Método

2.2.1. Questionário sociodemográfico

A primeira parte do questionário consiste num breve grupo de questões sobre algumas variáveis sociodemográficas, entre as quais o curso que frequenta e o ano letivo, a situação profissional (estudante vs. trabalhador-estudante), o sexo, a idade, o estado civil, o estatuto socioeconómico e o grau de familiaridade/contacto com a doença mental. Para além disso, colocou-se uma questão sobre as principais fontes consultadas na procura de informação sobre saúde mental. Por fim, seis questões eram efetuadas sobre a probabilidade de participar num programa de promoção de saúde mental e quais as características que deveria ter o mesmo.

2.2.2. Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM) – Loureiro & Pereira, 2009

O Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM) consiste num instrumento constituído por 47 itens que pretende avaliar as crenças sobre a saúde mental junto das populações cuja língua oficial seja o Português (Loureiro et al., 2006; Loureiro & Pereira, 2009).

Cada item corresponde a uma afirmação que deve ser respondida de acordo com o nível de concordância ou discordância, através de uma escala do tipo Likert de 6 pontos, variando do “discordo completamente” a “concordo completamente” (Loureiro & Pereira, 2009).

Os itens são agrupados em 6 domínios: Incurabilidade, Reconhecimento da Doença, Doença como causa de Estigma e Discriminação, Perigosidade, Responsabilidade Individual e Doença como Condição Médica (Vaz, 2019). As pontuações de cada fator são obtidas a partir do somatório dos itens correspondentes (Loureiro et al., 2006). No que diz respeito ao primeiro domínio, está relacionado com crenças acerca da doença mental de que são crónicas e incuráveis, que tomar medicamentos cria dependência (Loureiro et al., 2006) e que os indivíduos com estes quadros clínicos não têm competências para assumir responsabilidades do foro laboral e familiar (Vaz, 2019). Relativamente ao segundo domínio, este diz respeito à aceitação da condição clínica e crença no tratamento e recuperação da doença mental (Vaz, 2019). O terceiro domínio relaciona-se com a perceção de estigma e discriminação nas relações mais próximas dos indivíduos com doenças psicológicas. (Vaz, 2019). Em relação ao quarto domínio, este corresponde à crença de que os indivíduos com quadros clínicos são imprevisíveis, perigosos e mais propensos à violência (Vaz, 2019) e criminalidade (Loureiro et al., 2006). O quinto domínio diz respeito à perspetiva de que os indivíduos são responsáveis pela sua saúde mental e possíveis problemas (Loureiro et al., 2006; Vaz,

2019). Por último, relativamente à sexta dimensão, este relaciona-se à crença de que a doença mental é uma condição clínica, como qualquer outra condição física, devendo-se recorrer ao tratamento médico (Vaz, 2019).

Este instrumento é de autorrelato, o que torna mais rápida a sua administração, especialmente com amostras de grande dimensão (Loureiro et al., 2006).

Relativamente aos valores da consistência interna, os dados relativos a esta característica podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1

Comparação entre o alfa de Cronbach do ICDM (literatura vs. presente estudo)

	Valores na literatura (Vaz, 2019)	Valores no estudo
Incurabilidade	,776	,762
Reconhecimento da Doença	,726	,642
Doença como causa de Estigma e Discriminação	,692	,717
Perigosidade	,667	,686
Responsabilidade Individual	-	,613
Doença como Condição Médica	,625	,503
Total	,843	,829

2.2.3. Inventário de Atitudes em Relação à Procura de Serviços de Saúde Mental (IARPSSM) - Fonseca & Canavarro, 2015

O Inventário de Atitudes em Relação à Procura de Serviços de Saúde Mental (IARPSSM) consiste numa escala de 24 itens, cujo principal objetivo é medir as atitudes face à procura de ajuda profissional, sendo o público-alvo os estudantes (Shahwan et al., 2020). A tradução para português foi realizada por Fonseca e Canavarro (2015).

Os itens correspondem a afirmações a que os indivíduos devem responder com o quanto concordam ou discordam, através de uma escala do tipo Likert de 5 pontos, variando de "discordo" a "concordo" (Shahwan et al., 2020).

O IARPSSM tem uma estrutura baseada em três domínios: Abertura Psicológica, Propensão à Busca de Ajuda e Indiferença ao Estigma (Shahwan et al., 2020; Tan et al., 2020). Estes 3 domínios correspondem aos componentes descritos por Ajzen (1991) na Teoria de Comportamento Planeado, ou seja, as atitudes, as normas subjetivas e o controlo comportamental percebido, respetivamente (Shahwan et al., 2020). O primeiro domínio diz respeito ao grau de abertura dos indivíduos para reconhecerem os seus próprios problemas psicológicos e procurar ajuda profissional (Brás et al., 2022; Fonseca

et al., 2017; Shahwan et al., 2020; Tan et al., 2020). O segundo domínio relaciona-se com a disposição e capacidade percebida dos indivíduos para procurar apoio profissional (Fonseca et al., 2017; Shahwan et al., 2020; Tan et al., 2020) e a própria inclinação pessoal para a procura de ajuda psicológica profissional (Brás et al., 2022). Por último, o terceiro domínio diz respeito à preocupação dos indivíduos com a possibilidade de outros descobrirem que procuram ajuda profissional para os seus problemas (Brás et al., 2022; Shahwan et al., 2020; Tan et al., 2020), ou seja, a preocupação com que a rede social saiba que recebem ajuda profissional para lidar com doenças mentais (Fonseca et al., 2017).

Cada um dos domínios é constituído por 8 itens, havendo alguns cuja pontuação deve ser invertida. Posteriormente, a pontuação total de cada domínio é obtida pelo somatório dos itens que a compõem (Fonseca et al., 2017; Mackenzie et al., 2004), sendo que pontuações mais altas significam uma opinião mais positiva em relação a essa dimensão específica de atitude de procura de apoio (Shahwan et al., 2020; Tan et al., 2020).

Este instrumento é de autorrelato, o que torna mais rápida a sua administração, especialmente com amostras de grande dimensão (Fonseca et al., 2017).

Relativamente à consistência interna, os dados relativos a esta característica podem ser observados na Tabela 2. Resumidamente, o IARPSSM apresenta boa consistência, à exceção do domínio Abertura Psicológica (Fonseca et al., 2017). Por outro lado, o domínio Propensão à Procura de Ajuda é o melhor preditor entre os três do uso de serviços de saúde mental (Tan et al., 2020).

Tabela 2

Comparação entre o alfa de Cronbach do IARPSSM (literatura vs. presente estudo)

	Valores na literatura (Fonseca et al., 2017)	Valores no estudo
Abertura Psicológica	,63	,746
Propensão para a Procura de Ajuda	,75	,807
Indiferença ao Estigma	,83	,833
Total	,83	,875

2.3. Procedimentos

2.3.1. Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada através de um formulário online, com recurso à ferramenta Forms da Microsoft, num período de 192 dias, tendo-se iniciado em 12 de julho e expandindo-se até 20 de dezembro de 2024.

O estudo foi previamente avaliado e autorizado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (CE-UBI-Pj-2021-075). O protocolo era composto pelo consentimento informado, onde se explicavam o estudo e os seus objetivos, as medidas de confidencialidade e os direitos dos participantes. Posteriormente, seguia-se o questionário sociodemográfico, e os dois questionários de auto-resposta, ICDM e IARPSSM. O questionário era autoadministrado, de modo a minimizar o efeito do viés de desejabilidade social, e tinha uma duração média de preenchimento entre 10 a 15 minutos.

Numa fase inicial, o formulário foi divulgado através das redes sociais e e-mail académico, de modo a chegar ao maior número de estudantes universitários possível. Na fase final da recolha de dados, optou-se pela deslocação a algumas salas de aula, consoante a disponibilidade dos docentes, para falar da investigação e solicitar a colaboração no preenchimento.

Ao longo de todo o processo, manteve-se sempre a confidencialidade dos dados, de modo a assegurar o anonimato de todos os participantes. Os participantes podiam também desistir do preenchimento do protocolo a qualquer momento, se assim o desejassem. Após a remoção das respostas inválidas, foram analisados 243 questionários.

2.3.2. Métodos Estatísticos

No presente estudo, os *scores* dos valores nos domínios e dos valores totais das escalas ICDM e IARPSSM foram obtidos através de estatísticas descritivas. Todas as análises estatísticas foram efetuadas com o auxílio do programa IBM® SPSS® Statistics, versão 30.0.0. Para a caracterização da amostra no que diz respeito aos dados sociodemográficos e às escalas, anteriormente referidas, foram calculadas várias medidas descritivas, entre as quais: média (M), desvio padrão (DP), mediana (Md) e restantes quartis (P25 e P75) para os dados quantitativos; e frequências (n) e percentagens (%) para os dados categóricos.

Para a análise univariada dos *scores* dos domínios e dos totais das escalas ICDM e IARPSSM sob o efeito de vários fatores recorreu-se ao teste t de Student para amostras independentes ou ao teste de Mann-Whitney, quando o primeiro não se mostrou adequado, devido à violação do pressuposto da normalidade, avaliada pelos testes de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors ou Shapiro-Wilk. Sempre que necessário, o pressuposto da homogeneidade das variâncias foi avaliado pelo teste de Levene.

Para a análise univariada dos *scores* dos domínios e dos totais das escalas ICDM e IARPSSM sob o efeito do fator “Faculdade” foi necessário recorrer-se a uma ANOVA

ou teste de Kruskal-Wallis, quando o primeiro não se mostrou adequado, devido à violação do pressuposto da normalidade, avaliada pelos testes de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors ou Shapiro-Wilk, ou homogeneidade das variâncias, avaliada pelo teste de Levene. Para a ANOVA, as comparações aos pares foram efetuadas com o teste de Gabriel, que é adequado para grupos com tamanhos não equilibrados. Para o teste de Kruskal-Wallis, recorreu-se ao teste de Dunn com correção de Bonferroni.

Recorreu-se a uma MANCOVA (análise de covariância multivariada) para a análise dos *scores* totais das escalas ICDM e IARPSSM sob os efeitos do ano de matrícula (duas categorias: licenciatura e mestrado/doutoramento) e se recorreu a programas de promoção de saúde/workshops ou profissionais de saúde como fontes de informação sobre Saúde Mental, controlando-se o efeito da idade. Para a dimensão de efeito, recorreu-se ao eta quadrado parcial (η^2 parcial). Nenhum pressuposto desta análise paramétrica foi violado. Em particular, não foi violado o pressuposto da homogeneidade das matrizes de covariâncias, avaliado pelo teste M de Box, e homogeneidade dos declives, avaliada pela interação entre a covariável idade e cada um dos fatores (ano de matrícula e se recorreu a programas de promoção de saúde/workshops ou profissionais de saúde como fontes de informação de saúde mental). Novamente, os restantes pressupostos foram avaliados com os testes de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors ou Shapiro-Wilk e de Levene, anteriormente mencionados. Para cada efeito, todas as estatísticas multivariadas (“traço de Pillai”, “lambda de Wilk”, “traço de Hotelling” e “raiz maior de Roy”) resultaram no mesmo valor de prova. As comparações aos pares foram efetuadas com o teste LSD (Least Significant Difference) de Fisher (não foi necessário corrigir-se o erro tipo I, devido ao facto de somente existir uma única comparação para cada caso considerado).

Sempre que foi necessário avaliarem-se correlações entre variáveis quantitativas, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman (r_s), pois, em geral, as correlações não se mostraram tendencialmente lineares. Para a interpretação das correlações recorreu-se ao critério de Navarro e Foxcroft (2019).

Todos os testes de hipóteses foram considerados significativos quando o respetivo valor de prova (p) não excedeu o nível de significância de 5% e marginalmente significativos para p entre 5 e 10%.

2.4. Resultados

2.4.1. Participantes

Das 303 respostas ao questionário, apenas 243 foram consideradas, devido a questionários com respostas em branco. Destes 243 participantes, 66,3% eram do género feminino (n= 161) e 33,7% eram do género masculino (n= 82).

A idade média da amostra do presente estudo foi de 20 anos (M= 20,37, DP= 3,613), com as idades dos participantes compreendidas entre os 17 e os 41 anos. Quanto à nacionalidade, a maioria dos participantes eram portugueses (n= 216) com os restantes alunos provenientes de várias outras regiões do mundo (Angola, Bolívia, Brasil, Canadá, China, Colômbia, Costa Rica, Equador e Moçambique).

No que diz respeito às faculdades, 59 participantes (24,3 %) pertenciam a cursos na Faculdade de Artes e Letras, 4 participantes (1,6%) em cursos da Faculdade de Ciências, 80 participantes (32,9%) em cursos na Faculdade de Ciências da Saúde, 15 participantes (6,2%) em cursos da Faculdade de Engenharia e 85 participantes (35,0%) em cursos da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Das 5 faculdades da UBI, optou-se por agrupar a Faculdade de Ciências e de Engenharia por questões de validade de análise estatística, uma vez que ambas apresentavam poucos participantes e devido à sua maior semelhança em termos de cursos lecionados.

Em relação ao ano de matrícula, 184 participantes (75,7%) estavam inscritos numa licenciatura, 54 dos participantes (22,2%) num mestrado e os restantes 5 participantes (2,1%) num doutoramento. Decidiu-se agrupar os participantes a frequentar um mestrado ou um doutoramento por questões de validade de análise estatística, já que ambos apresentavam um número reduzido de participantes e devido a facilitar a compreensão entre a diferença de crenças e comportamentos relacionados com a Saúde Mental entre os recém-alunos universitários e os estudantes com maior ano de matrícula.

A caracterização sociodemográfica da amostra do presente estudo apresenta-se na Tabela 3.

Tabela 3*Caracterização sociodemográfica da amostra (n= 243)*

		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Md</i> (P25; P75)
Idade				20,37	3,613	17	41	19 (18; 22)
Género	Feminino	161	66,3					
	Masculino	82	33,7					
Nacionalidade	Portuguesa	216	88,9					
	Outra	27	11,1					
Faculdade	Artes e Letras	59	24,3					
	Ciências da Saúde	80	32,9					
	Ciências e Engenharia	19	7,8					
	Ciências Sociais e Humanas	85	35,0					
Ano de Matrícula	Licenciatura	184	75,7					
	Mestrado e Doutoramento	59	24,3					

Foi possível ainda observar que cerca de 24% dos participantes (n= 59) estavam, na altura do inquérito, a receber acompanhamento psicológico e que a maioria dos participantes (n= 191, 78,6%) revelou ter conhecimento de alguém com diagnóstico de doença mental.

No que diz respeito à procura de fontes de informação sobre saúde mental, a maior parte dos participantes recorria a, pelo menos, uma fonte (n= 240, 98,8%). Entre estas fontes encontravam-se os familiares, amigos, filmes, séries, motores de pesquisa, redes sociais, programas de promoção de saúde mental/workshops e profissionais de saúde. Por questões de validade de análise estatística, optou-se por agrupar estas fontes por proximidade temática, ou seja, familiares e amigos, filmes e séries, motores de pesquisa e redes sociais e programas de promoção de saúde/workshops e profissionais de saúde.

Por último, grande parte dos participantes (n= 191, 78,6%) tinham intenção de participar em Programas de Promoção de Saúde Mental.

A caracterização da amostra do presente estudo face às variáveis relacionadas com a Saúde Mental apresenta-se na Tabela 4.

Tabela 4*Caracterização da amostra em termo das variáveis relacionadas com a Saúde Mental (n= 243)*

		n	%
Em acompanhamento psicológico	Sim	59	24,3
	Não	184	75,7
Conhecer alguém com doença mental	Sim	191	78,6
	Não	52	21,4
Recorrer a fontes de procura de informação	Sim	240	98,8
	Não	3	1,2
Intenção em participar em Programas de promoção de Saúde Mental	Sim	191	78,6
	Não	52	21,4

De ressaltar que, apesar diferença entre o número de participantes que responderam “Sim” e “Não” nas variáveis “Em acompanhamento psicológico”, “Conhecer alguém com doença mental” e “Intenção em participar em Programas de Promoção de Saúde Mental”, assegurou-se a validade estatística e, tendo em conta os resultados obtidos, optou-se por manter a análise dos mesmos (ver secção 2.4.3.2).

2.4.2. Análise descritiva

2.4.2.1. Caracterização dos participantes de acordo com o ICDM

Na Tabela 5, podem-se observar os resultados dos domínios e valor total do ICDM na amostra.

Quanto ao domínio Incurabilidade, o valor obtido estava acima da média ($M=27,54$ v. $M= 17,50$), demonstrando um nível considerável de crenças relacionadas com a incurabilidade, isto é, um prognóstico pouco favorável face às doenças mentais.

No domínio Reconhecimento da Doença, o valor obtido estava ligeiramente acima da média ($M=47,95$ v. $M= 42,00$), o que revela um nível aceitável de reconhecimento de doenças do foro psicológico e do seu tratamento eficaz.

Em relação ao domínio Doença como causa de Estigma e Discriminação, o valor obtido estava bastante abaixo da média ($M=14,88$ v. $M=28,00$), revelando assim uma visão de que os indivíduos com doenças mentais não sofrem estigma e discriminação por parte da sociedade.

No que diz respeito ao domínio Perigosidade, o valor obtido era inferior à média ($M=18,32$ v. $M=24,50$), o que significa que, em geral, os participantes deste estudo não viam os indivíduos com psicopatologias como imprevisíveis e violentos.

Quanto ao domínio Responsabilidade Individual, o valor obtido era ligeiramente inferior à média ($M=15,30$ v. $M=16,50$), mostrando assim que os participantes não culpabilizam os indivíduos pelas suas condições clínicas.

De acordo com o domínio Doença como Condição Médica, os valores obtidos encontravam-se acima da média ($M=22,56$ v. $M=20,50$), o que demonstra que as doenças mentais são vistas pelos participantes como qualquer outra doença física.

Por fim, o valor total estava abaixo da média ($M=146,56$ v. $M=184,00$), revelando assim que, de modo geral, os participantes do estudo demonstraram uma perspectiva favorável face às doenças mentais.

Tabela 5
Caracterização da amostra de acordo com a escala ICDM ($n=243$)

ICDM	Total $n=243$
<hr/>	
Incurabilidade	
<i>M (DP)</i>	27,54 (7, 46)
Mín.; Máx.	10; 60
Reconhecimento da Doença	
<i>M (DP)</i>	47,95 (5,64)
Mín.; Máx.	24; 60
Doença como causa de Estigma e Discriminação	
<i>M (DP)</i>	14,88 (5,17)
Mín.; Máx.	8; 48
Perigosidade	
<i>M (DP)</i>	18,32 (5,26)
Mín.; Máx.	7; 42
Responsabilidade Individual	
<i>M (DP)</i>	15,30 (4,27)
Mín.; Máx.	6; 27
Doença como Condição Médica	
<i>M (DP)</i>	22, 56 (3,14)
Mín.; Máx.	11; 30
Total	
<i>M (DP)</i>	146,56 (18,86)
Mín.; Máx.	105; 263
<hr/>	

2.4.2.2. Caracterização dos participantes de acordo com o IARPSSM

Na Tabela 6, podem-se observar os resultados dos domínios e valor total do IARPSSM na amostra.

No domínio Abertura Psicológica, o valor obtido foi superior à média ($M=20,99$ v. $M=18,00$), o que significa que que uma abertura dos participantes para reconhecerem possíveis problemas psicológicos e para procurarem ajuda profissionais.

No que diz respeito ao domínio Propensão para a Procura de Ajuda, o valor obtido foi maior do que a média ($M=23,88$ v. $M=19,00$), demonstrando assim uma maior motivação para procurar ajuda, caso necessário.

Quanto à Indiferença ao estigma, o valor obtido foi superior à média ($M=26,83$ v. $M=20,00$), o que revela que os participantes têm visões favoráveis sobre os indivíduos com doenças mentais.

Por último, o valor total estava acima da média ($M=71,70$ v. $M=62,00$), mostrando assim uma tendência positiva para reconhecer possíveis doenças e utilizar os cuidados de saúde, quando deparados com problemas psicológicos.

Tabela 6

Caracterização da amostra de acordo com a escala IARPSSM ($n=243$)

IARPSSM	Total n=243
Abertura Psicológica	
<i>M (DP)</i>	20,99 (6,01)
Mín.; Máx.	4; 32
Propensão para a Procura de Ajuda	
<i>M (DP)</i>	23,88 (5,94)
Mín.; Máx.	6; 32
Indiferença ao Estigma	
<i>M (DP)</i>	26,83 (5,38)
Mín.; Máx.	8; 32
Total	
<i>M (DP)</i>	71,70 (13,80)
Mín.; Máx.	28; 96

2.4.3. Análise Inferencial

2.4.3.1. ICDM e características sociodemográficas

A Tabela 7 está relacionada com o efeito da idade nos *scores* obtidos nos domínios e valor total do ICDM.

Quanto à idade, observou-se uma correlação fraca e negativa, mas estatisticamente significativa, com o domínio Incurabilidade ($rs= -,257$, $p< ,001$). Em relação aos domínios Perigosidade, Doença como Condição Médica e total,

verificaram-se correlações residuais sob o efeito da idade ($r_s = -,194, p = ,002$; $r_s = ,151, p = ,018$; $r_s = -,171, p = ,008$, respetivamente).

Tabela 7

Correlação entre a Idade e os domínios do ICDM ($n = 243$)

ICDM	Idade	
	Coefficiente correlação Spearman	<i>p</i>
Incurabilidade	-,257	<,001**
Reconhecimento da Doença	,078	,226
Doença como causa de Estigma e Discriminação	-,109	,090
Perigosidade	-,194	,002*
Responsabilidade Individual	-,031	,629
Doença como Condição Médica	,151	,018*
Total	-,171	,008*

* $p < ,05$

** $p < ,01$

A Tabela 8 diz respeito ao efeito do género nos *scores* obtidos nos domínios e valor total do ICDM.

Em relação ao género, verificou-se que os participantes do género feminino obtiveram uma média maior no *score* do domínio Doença como Condição Médica ($M = 22,98$ ($DP = 2,67$) vs. $M = 21,76$ ($DP = 3,78$)). Para este domínio, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre as médias dos *scores* dos géneros ($t(123) = 2,608, p = ,010$).

Já os participantes do género masculino obtiveram médias mais elevadas nos *scores* dos domínios Doença como causa de Estigma e Discriminação ($M = 16,43$ ($DP = 6,82$) vs. $M = 14,10$ ($DP = 3,88$)), Perigosidade ($M = 19,68$ ($DP = 5,88$) vs. $M = 17,62$ ($DP = 4,78$)), Responsabilidade Individual ($M = 17,38$ ($DP = 4,52$) vs. $M = 14,25$ ($DP = 3,73$)) e total ($M = 151,41$ ($DP = 22,30$) vs. $M = 144,08$ ($DP = 16,36$)). Para estes domínios e total, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos *scores* dos dois géneros ($t(108) = -2,862, p = ,005$; $t(241) = -2,935, p = ,004$; $t(241) = -5,747, p < ,001$; $t(127) = -2,638, p = ,009$; respetivamente).

No caso dos domínios Incurabilidade e Reconhecimento da Doença, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas sob o efeito do género (ver Tabela 8).

Tabela 8*Efeito do Gênero nos domínios do ICDM*

ICDM	Gênero		<i>t</i> (df)	<i>p</i> ¹
	Feminino n= 161	Masculino n=82		
Incurabilidade			-1,327 (241)	,186
<i>M</i> (DP)	27,09 (6,94)	28,43 (8,35)		
Reconhecimento da Doença			,357 (123,168)	,722
<i>M</i> (DP)	48,05 (4,88)	47,74 (6,93)		
Doença como causa de Estigma e Discriminação			-2,862 (108,439)	,005*
<i>M</i> (DP)	14,10 (3,88)	16,43 (6,82)		
Perigosidade			-2,935 (241)	,004*
<i>M</i> (DP)	17,62 (4,78)	19,68 (5,88)		
Responsabilidade Individual			-5,747 (241)	<,001**
<i>M</i> (DP)	14,25 (3,73)	17,38 (4,52)		
Doença como Condição Médica			2,608 (123,346)	,010*
<i>M</i> (DP)	22,98 (2,67)	21,76 (3,78)		
Total			-2,638 (126,682)	,009*
<i>M</i> (DP)	144,08 (16,36)	151,41 (22,30)		

¹ Teste t de Student* $p < ,05$ ** $p < ,01$

A Tabela 9 corresponde ao efeito da faculdade a que os estudantes pertencem nos *scores* dos domínios e valor total do ICDM. Posteriormente, realizou-se um teste post-hoc que comparou aos pares cada faculdade, cujos resultados significativos também podem ser observados na Tabela 9.

No domínio Incurabilidade, a média dos *scores* foram maiores na faculdade de Artes e Letras ($M= 30,00$ ($DP= 6,03$)), seguida da faculdade de Ciências da Saúde ($M=28,97$ ($DP= 6,47$)), depois as faculdades de Ciências e Engenharia ($M= 26,42$ ($DP=6,69$)) e, por fim, da faculdade de Ciências Sociais e Humanas ($M= 24,73$ ($DP=8,46$)). Para este domínio, verificou-se a existência de pelo menos uma diferença estatisticamente significativa entre a média dos *scores* em função das faculdades a que os estudantes pertencem ($F= 7,924$, $p < ,001$). Das comparações aos pares, encontraram-se diferenças significativas entre média dos *scores* das faculdades de Artes e Letras e Ciências Sociais e Humanas ($p < ,001$) e entre a média dos *scores* das faculdades de Ciências da Saúde e Ciências Sociais e Humanas ($p= ,001$).

No domínio Reconhecimento da Doença, a média dos *scores* foi maior na faculdade de Ciências da Saúde ($M= 48,95$ ($DP=4,69$)), seguida da faculdade de Ciências Sociais e Humanas ($M= 48,56$ ($DP= 5,17$)), depois Ciências e Engenharia ($M= 46,53$ ($DP=5,95$)) e, por fim, a faculdade de Artes e Letras ($M= 46,15$ ($DP= 6,88$)). Para este domínio, verificou-se a existência de pelo menos uma diferença estatisticamente

significativa entre os *scores* em função das faculdades a que os estudantes pertencem ($F= 3,691$, $p= ,013$). Das comparações aos pares, somente foi encontrada uma diferença significativa entre a média dos *scores* das faculdades de Artes e Letras e Ciências da Saúde ($p= ,021$).

No domínio Doença como causa de Estigma e Discriminação, os *scores* foram maiores nas faculdades de Artes e Letras ($Md= 15,0$ (12,0; 18,0)), faculdade de Ciências da Saúde ($Md= 15,0$ (12,0; 18,0) e faculdade de Ciências e Engenharia ($Md= 15,0$ (11,0; 18,0) e, finalmente, a faculdade de Ciências Sociais e Humanas ($Md= 12,0$ (10,5; 15,0)). Para este domínio, verificou-se a existência de pelo menos uma diferença estatisticamente significativa entre os *scores* em função das faculdades a que os estudantes pertencem ($H= 12,228$, $p= ,007$). Das comparações aos pares, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os *scores* das faculdades de Artes e Letras e a Ciências Sociais e Humanas ($p= ,027$) e entre os *scores* das faculdades de Ciências da Saúde e a Ciências Sociais e Humanas ($p= ,012$).

No domínio Perigosidade, os *scores* foram maiores na faculdade de Artes e Letras ($Md= 21,0$ (18,0; 23,0)), seguida da faculdade de Ciências e Engenharia ($Md=19,0$ (15,0; 23,0)), depois a faculdade de Ciências da Saúde ($Md= 18,0$ (16,0; 21,0)) e, por fim, a faculdade de Ciências Sociais e Humanas ($Md= 16,0$ (13,0;18,0)). Para este domínio, encontrou-se a existência de pelo menos uma diferença estatisticamente significativa entre os *scores* em função das faculdades a que os estudantes pertencem ($H= 20,774$, $p< ,001$). Das comparações aos pares, somente se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre os *scores* das faculdades de Artes e Letras e a Ciências Sociais e Humanas ($p= ,001$).

No domínio Responsabilidade Individual, os *scores* foram maiores na faculdade de Ciências e Engenharia ($Md= 17,0$ (15,0; 20,0)), seguida da faculdade de Artes e Letras ($Md= 16,0$ (13,0; 18,0)) e faculdade de Ciências da Saúde ($Md= 16,0$ (13,0; 18,0)) e, por último, a faculdade de Ciências Sociais e Humanas ($Md= 14,0$ (11,0; 16,0)). Para este domínio, encontrou-se a existência de pelo menos uma diferença estatisticamente significativa entre os *scores* em função das faculdades a que os estudantes pertencem ($H= 12,953$, $p= ,005$). Das comparações aos pares, somente foi encontrada uma diferença significativa entre os *scores* das faculdades de Ciências e Engenharia e Ciências Sociais e Humanas ($p= ,025$). No caso dos *scores* das faculdades de Ciências da Saúde e Ciências Sociais e Humanas, verificou-se uma diferença marginalmente significativa ($p=,053$).

No domínio Doença como Condição Médica, a média dos *scores* foram maiores na faculdade da Ciências Sociais e Humanas ($M= 22,82$ ($DP= 2,75$), em segundo, a faculdade de Ciências da Saúde ($M= 22,70$ ($DP= 2,82$), depois, a faculdade de Artes e

Letras ($M= 22,15$ ($DP= 3,77$)) e, por último, a faculdade de Ciências e Engenharia ($M=22,11$ ($DP= 3,87$)). Para esse domínio, não foram detetadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre a média dos scores deste domínio em função das faculdades a que os estudantes pertencem ($F=,716$, $p=,543$).

No total do ICDM, os *scores* foram maiores na faculdade de Ciências da Saúde ($Md= 150,0$ (140,3; 150,0)), em segundo na faculdade de Artes e Letras ($Md= 147,0$ (139,0; 162,0)), depois na faculdade de Ciências e Engenharia ($Md= 143,0$ (130,0; 163,0)) e, finalmente, na faculdade de Ciências Sociais e Humanas ($Md= 139,0$ (126,5; 150,0)). Para o valor total, verificou-se a existência de pelo menos uma diferença estatisticamente significativa entre os *scores* do total do ICDM em função das faculdades a que os estudantes pertencem ($F= 20,999$, $p< ,001$). Das comparações entre pares de faculdades, verificaram-se diferenças significativas entre os *scores* das faculdades de Artes e Letras e Ciências Sociais e Humanas ($p= ,041$) e entre os *scores* das faculdades de Ciências da Saúde e Ciências Sociais e Humanas ($p= ,019$).

Tabela 9

Efeito da Faculdade a que os estudantes pertencem nos domínios do ICDM

ICDM	Faculdade				<i>F</i> ou <i>H</i>	<i>p</i>
	Artes e Letras n=59	Ciências da Saúde n= 80	Ciências e Engenharia n= 19	Ciências Sociais e Humanas n= 85		
Incurabilidade					29,240	<,001 ⁴
<i>M</i> (<i>DP</i>)	30,00 (6,03)	28,97 (6,47)	26,42 (6,69)	24,73 (8,46)		
<i>Md</i> (P25; P75)	30,0 (26,0; 33,0) ^a	28,0 (25,0; 34,0) ^b	25,0(22,0; 33,0)	25,0 (19,0; 29,0) ^{a b}		
Reconhecimento da Doença					3,691	,013 ³
<i>M</i> (<i>DP</i>)	46,15 (6,88)	48,95 (4,69)	46,53 (5,95)	48,56 (5,17)		
<i>Md</i> (P25; P75)	47,0 (43,0; 50,0) ^c	49,5 (46,0; 52,0) ^c	48,0 (44,0; 51,0)	48,0 (45,0; 52,0)		
Doença como causa de Estigma e Discriminação					12,228	,007 ⁴
<i>M</i> (<i>DP</i>)	15,59 (4,89) ^d	15,28 (3,99) ^c	14,84 (5,40)	14,04 (6,18) ^{d e}		
<i>Md</i> (P25; P75)	15,0 (12,0; 18,0)	15,0 (12,0; 18,0)	15,0 (11,0; 18,0)	12,0 (10,5; 15,0)		
Perigosidade					20,774	<,001 ⁴
<i>M</i> (<i>DP</i>)	20,22 (4,57) ^b	18,31 (4,05)	18,63 (4,84)	16,93 (6,35) ^b		
<i>Md</i> (P25; P75)	21,0 (18,0; 23,0)	18,0 (16,0; 21,0)	19,0 (15,0; 23,0)	16,0 (13,0; 18,0)		
Responsabilidade Individual					12,953	,005 ⁴
<i>M</i> (<i>DP</i>)	15,75 (4,12)	15,71 (4,19) ^g	16,89 (3,74) ^f	14,29 (4,40) ^{f g}		
<i>Md</i> (P25; P75)	16,0 (13,0; 18,0)	16,0 (13,0; 18,0)	17,0 (15,0; 20,0)	14,0 (11,0; 16,0)		

Doença como Condição Médica					,716	,543 ³
<i>M (DP)</i>	22,15 (3,77)	22,70 (2,82)	22,11 (3,87)	22,82 (2,75)		
<i>Md (P25; P75)</i>	23,0 (20,0; 25,0)	23,0 (21,0; 24,0)	23,0 (21,0; 25,0)	23,0 (21,0; 24,5)		
Total	149,86 (15,76)				20,999	<,001 ⁴
<i>M (DP)</i>	147,0 (139,0; 162,0)	149,93 (15,44)	145,42 (16,92)	141,34 (22,84)		
<i>Md (P25; P75)</i>	^h	150,0 (140,3; 150,0) ⁱ	143,0 (130,0; 163,0)	139,0 (126,5; 150,0) ^{h i}		

³ANOVA

⁴Teste de Kruskal-Wallis

Comparações aos pares: ^a $p < ,001$; ^b $p = ,001$; ^c $p = ,021$; ^d $p = 0,27$; ^e $p = ,012$; ^f $p = ,025$; ^g $p = ,053$; ^h $p = 0,41$; ⁱ $p = ,019$

A Tabela 10 corresponde ao efeito do ano de matrícula frequentado pelos estudantes nos *scores* dos domínios e valor total do ICDM.

Obtiveram-se *scores* médios maiores para os participantes que frequentavam uma licenciatura nos domínios Incurabilidade ($M = 28,79$ ($DP = 7,03$) *v.* $M = 23,63$ ($DP = 7,44$)), Perigosidade ($M = 19,19$ ($DP = 4,98$) *v.* $M = 15,59$ ($DP = 5,22$)), e o valor total ($M = 148,85$ ($DP = 18,56$) *v.* $M = 139,39$ ($DP = 18,11$)). Da comparação entre os graus académicos consideradas, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos *scores* destes domínios ($t(241) = -4,842$, $p < ,001$; $t(241) = 4,774$, $p < ,001$; $t(241) = 3,428$, $p < ,001$, respetivamente).

No domínio Doença como Condição Médica, os *scores* foram mais elevados nos participantes que frequentavam mestrado ou doutoramento ($Md = 24,00$ (22,0; 25,0) *vs.* $Md = 23,0$ (21,0; 24,0)). Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os *scores* do domínio Doença como Condição Médica dos graus académicos considerados ($U = 6581,0$, $p = ,013$).

Para os restantes domínios, ou seja, Reconhecimento de Doença, Doença como causa de Estigma e Discriminação e Responsabilidade Individual, não se encontraram quaisquer diferenças estatisticamente significativas sob o efeito dos graus académicos frequentados pelos estudantes (ver Tabela 10).

Tabela 10

Efeito do Ano de Matrícula frequentado pelos estudantes nos domínios do ICDM

ICDM	Ano de Matrícula		<i>t ou U</i>	<i>p</i>
	Licenciatura n= 184	Mestrado e Doutoramento n=59		
Incurabilidade			4,842 (241)	<,001 ^{1**}
<i>M (DP)</i>	28,79 (7,03)	23,63 (7,44)		
<i>Md (P25; P75)</i>	28,0 (25,0; 33,0)	23,0 (18,0; 29,0)		
Reconhecimento da Doença			5703,5	,557 ²
<i>M (DP)</i>	47,86 (5,93)	48,22 (4,66)		
<i>Md (P25; P75)</i>	48,0 (45,0; 52,0)	49,0 (46,0; 52,0)		
Doença com causa de Estigma e Discriminação			4618,5	,084 ²
<i>M (DP)</i>	15,13 (5,17)	14, (5,16)		
<i>Md (P25; P75)</i>	15,0 (11,0; 18,0)	13,0 (10,0; 18,0)		
Perigosidade			4,774 (241)	<,001 ^{1**}
<i>M (DP)</i>	19,19 (4,98)	15,59 (5,22)		
<i>Md (P25; P75)</i>	19,0 (16,0; 22,0)	16,0 (11,0; 21,0)		
Responsabilidade Individual			4664,0	,103 ²
<i>M (DP)</i>	15,53 (4,16)	14, 59 (4,56)		
<i>Md (P25; P75)</i>	16,0 (13,0; 18,0)	14,0 (11,0; 17,0)		
Doença como Condição Médica			6581,0	,013 ^{2*}
<i>M (DP)</i>	22,35 (3,07)	23,24 (3,27)		
<i>Md (P25; P75)</i>	23,0 (21,0; 24,0)	24,0 (22,0; 25,0)		
Total			3,428 (241)	<,001 ^{1**}
<i>M (DP)</i>	148,85 (18,56)	139,39 (18,11)		
<i>Md (P25; P75)</i>	147,0 (139,0; 161,0)	138,0 (124,0; 155,0)		

¹ Teste t de Student² Teste de Mann-Whitney* $p < ,05$ ** $p < ,01$

A Tabela 11 dizem respeito ao efeito do acompanhamento psicológico nos *scores* dos valores nos domínios e do valor total do ICDM.

As médias dos *scores* foram maiores nos participantes que estavam a ser acompanhados por um psicólogo no domínio Doença como Condição Médica ($M= 23,73$ ($DP= 2,43$) vs. $M= 22,19$ ($DP= 3,25$)). Neste domínio, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os *scores* daqueles que tinham *versus* não tinham acompanhamento psicológico ($t(139)= 3,881$, $p < ,001$).

Já os participantes que não estavam a ser acompanhados por um psicólogo obtiveram maiores *scores* nos domínios Doença como causa de Estigma e Discriminação e Responsabilidade Individual ($Md= 14,5$ (11,0;18,0) vs. 14,0 (10,0; 17,0); $M= 15,64$ ($DP=4,53$) vs. $M= 14,27$ ($DP= 3,17$), respetivamente). Para o acompanhamento

psicológico, encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre os *scores* nestes domínios ($U=6366,0$, $p=,045$; $t(140)= -2,573$, $p= ,011$, respetivamente).

Nos domínios Incurabilidade, Reconhecimento da Doença, Perigosidade e total não se encontraram quaisquer diferenças estatisticamente significativas sob o efeito do acompanhamento psicológico (ver Tabela 11).

Tabela 11

Efeito do Acompanhamento Psicológico nos domínios do ICDM

ICDM	Acompanhamento Psicológico		<i>t (df) ou U</i>	<i>p</i>
	Sim n= 59	Não n= 184		
Incurabilidade			5810,0	,416 ²
<i>M (DP)</i>	26,90 (6,49)	27,74 (7,75)		
<i>Md (P25; P75)</i>	26,0 (23,0; 31,0)	27,0 (23,0; 33,0)		
Reconhecimento da Doença			1,136	,258 ¹
<i>M (DP)</i>	48,54 (4,07)	47,76 (6,06)	(146,314)	
<i>Md (P25; P75)</i>	48,0 (46,0; 52,0)	48,0 (45,0; 52,0)		
Doença como causa de Estigma e Discriminação			6366,0	,045 ^{2*}
<i>M (DP)</i>	13,80 (4,66)	15,23 (5,29)		
<i>Md (P25; P75)</i>	14,0 (10,0; 17,0)	14,5 (11,0; 18,0)		
Perigosidade			-,617	,538 ¹
<i>M (DP)</i>	17,95 (5,03)	18,43 (5,34)	(241)	
<i>Md (P25; P75)</i>	18,0 (15,0; 21,0)	18,0 (15,0; 22,0)		
Responsabilidade Individual			-2,573	,011 ^{1*}
<i>M (DP)</i>	14,27 (3,17)	15,64 (4,53)	(139,883)	
<i>Md (P25; P75)</i>	14,0 (12,0; 17,0)	16,0 (13,0; 19,0)		
Doença como Condição Médica			3,881	<,001 ^{1**}
<i>M (DP)</i>	23,73 (2,43)	22,19 (3,25)	(139,130)	
<i>Md (P25; P75)</i>	24,0 (23,0; 25,0)	23,0 (21,0; 24,0)		
Total			5837,5	,383 ²
<i>M (DP)</i>	145,19 (15,16)	146,99 (19,92)		
<i>Md (P25; P75)</i>	143,0 (136,0; 153,0)	146,5 (133,0; 161,0)		

¹ Teste t de Student ² Teste de Mann-Whitney

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

A Tabela 12 diz respeito ao efeito de conhecer alguém com doenças mentais nos *scores* dos domínios e valor total do ICDM.

Observou-se que as médias de *scores* foram mais elevadas nos participantes que conheciam alguém com doenças mentais no domínio Doença como Condição Médica ($M=21,62$ ($DP=3,67$) vs. $M= 22,82$ ($DP= 2,93$)). Neste domínio, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os *scores* daqueles que afirmaram *versus* não afirmaram conhecer alguém com doenças mentais ($t(241)= 2,487$, $p=,014$).

Nos domínios Doença como causa de Estigma e Discriminação e Perigosidade, os scores foram maiores nos participantes que não conheciam ninguém com doenças mentais ($M=17,40$ ($DP=5,70$) vs. $M= 14,20$ ($DP= 4,81$); $Md= 19,5$ (16,3;22,8) vs. $Md=18,0$ (15,0; 21,0), respetivamente). Nestes domínios, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os scores daqueles que afirmaram *versus* não afirmaram conhecer alguém com doenças mentais ($t(241)= -4,087$, $p<,001$; $U=5967,5$, $p=,026$, respetivamente).

Nos domínios Incurabilidade, Reconhecimento da Doença, Responsabilidade Individual e total não se encontraram quaisquer diferenças estatisticamente significativas sob o efeito de conhecer alguém com doenças mentais (ver Tabela 12).

Tabela 12

Efeito de Conhecer alguém com doença mental nos domínios do ICDM

ICDM	Conhecer alguém com doença mental		t (df) ou U	p
	Sim n= 191	Não n= 52		
Incurabilidade			5430,5	,301 ²
M (DP)	27,33 (7,40)	28,31 (7,70)		
Md (P25; P75)	27,0 (22,0; 32,0)	28,0 (24,3; 33,8)		
Reconhecimento da Doença			1,958 (241)	,051 ¹
M (DP)	48,31 (5,43)	46,60 (6,23)		
Md (P25; P75)	48,0 (45,0; 52,0)	47,0 (44,0; 51,0)		
Doença como causa de Estigma e Discriminação			-4,087 (241)	<,001 ^{1***}
M (DP)	14,20 (4,81)	17,40 (5,70)		
Md (P25; P75)	13,0 (11,0; 17,0)	16,5 (14,3; 19,0)		
Perigosidade			5967,5	,026 ^{2*}
M (DP)	17,94 (5,13)	19,69 (5,53)		
Md (P25; P75)	18,0 (15,0; 21,0)	19,5 (16,3; 22,8)		
Responsabilidade Individual			5827,5	,055 ²
M (DP)	15,03 (4,24)	16,31 (4,28)		
Md (P25; P75)	15,0 (12,0; 18,0)	16,0 (13,0; 19,8)		
Doença como Condição Médica			2,487 (241)	,014 ^{1**}
M (DP)	22,82 (2,93)	21,62 (3,67)		
Md (P25; P75)	23,0 (21,0; 25,0)	22,0 (20,0; 24,0)		
Total			5720,0	,093 ²
M (DP)	144,0 (133,0;	149,92 (22,13)		
Md (P25; P75)	157,0)	149,0 (141,5; 160,5)		

¹ Teste t de Student ² Teste de Mann-Whitney * $p <,05$ ** $p <,01$

A Tabela 13 é relativa às correlações encontradas entre o número de fontes de informação sobre Saúde Mental e nos *scores* dos domínios e valor total do ICDM.

Verificaram-se correlações residuais, apesar de algumas serem estatisticamente significativas, entre o número de fontes de informação utilizadas e os domínios e o valor total do instrumento (ver Tabela 13).

Tabela 13

Correlação entre o Número de fontes de informação sobre Saúde Mental utilizadas e os domínios do ICDM (n=243)

ICDM	Número de fontes de informação sobre Saúde Mental utilizadas	
	Coefficiente correlação Spearman	<i>p</i>
Incurabilidade	-,190	,003**
Reconhecimento da Doença	,040	,537
Doença como causa de Estigma e Discriminação	-,169	,008**
Perigosidade	-,151	,018*
Responsabilidade Individual	-,155	,016*
Doença como Condição Médica	,130	,043*
Total	-,147	,022*

* $p < ,05$

** $p < ,01$

De seguida, analisou-se a relação que cada tipo de fontes tinha nos *scores* dos valores nos domínios e do valor total do ICDM, como pode ser observado a partir da Tabela 14 até à Tabela 16.

A maior parte dos efeitos dos diferentes tipos de fontes de informação nos domínios do instrumento não foram estatisticamente significativos.

As fontes Motores de Pesquisa ou Redes Sociais mostraram-se ser exceções nos domínios Doença como causa de Estigma e Discriminação ($t(88) = 2,191, p = ,031$) e Responsabilidade Individual ($t(241) = 2,465, p = ,014$).

Também, no que diz respeito aos Programas/Workshops ou Profissionais de Saúde como fontes de informação, estes mostraram ter um efeito estatisticamente significativos nos domínios Incurabilidade, Doença como causa de Estigma e Discriminação, Perigosidade, Responsabilidade Individual, Doença como Condição Médica e total ($t(226) = 2,750, p = ,006; U = 5568,5, p = ,006; t(241) = 2,786, p = ,006; t(241) = 2,973, p = ,003; t(162) = -3,171, p = ,002; U = 5749,0, p = ,017$, respetivamente).

Tabela 14

Efeito de recorrer a Familiares ou Amigos como fontes de informação sobre Saúde Mental nos domínios do ICDM

ICDM	Fontes de informação sobre Saúde Mental		<i>t (df) ou U</i>	<i>p</i>
	Familiares ou Amigos			
	Sim n= 137	Não n= 106		
Incurabilidade			7080,5	,739 ²
<i>M (DP)</i>	27,53 (7,84)	27,55 (6,97)		
<i>Md (P25; P75)</i>	27,0 (23,0; 32,0)	27,50 (23,0; 33,0)		
Reconhecimento da Doença			-,282 (241)	,778 ¹
<i>M (DP)</i>	48,04 (5,66)	47,83 (5,65)		
<i>Md (P25; P75)</i>	48,0 (45,0; 52,0)	48,0 (45,8; 52,0)		
Doença como causa de Estigma e Discriminação			7133,5	,814 ²
<i>M (DP)</i>	14,83 (5,27)	14,95 (5,07)		
<i>Md (P25; P75)</i>	14,0 (11,0; 18,0)	14,0 (11,0; 18,0)		
Perigosidade			-,949 (241)	,343 ¹
<i>M (DP)</i>	18,60 (5,65)	17,95 (4,71)		
<i>Md (P25; P75)</i>	18,0 (15,0; 22,0)	18,0 (15,0; 21,0)		
Responsabilidade Individual			7960,0	,197 ²
<i>M (DP)</i>	15,61 (4,55)	14,92 (3,87)		
<i>Md (P25; P75)</i>	16,0 (13,0; 19,0)	15,0 (12,0; 17,0)		
Doença como Condição Médica			-,526 (241)	,599 ¹
<i>M (DP)</i>	22,66 (3,15)	22,44 (3,13)		
<i>Md (P25; P75)</i>	23,0 (21,0; 25,0)	23,0 (21,0; 25,0)		
Total			-,664 (241)	,507 ¹
<i>M (DP)</i>	147,26 (21,02)	145,64 (15,69)		
<i>Md (P25; P75)</i>	144,0 (135,0; 158,5)	146,0 (133,0; 157,3)		

¹ Teste t de Student

² Teste de Mann-Whitney

Tabela 15

Efeito de recorrer a Motores de pesquisa ou Redes Sociais como fontes de informação sobre Saúde Mental nos valores dos domínios do ICDM

ICDM	Fontes de informação sobre Saúde Mental		<i>t (df) ou U</i>	<i>p</i>
	Motores de pesquisa ou Redes Sociais			
	Sim n= 176	Não n= 67		
Incurabilidade			5064,5	,089 ²
<i>M (DP)</i>	27,13 (6,98)	28,61 (8,54)		
<i>Md (P25; P75)</i>	27,0 (22,3; 31,0)	29,0 (24,0; 34,0)		
Reconhecimento da Doença			-5,84	,560 ¹
<i>M (DP)</i>	48,10 (5,07)	49,55 (6,96)	(93,960)	
<i>Md (P25; P75)</i>	48,0 (45,0; 52,0)	49,0 (44,0; 52,0)		
Doença como causa de Estigma e Discriminação			2,191	,031 ^{1*}
<i>M (DP)</i>	14,35 (4,37)	16,28 (6,69)	(88,249)	
<i>Md (P25; P75)</i>	14,0 (11,0; 17,0)	15,0 (12,0; 19,0)		
Perigosidade			5313,0	,233 ²
<i>M (DP)</i>	18,12 (4,95)	18,84 (5,99)		
<i>Md (P25; P75)</i>	18,0 (15,0; 21,0)	19,0 (15,0; 22,0)		
Responsabilidade Individual			2,465	,014 ^{1*}
<i>M (DP)</i>	14,89 (4,33)	16,39 (3,94)	(241)	
<i>Md (P25; P75)</i>	15,0 (12,0; 17,8)	16,0 (14,0; 19,0)		
Doença como Condição Médica			-7,22	,471 ¹
<i>M (DP)</i>	22,65 (3,03)	22,33 (3,42)	(241)	
<i>Md (P25; P75)</i>	23,0 (21,0; 25,0)	23,0 (21,0; 24,0)		
Total			4944,0	,052 ²
<i>M (DP)</i>	145,24 (17,88)	150,00 (20,98)		
<i>Md (P25; P75)</i>	144,0 (133,0; 155,0)	150,0 (136,0; 162,0)		

¹ Teste t de Student

² Teste de Mann-Whitney

* $p < ,05$

Tabela 16

Efeito de recorrer a Programas/Workshops ou Profissionais de Saúde como fontes de informação sobre Saúde Mental nos domínios do ICDM

ICDM	Fontes de informação sobre Saúde Mental		<i>t (df) ou U</i>	<i>p</i>
	Programas/Workshops ou Profissionais de Saúde			
	Sim n= 148	Não n= 95		
Incurabilidade			2,750	,006 ^{1**}
<i>M (DP)</i>	26,54 (7,87)	29,09 (6,50)	(226,212)	
<i>Md (P25; P75)</i>	26,0 (21,3; 32,0)	28,0 (25,0; 33,0)		
Reconhecimento da Doença			-1,197	,233 ¹
<i>M (DP)</i>	48,32 (4,85)	47,37 (6,68)	(157,055)	
<i>Md (P25; P75)</i>	48,0 (45,0; 52,0)	48,0 (45,0; 51,0)		
Doença como causa de Estigma e Discriminação			5568,5	,006 ^{2**}
<i>M (DP)</i>	14,21 (4,66)	15,94 (5,75)		
<i>Md (P25; P75)</i>	13,0 (11,0; 17,0)	15,0 (12,0; 18,0)		
Perigosidade			2,786	,006 ^{1**}
<i>M (DP)</i>	17,57 (5,35)	19,47 (4,92)	(241)	
<i>Md (P25; P75)</i>	17,0 (14,0; 21,0)	19,0 (16,0; 22,0)		
Responsabilidade Individual			2,973	,003 ^{1**}
<i>M (DP)</i>	14,66 (4,04)	16,31 (4,46)	(241)	
<i>Md (P25; P75)</i>	14,0 (12,0; 17,0)	16,0 (13,0; 19,0)		
Doença como Condição Médica			-3,171	,002 ^{1**}
<i>M (DP)</i>	23,09 (2,70)	21,74 (3,57)	(162,010)	
<i>Md (P25; P75)</i>	23,0 (22,0; 25,0)	22,0 (20,0; 25,0)		
Total			5749,0	,017 ^{2*}
<i>M (DP)</i>	144,40 (19,06)	149,92 (18,14)		
<i>Md (P25; P75)</i>	143,0 (131,0; 155,0)	148,0 (140,0; 161,0)		

¹ Teste t de Student

² Teste de Mann-Whitney

* $p < ,05$

** $p < ,01$

A Tabela 17 corresponde ao efeito da intenção de participar em Programas de Promoção de Saúde Mental nos *scores* dos domínios e do valor total do ICDM.

As médias de *scores* foram mais elevadas nos participantes que tinham interesse em participar em Programas de Promoção de Saúde Mental no domínio Doença como condição médica ($M=22,92$ ($DP=2,60$) vs. $M= 21,27$ ($DP= 4,39$)). Para o interesse em participar em Programas de Promoção de Saúde Mental, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os *scores* neste domínio ($t(61)= 2,583$, $p= ,012$).

Já os participantes que não tinham interesse em participar em Programas de Promoção de Saúde Mental obtiveram médias dos *scores* maiores nos domínios Doença como causa de Estigma e Discriminação, Perigosidade, Responsabilidade Individual e total ($M=16,96$ ($DP=6,86$) vs. $M= 14,32$ ($DP= 4,47$); $M=20,77$ ($DP= 5,17$) vs. $M= 17,65$ ($DP= 5,09$); $M=17,13$ ($DP= 4,14$) vs. $M= 14,81$ ($DP= 4,18$); $M= 152,13$ ($DP= 21,34$) vs. $M= 145,04$ ($DP= 17,89$), respetivamente). Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os *scores* destes domínios daqueles que afirmaram ter *versus* não ter intenção de participar em Programas de Promoção de Saúde Mental ($t(241)=-3,333$, $p < ,001$; $t(241)= -3,904$, $p < ,001$; $t(241)= -3,568$, $p < ,001$; $t(241)= -2,431$, $p = ,016$, respetivamente).

Nos domínios Incurabilidade e Reconhecimento da Doença não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas sob o efeito de querer participar em Programas de promoção de Saúde Mental (ver Tabela 17).

Tabela 17

Efeito da Intenção em participar em Programas de promoção de Saúde Mental nos domínios do ICDM

ICDM	Intenção em participar em Programas de promoção de Saúde Mental		<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i> ¹
	Sim n= 191	Não n= 52		
Incurabilidade <i>M</i> (<i>DP</i>)	27,0 (7,44)	29,27 (7,31)	-1,898 (241)	,059
Reconhecimento da Doença <i>M</i> (<i>DP</i>)	48,28 (5,15)	46,73 (7,10)	1,469 (66,274)	0,147
Doença como causa de Estigma e Discriminação <i>M</i> (<i>DP</i>)	14,32 (4,47)	16,96 (6,86)	-3,333 (241)	<,001**
Perigosidade <i>M</i> (<i>DP</i>)	17,65 (5,09)	20,77 (5,17)	-3,904 (241)	<,001**
Responsabilidade Individual <i>M</i> (<i>DP</i>)	14,81 (4,18)	17,13 (4,14)	-3,568 (241)	<,001**
Doença como Condição Médica <i>M</i> (<i>DP</i>)	22,92 (2,60)	21,27 (4,39)	2,583 (61,028)	,012*
Total <i>M</i> (<i>DP</i>)	145,04 (17,89)	152,13 (21,34)	-2,431 (241)	,016*

¹ Teste t de Student

* $p < ,05$

** $p < ,01$

2.4.3.2. IARPSSM e características sociodemográficas

A Tabela 18 está relacionada com o efeito da idade nos *scores* obtidos nos domínios e valor total do IARPSSM.

Verificou-se que a idade tinha uma correlação fraca e positiva, mas estatisticamente significativa, com o domínio Abertura Psicológica ($r_s = ,247, p < ,001$), o domínio Propensão à Procura de Ajuda ($r_s = ,200, p = ,002$) e o total ($r_s = ,219, p < ,001$).

Tabela 18

Correlação ente a Idade e os domínios do IARPSSM (n= 243)

IARPSSM	Idade	
	Coefficiente correlação Spearman	<i>p</i>
Abertura Psicológica	,247	<,001**
Propensão para a Procura de Ajuda	,200	,002*
Indiferença ao Estigma	,094	,143
Total	,219	<,001**

* $p < ,05$

** $p < ,01$

A Tabela 19 diz respeito ao efeito do género nos *scores* obtidos nos domínios e valor total do IARPSSM.

As médias dos *scores* de todos os domínios, isto é, Abertura Psicológica, Propensão à Procura Ajuda e Indiferença ao Estigma, e total foram maiores nos participantes do género feminino ($M = 22,03$ ($DP = 5,14$) vs. $M = 18,95$ ($DP = 7,03$); $M = 24,67$ ($DP = 5,53$) vs. $M = 22,32$ ($DP = 6,43$); $M = 27,50$ ($DP = 4,99$) vs. $M = 25,51$ ($DP = 5,88$); $M = 74,20$ ($DP = 12,15$) vs. $M = 66,78$ ($DP = 15,51$), respetivamente). Para todos os domínios e total do IARPSSM, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos respetivos *scores* dos géneros ($t(126) = 3,517, p < ,001$; $t(241) = 2,967, p = ,003$; $t(241) = 2,758, p = ,006$, $t(133) = 3,780, p < ,001$, respetivamente).

Tabela 19*Efeito do Gênero nos domínios do IARPSSM*

IARPSSM	Gênero		<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i> ¹
	Feminino n= 161	Masculino n=82		
Abertura Psicológica			3,517 (126,359)	<,001**
<i>M</i> (<i>DP</i>)	22,03 (5,14)	18,95 (7,03)		
Propensão para a Procura de Ajuda			2,967 (241)	,003*
<i>M</i> (<i>DP</i>)	24,67 (5,53)	22,32 (6,43)		
Indiferença ao Estigma			2,758 (241)	,006*
<i>M</i> (<i>DP</i>)	27,50 (4,99)	25,51 (5,88)		
Total			3,780 (132,974)	<,001**
<i>M</i> (<i>DP</i>)	74,20 (12,15)	66,78 (15,51)		

¹ Teste t de Student* *p* < ,05** *p* < ,01

A Tabela 20 corresponde ao efeito da faculdade a que os estudantes pertencem nos *scores* dos domínios e valor total do IARPSSM. Posteriormente, realizou-se um teste post-hoc que comparou aos pares cada faculdade, cujos resultados significativos também podem ser observados na Tabela 9.

No domínio Abertura Psicológica, os *scores* foram maiores na faculdade de Ciências Sociais e Humanas (*Md*= 24,0 (19,0;28,0)), seguida das faculdades de Artes e Letras (*Md*= 21,0 (16,0;24,5)) e de Ciências e Engenharia (*Md*= 21,0 (16,0;24,5)) e, por fim, as faculdades de Ciências da Saúde (*Md*= 20,0 (16,5;23,5)). Para este domínio, verificou-se pelo menos uma diferença estatisticamente significativa entre os *scores* em função das faculdades a que os estudantes pertencem (*H*= 14,897, *p*= ,002). Das comparações aos pares, observaram-se diferenças significativas entre os *scores* das faculdades de Artes e Letras e Ciências Sociais e Humanas (*p*= ,039) e entre os *scores* das faculdades de Ciências da Saúde e Ciências Sociais e Humanas (*p*= ,010).

No domínio Propensão à Procura de Ajuda, os *scores* foram maiores na faculdade de Ciências Sociais e Humanas (*Md*= 27,0 (24,0;30,0)), seguida da faculdade de Ciências e Engenharia (*Md*= 24,0 (17,5;27,5)), depois a faculdade de Ciências da Saúde (*Md*= 23,5 (20,0;27,0)) e, finalmente, a faculdade de Artes e Letras (*Md*= 23,0 (18,0;27,5)). Para este domínio, encontrou-se pelo menos uma diferença estatisticamente significativa entre os *scores* em função das faculdades a que os estudantes pertencem (*H*= 16,950, *p*< ,001). Das comparações aos pares, observaram-se diferenças significativas entre os *scores* das

faculdades de Artes e Letras e Ciências Sociais e Humanas ($p = ,003$) e entre os *scores* das faculdades de Ciências da Saúde e Ciências Sociais e Humanas ($p = ,017$).

No domínio Indiferença ao Estigma, as médias dos *scores* foram maiores na faculdade de Ciências Sociais e Humanas ($M = 28,34, DP = 4,77$), em segundo a faculdade de Ciências da Saúde ($M = 27,09, DP = 4,67$), depois a faculdade de Ciências e Engenharia ($M = 26,89, DP = 5,11$) e, por fim, a faculdade de Artes e Letras ($M = 24,27, DP = 6,31$). Para este domínio, verificou-se pelo menos uma diferença estatisticamente significativa entre a média dos *scores* em função das faculdades a que os estudantes pertencem ($F = 7,280, p < ,001$). Das comparações aos pares, encontraram-se diferenças significativas entre as médias dos *scores* das faculdades de Artes e Letras e Ciências da Saúde ($p = ,010$) e entre as médias dos *scores* das faculdades de Artes e Letras e Ciências Sociais e Humanas ($p < ,001$).

No total, as médias dos *scores* foram maiores na faculdade de Ciências Sociais e Humanas ($M = 77,05, DP = 12,80$), seguida da faculdade de Ciências da Saúde ($M = 70,16, DP = 12,18$), depois a faculdade de Ciências e Engenharia ($M = 69,53, DP = 13,51$) e, por último, a faculdade de Artes e Letras ($M = 66,76, DP = 15,09$). Para este domínio, observou-se pelo menos uma diferença estatisticamente significativa entre média dos *scores* em função das faculdades a que os estudantes pertencem ($F = 7,874, p < ,001$). Das comparações aos pares, verificaram-se diferenças significativas entre as médias dos *scores* das faculdades de Artes e Letras e Ciências Sociais e Humanas ($p < ,001$) e entre as médias dos *scores* das faculdades de Ciências da Saúde e Ciências Sociais e Humanas ($p = ,006$).

Tabela 20

Efeito da Faculdade a que os estudantes pertencem nos domínios do IARPSSM

IARPSSM	Faculdade				<i>F</i> ou <i>H</i>	<i>p</i>
	Artes e Letras n=59	Ciências da Saúde n=80	Ciências e Engenharia n= 19	Ciências Sociais e Humanas n=85		
Abertura Psicológica						
<i>M</i> (<i>DP</i>)		19,92 (5,45)			14,897	,002 ⁴
<i>Md</i> (P25; P75)	20,10(6,14) 21,0 (16,0; 24,5) ^a	20,0 (16,5; 23,5) ^b	20,00 (6,14) 21,0 (16,0; 24,5)	22,84(6,07) 24,0 (19,0; 28,0) ^{a b}		
Propensão para a Procura de Ajuda						
<i>M</i> (<i>DP</i>)		23,15 (5,76)			16,950	<,001 ⁴
<i>Md</i> (P25; P75)	22,39 (6,42) 23,0 (18,0; 27,5) ^c	23,5 (20,0; 27,0) ^d	22,63 (5,79) 24,0 (17,5; 27,5)	25,87 (5,32) 27,0 (24,0; 30,0) ^{c d}		
Indiferença ao Estigma						
<i>M</i> (<i>DP</i>)					7,280	<,001 ³
<i>Md</i> (P25; P75)	24,27 (6,31) ^{b c} 25,0 (21,0; 29,5)	27,09 (4,67) ^b 29,0 (24,0; 31,0)	26,89 (5,11) 28,0 (25,0; 30,5)	28,34 (4,77) ^c 30,0 (26,0; 32,0)		
Total						
<i>M</i> (<i>DP</i>)					7,874	<,001 ³
<i>Md</i> (P25; P75)	66,76 (15,09) ^c 68,0 (56,0; 78,0)	70,16 (12,18) ^f 72,0 (62,5; 79,0)	69,53 (13,51) 71,0 (58,5; 78,0)	77,05 (12,80) ^{c f} 80,0 (70,0; 85,0)		

³ANOVA⁴Teste de Kruskal-WallisComparações aos pares: ^a p=,039; ^b p= ,010; ^c p= ,003; ^d p= ,017; ^e p < ,001; ^f p= ,006

A Tabela 21 corresponde ao efeito do ano de matrícula frequentado pelos estudantes nos *scores* dos domínios e valor total do IARPSSM.

Os participantes que frequentavam um mestrado ou doutoramento obtiveram *scores* maiores no domínio Abertura Psicológica e no total ($M= 23,31$ ($DP= 5,60$) vs. $M= 20,25$ ($DP= 5,97$); $Md= 80,0$ (63,5; 86,0) vs. $Md= 73,0$ (61,5; 81,0), respetivamente). Para os graus académicos considerados, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os *scores* destes domínios ($t(241)= -3,473$, $p < ,001$; $U= 6634,0$, $p= ,010$, respetivamente).

Para os domínios Propensão à Procura de Ajuda e Indiferença ao Estigma não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os respetivos *scores* sob o efeito dos graus académicos considerados (ver Tabela 21).

Tabela 21

Efeito do Ano de Matrícula frequentado pelos estudantes nos domínios do IARPSSM

IARPSSM	Ano de Matrícula		<i>t</i> (<i>df</i>) ou <i>U</i>	<i>p</i>
	Literatura n= 184	Mestrado e Doutoramento n=59		
Abertura Psicológica			-3,473 (241)	<,001 ^{1**}
<i>M</i> (<i>DP</i>)	20,25 (5,97)	23,31 (5,60)		
<i>Md</i> (P25; P75)	21,0 (16,0; 25,0)	23,0 (19,5; 28,0)		
Propensão para a Procura de Ajuda			6118,0	,141 ²
<i>M</i> (<i>DP</i>)	23,65 (5,81)	24,58 (6,34)		
<i>Md</i> (P25; P75)	25,0 (20,0; 28,0)	27,0 (20,0; 30,0)		
Indiferença ao Estigma			6026,0	,199 ²
<i>M</i> (<i>DP</i>)	26,60 (5,46)	27,53 (5,10)		
<i>Md</i> (P25; P75)	28,0 (24,0; 31,0)	29,0 (24,5; 32,0)		
Total			6634,0	,010 ^{2*}
<i>M</i> (<i>DP</i>)	70,51 (13,42)	75,41 (14,43)		
<i>Md</i> (P25; P75)	73,0 (61,5; 81,0)	80,0 (63,5; 86,0)		

¹ Teste *t* de Student

² Teste de Mann-Whitney

* $p < ,05$

** $p < ,01$

A Tabela 22 diz respeito ao efeito do acompanhamento psicológico nos *scores* dos valores nos domínios e do valor total do IARPSSM.

Os *scores* foram maiores nos participantes que estavam a ser acompanhados por um psicólogo em todos os domínios do IARPSSM, ou seja, Abertura Psicológica, Propensão à Procura de Ajuda e Indiferença ao Estigma, e total ($M= 23,85$ ($DP= 4,34$) vs. $M= 20,08$ ($DP= 6,19$); $M=27,19$ ($DP= 4,16$) vs. $M= 22,82$ ($DP= 6,04$); $Md= 30,0$ (25,0;32,0) vs. $Md= 28,0$ (25,0; 31,0); $M=79,25$ ($DP= 10,01$) vs. $M= 69,27$ ($DP= 14,00$), respetivamente). Para o acompanhamento psicológico, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os *scores* em todos os domínios, isto é, o Abertura Psicológica ($t(140)= 5,193$, $p < ,001$), Propensão à Procura de Ajuda ($t(142)= 6,232$, $p < ,001$) Indiferença ao Estigma ($U= 4345,5$, $p= ,020$) e total ($t(137)= 6,007$, $p < ,001$).

Tabela 22*Efeito do Acompanhamento Psicológico nos domínios do IARPSSM*

IARPSSM	Acompanhamento Psicológico		<i>t (df) ou U</i>	<i>p</i>
	Sim n= 59	Não n= 184		
Abertura Psicológica			5,193 (139,664)	<,001 ^{1**}
<i>M (DP)</i>	23,85 (4,34)	20,08 (6,19)		
<i>Md (P25; P75)</i>	25,0 (21,0; 27,0)	21,0 (16,0; 25,0)		
Propensão para a Procura de Ajuda			6,232 (142,251)	<,001 ^{1**}
<i>M (DP)</i>	27,19 (4,16)	22,82 (6,04)		
<i>Md (P25; P75)</i>	28,0 (25,0; 31,0)	23,5 (19,0; 28,0)		
Indiferença ao Estigma			4345,5	,020 ^{2*}
<i>M (DP)</i>	28,22 (4,47)	26,38 (5,58)		
<i>Md (P25; P75)</i>	30,0 (25,0; 32,0)	28,0 (25,0; 31,0)		
Total			6,007 (136,574)	<,001 ^{1**}
<i>M (DP)</i>	79,25 (10,01)	69,27 (14,00)		
<i>Md (P25; P75)</i>	79,0 (74,0; 86,0)	70,5 (58,0; 81,0)		

¹ Teste t de Student² Teste de Mann-Whitney* $p < ,05$ ** $p < ,01$

A Tabela 23 diz respeito ao efeito de conhecer alguém com doenças mentais nos *scores* dos domínios e valor total do IARPSSM.

Os *scores* foram maiores nos participantes que conheciam alguém com doenças mentais nos domínios Abertura Psicológica, Indiferença ao Estigma e total ($Md=22,0$ (18,0;26,0) vs. $Md= 19,0$ (15,3; 22,8); $Md= 29,0$ (24,0;32,0) vs. $Md= 26,0$ (22,3; 30,0); $Md= 75,0$ (64,0;83,0) vs. $Md= 66,5$ (59,5; 77,0), respetivamente). Nestes domínios, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os *scores* daqueles que afirmaram *versus* não afirmaram conhecer alguém com doenças mentais ($U=3530,5$, $p=,001$; $U=3933,0$, $p=,020$; $U=3717,5$, $p=,005$, respetivamente).

A diferença entre os *scores* do domínio Propensão à Procura de Ajuda não se mostrou estatisticamente significativa sob o efeito de conhecer alguém com doença mental (ver Tabela 23).

Tabela 23

Efeito de Conhecer alguém com doença mental nos domínios do IARPSSM

IARPSSM	Conhecer alguém com doença mental		U	p ²
	Sim n= 191	Não n= 52		
Abertura Psicológica				
Md (P25; P75)	22,0 (18,0; 26,0)	19,0 (15,3; 22,8)	3530,5	,001*
Propensão à Procura de Ajuda				
Md (P25; P75)	26,0 (20,0; 29,0)	24,0 (20,0; 27,0)	4517,5	,317
Indiferença ao Estigma				
Md (P25; P75)	29,0 (24,0; 32,0)	26,0 (22,3; 30,0)	3933,0	,020*
Total				
Md (P25; P75)	75,0 (64,0; 83,0)	66,5 (59,5; 77,0)	3717,5	,005**

² Teste de Mann-Whitney* $p < ,05$ ** $p < ,01$

A Tabela 24 corresponde ao efeito da intenção de participar em Programas de Promoção de Saúde Mental nos *scores* dos domínios e do valor total do IARPSSM.

Verificou-se que as médias dos *scores* foram maiores nos participantes que tinham interesse em participar em Programas de Promoção de Saúde Mental em todos os domínios do IARPSSM, ou seja, Abertura Psicológica, Propensão para a Procura de Ajuda, Indiferença ao Estigma e total ($M=22,18$ ($DP=5,37$) vs. $M= 16,63$ ($DP= 6,30$); $M=24,68$ ($DP= 5,58$) vs. $M=20,94$ ($DP= 6,35$); $M=27,52$ ($DP= 5,02$) vs. $M= 24,29$ ($DP=5,92$); $M= 74,37$ ($DP= 12,63$) vs. $M=61,87$ ($DP= 12,63$), respetivamente). Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os *scores* destes domínios e total daqueles que afirmaram ter *versus* não ter intenção de participar ($t(241)=6,357$, $p < ,001$; $t(241)= 4,150$, $p < ,001$; $t(241)= 3,955$, $p < ,001$; $t(241)= 6,228$, $p < ,001$, respetivamente).

Tabela 24

Efeito da Intenção em participar em Programas de promoção de Saúde Mental nos domínios do IARPSSM

IARPSSM	Intenção em participar em Programas de promoção de Saúde Mental		<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i> ¹
	Sim n= 191	Não n= 52		
Abertura Psicológica			6,357 (241)	<,001**
<i>M</i> (<i>DP</i>)	22,18 (5,37)	16,63 (6,30)		
Propensão para a Procura de Ajuda			4,150 (241)	<,001**
<i>M</i> (<i>DP</i>)	24,68 (5,58)	20,94 (6,35)		
Indiferença ao Estigma			3,955 (241)	<,001**
<i>M</i> (<i>DP</i>)	27,52 (5,02)	24,29 (5,92)		
Total			6,228 (241)	<,001**
<i>M</i> (<i>DP</i>)	74,37 (12,63)	61,87 (12,63)		

¹ Teste t de Student

** $p < ,01$

2.4.3.3. ICDM e IARPSSM

A Tabela 25 corresponde às correlações entre os *scores* dos domínios e dos valores totais dos instrumentos ICDM e do IARPSSM.

Relativamente ao domínio Incurabilidade do ICDM, verificou-se uma correlação moderada, negativa e estatisticamente significativa com os domínios Abertura Psicológica ($rs = -,443, p < ,001$), Indiferença ao Estigma ($rs = -,435, p < ,001$) e total do IARPSSM ($rs = -,458, p < ,001$). No domínio Propensão de Procura de Ajuda, encontrou-se uma correlação fraca e negativa, mas estatisticamente significativa em relação ao domínio Incurabilidade ($rs = -,241, p < ,001$).

No que diz respeito ao domínio Reconhecimento da Doença do ICDM, verificou-se uma correlação fraca e positiva, mas estatisticamente significativa, com o domínio Propensão de Procura de Ajuda, ($rs = ,220, p < ,001$). Para os domínios Indiferença ao Estigma e valor total, as correlações foram residuais em relação ao domínio Reconhecimento da Doença ($rs = ,171, p = ,007$; $rs = ,177, p = ,006$, respetivamente).

Quanto ao domínio Doença como causa de Estigma e Discriminação do ICDM, verificou-se uma correlação moderada, negativa e estatisticamente significativa nos domínios Abertura Psicológica ($rs = -,412, p < ,001$), Indiferença ao Estigma ($rs = -,661, p < ,001$) e valor total do IARPSSM ($rs = -,559, p < ,001$). No domínio Propensão de Procura de Ajuda, encontrou-se uma correlação fraca e negativa, mas estatisticamente

significativa em relação ao domínio Doença como causa de Estigma e Discriminação ($rs=-,330, p< ,001$).

No que diz respeito ao domínio Perigosidade do ICDM, verificou-se uma correlação moderada, negativa e estatisticamente significativa com o domínio Indiferença ao Estigma ($rs= -,429, p< ,001$). Nos domínios Abertura Psicológica e valor total, encontrou-se uma correlação fraca e negativa, mas estatisticamente significativa ($rs= -,375, p< ,001$; $rs= ,399, p< ,001$, respetivamente). Por último, no domínio Propensão de Procura de Ajuda, percebeu-se uma correlação residual em relação ao domínio Perigosidade ($rs= -,188, p= ,003$).

Relativamente ao domínio Responsabilidade Individual do ICDM, verificou-se uma correlação fraca e negativa, mas estatisticamente significativa, nos domínios Abertura Psicológica, Indiferença ao Estigma e valor total ($rs= -,379, p<,001$; $rs= -,211, p<,001$; $rs=-,311, p<,001$, respetivamente). No domínio Propensão de Procura de Ajuda, verificou-se uma correlação residual em relação ao domínio Responsabilidade Individual ($rs= -,174, p= ,007$).

Em relação ao domínio Doença como Condição Médica, verificou-se uma correlação fraca e positiva, mas estatisticamente significativa, em todos os domínios do IARPSSM, ou seja, os domínios Abertura Psicológica, Propensão de Procura de Ajuda, Indiferença ao Estigma e total ($rs= ,273, p<,001$; $rs= ,297, p<,001$; $rs= ,268, p<,001$; $rs=,344, p<,001$, respetivamente).

Quanto ao total do ICDM, verificou-se uma correlação moderada, negativa e estatisticamente significativa nos domínios Abertura Psicológica e Indiferença ao Estigma ($rs= -,407, p<,001$; $rs= -,418, p<,001$, respetivamente). No total do IARPSSM, encontrou-se uma correlação fraca e negativa, mas estatisticamente significativa ($rs=-,398, p<,001$, respetivamente). Já, no domínio Propensão de Procura de Ajuda, identificou-se uma correlação residual em relação ao total do ICDM ($rs= -,167, p=,009$).

Tabela 25

Correlação entre os domínios do ICDM e os domínios do IARPSSM (n=243)

ICDM	IARPSSM							
	Abertura Psicológica		Propensão para a Procura de Ajuda		Indiferença ao Estigma		Total	
	Coefficiente	<i>p</i>	Coefficiente	<i>p</i>	Coefficiente	<i>p</i>	Coefficiente	<i>p</i>
	correlação Spearman		correlação Spearman		correlação Spearman		correlação Spearman	
Incurabilidade	-,443	<,001**	-,241	<,001**	-,435	<,001*	-,458	<,001**
Reconhecimento da Doença	,061	,340	0,220	<,001**	,171	,007*	,177	,006*
Doença como causa de Estigma e Discriminação	-,412	<,001**	-,330	<,001**	-,661	<,001*	-,559	<,001**
Perigosidade	-,375	<,001**	-,188	,003*	-,429	<,001*	-,399	<,001**
Responsabilidade Individual	-,379	<,001**	-,174	,007*	-,211	<,001*	-,311	<,001**
Doença como Condição Médica	,273	<,001**	,297	<,001**	,268	<,001*	,344	<,001**
Total	-,407	<,001**	-,167	,009*	-,418	<,001*	-,398	<,001**

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

2.4.3.4. MANCOVA

Posteriormente, realizou-se uma análise multivariada (MANCOVA) que revelou efeitos estatisticamente significativos dos graus académicos, da utilização de programas de promoção de saúde mental/workshops ou profissionais de saúde como fontes de informação sobre saúde mental e interação entre estes efeitos nos scores totais do ICDM e do IARPSSM, quando se controlava a idade. A Tabela 27 diz respeito aos resultados obtidos pela MANCOVA.

Em relação à idade, verificou-se que esta, por si só, teve um efeito significativo no compósito dos scores dos dois instrumentos ($p=,037$, η^2 parcial=2,8%). No entanto, esse efeito não foi estatisticamente significativo em cada escala, individualmente. Somente para a escala IARPSSM o efeito foi marginalmente significativo ($p=,051$, η^2 parcial=1,6%).

Quanto ao ano letivo em que se encontram, observou-se que este teve um efeito estatisticamente significativo no compósito dos *scores* dos dois instrumentos ($p=,036$, η^2 parcial=2,8%). Contudo, esse efeito só se mostrou estatisticamente significativo com o *score* total do ICDM ($p=,018$; η^2 parcial = 2,3%).

Encontraram-se ainda diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos *scores* ICDM total no ano letivo em que se encontram (Diferença de médias Licenciatura-Mestrado/Doutoramento=8,261, $p=,018$).

No que diz respeito ao recurso a programas de promoção de saúde mental/workshops ou profissionais de saúde como fontes de informação, verificou-se que este teve um efeito estatisticamente significativo tanto no *score* total do ICDM ($p=,004$; $\eta^2 = 3,4\%$) como no *score* total do IARPSSM ($p < ,001$; $\eta^2 = 18,5\%$), apenas individualmente.

Encontraram-se ainda diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos *scores* ICDM total nos participantes que recorriam e os que não recorriam a este tipo de fontes (Diferença de médias, Sim-Não=-8,487, $p=,004$) e diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos *scores* IARPSSM total nos participantes que recorriam e não recorriam a estas fontes (Diferença entre médias, Sim-Não=14,447, $p < ,001$).

Relativamente à interação entre o ano de matrícula e o recurso a este tipo de fontes de informação, também se encontrou um efeito estatisticamente significativo no compósito dos *scores* dos dois instrumentos ($p=,043$, η^2 parcial=2,6%). Verificou-se que a interação teve um efeito estatisticamente significativo no *score* total do ICDM ($p=,029$, $\eta^2 = 2,0\%$), mas somente marginal no *score* total do IARPSSM ($p=,060$, $\eta^2 = 1,5\%$), individualmente.

Das comparações aos pares para a interação, para os participantes que utilizavam Programas/Workshops ou Profissionais de Saúde como fontes de informação, encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa entre as médias dos *scores* ICDM total daqueles que frequentavam uma licenciatura *versus* frequentavam mestrado ou doutoramento (diferença entre médias, Licenciatura-Mestrado/Doutoramento=14,727, $p < ,001$).

Para os estudantes em mestrado/doutoramento, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre as médias dos *scores* ICDM total daqueles que recorriam a fontes de informação Programas/Workshops ou Profissionais de Saúde *versus* os que não recorriam (diferença entre médias, Sim-Não= -14,953, $p=,005$) e igualmente entre as médias dos *scores* IARPSSM total daqueles que recorriam *versus* não recorriam a estas fontes de informação (diferença entre médias, Sim-Não para Mestrado/Doutoramento=18,162, $p < ,001$).

Já para os estudantes ingressados na licenciatura, também se encontrou uma diferença estatisticamente significativa entre as médias dos scores IARPSSM total daqueles que recorriam a fontes de informação Programas/Workshops ou Profissionais de Saúde *versus* não recorriam (diferença entre médias, Sim-Não para Licenciatura=10,732, $p < ,001$).

Tabela 26

Efeitos do Ano de Matrícula e de recorrer a Programas/Workshops ou Profissionais de Saúde como fontes de informação sobre Saúde Mental nos scores totais do ICDM e IARPSSM, controlando-se a Idade (MANCOVA)

Efeito	Variável	Estatística	<i>p</i>	η^2 parcial (%)
Idade	ICDM	F(1, 238) = ,955	,329	,4
	IARPSSM	F(1, 238) = 3,859	,051	1,6
Ano de Matrícula	ICDM	F(1, 238) = 5,649	,018 ¹	2,3
	IARPSSM	F(1, 238) = ,057	,811	0,0
Fontes de Informação: Programas/Workshops ou Profissionais de Saúde	ICDM	F(1, 238) = 8,257	,004 ²	3,4
	IARPSSM	F(1, 238) = 53,987	<,001 ³	18,5
Interação (Ano de Matrícula – Fontes de Informação)	ICDM	F(1, 238) = 4,807	,029 ^{4,5}	2,0
	IARPSSM	F(1, 238) = 3,581	,060 ^{6,7}	1,5

Análise Multivariada (estatística “traço de Pillai”): Idade, $p = ,037$, η^2 parcial=2,8%; Ano de Matrícula, $p = ,036$, η^2 parcial=2,8%; Fontes de informação de saúde mental, $p < ,001$; η^2 parcial=18,6%; Interação (Ano de Matrícula - Fontes de informação de saúde mental), $p = ,043$, η^2 parcial=2,6%;¹ Diferença de médias, Licenciatura-Mestrado/Doutoramento=8,261; ² Diferença de médias, Sim-Não=-8,487; ³ Diferença entre médias, Sim-Não=14,447; ⁴ Diferença entre médias, Licenciatura-Mestrado/Doutoramento para “Sim”=14,727, $p < ,001$; ⁵ Diferença entre médias, Sim-Não para Mestrado/Doutoramento=-14,953, $p = ,005$; ⁶ Diferença entre médias, Sim-Não para Licenciatura=10,732, $p < ,001$; ⁷ Diferença entre médias, Sim-Não para Mestrado/Doutoramento=18,162, $p < ,001$; r^2 para o score ICDM = 8,3%; r^2 ajustado para o score ICDM = 6,7%; r^2 para o score IARPSSM = 24,1%; r^2 ajustado para o score IARPSSM = 22,9%.

Capítulo 3: Discussão

O presente capítulo tem como objetivo discutir os principais resultados obtidos no estudo, de forma reflexiva e com recurso à literatura existente.

Quanto aos resultados obtidos no ICDM, de um modo geral, os valores obtidos demonstraram níveis de estigma abaixo da média, com os resultados a mostrarem perspectivas favoráveis face às doenças mentais, excetuando no domínio Incurabilidade, onde os valores se encontraram acima da média. Isto vai ao encontro das explicações

definidas por Hayward e Jenifer (1997), onde se encontrava o mau prognóstico, isto é, a crença de que as doenças mentais são crónicas ou difíceis de tratar, sendo que um estudo mais recente revelou ainda que acreditar que as psicopatologias são tratáveis está associado a menores níveis de estigma (Freitas et al., 2018). Face ao nível de estigma apresentado pelos participantes, isto pode dever-se ao facto de a idade média ser de 20 anos e esta faixa etária ter sofrido bastantes melhorias nos últimos anos no que diz respeito ao tópico da Saúde Mental, tal como comprovado pela literatura (e.g. Dietrich et al., 2014; Subramaniam et al., 2017).

Em relação aos resultados obtidos no IARPSSM, também se verificou um menor nível de estigma, o que corrobora os valores obtidos pelo ICDM e a informação presente na literatura. Para além disso, percebeu-se uma maior abertura a identificar sintomas e quadros clínicos e maior interesse em procurar ajuda profissional. Face à abertura para reconhecer sintomas e doenças, a literatura tem obtido resultados divergentes, uma vez que alguns estudos notaram que o reconhecimento de ambos era baixo (Ahmad et al., 2021; Lauber et al., 2005), enquanto outros revelaram que os jovens universitários apresentam níveis elevados de reconhecimento tanto de sintomas como de doenças mentais (Dev et al., 2017). Quanto à motivação para procurar ajuda, estes dados vão ao encontro de uma investigação realizada em Portugal, onde mais de metade dos estudantes universitários mostraram interesse em recorrer a fontes de ajuda profissional (Pinho et al., 2025).

Relativamente à idade, de acordo com o presente estudo, em relação ao ICDM, pôde-se concluir que, à medida que esta vai aumentando, os participantes iam apresentando menos crenças estigmatizantes relacionadas com o domínio Incurabilidade, de forma significativa, e o domínio Perigosidade e o valor total, embora de forma residual. Por outro lado, perspetivas mais saudáveis, como as do domínio Doença como Condição Médica, mostraram-se aumentar, ao longo do tempo. Estes dados vão ao encontro da literatura mais antiga, que defende que são os mais jovens que apresentam mais crenças estigmatizantes (Eisenberg et al., 2009), contudo estudos mais recentes têm mostrado uma melhoria em relação a estas crenças junto dos mais jovens (Dietrich et al., 2014; Subramaniam et al., 2017).

No que diz respeito ao IARPSSM, percebeu-se que os participantes com maior idade apresentavam mais comportamentos saudáveis de procura de ajuda profissional, mostrando-se mais abertos e propensos à mesma, como é possível observar nos domínios Abertura Psicológica, Propensão à Procura de Ajuda e total. Deste modo, corrobora-se a literatura, onde se defende que os indivíduos mais jovens utilizam menos os serviços formais de saúde mental (Eisenberg et al., 2009; Shahwan et al., 2017). Apesar dos níveis

baixos de estigma apresentados, continua a verificar-se na literatura que os mais jovens adotam menos comportamentos de procura de ajuda (Shahwan et al., 2017; Clement et al., 2015), o que pode dever-se aos desafios relacionados com a fase transitória pela qual estão a passar, tais como questões de identidade e pressão de grupo de pares (Kroger, 2004). Assim, a deseabilidade social pode influenciar os indivíduos a não procurarem ajuda para os seus problemas psicológicos, como forma de evitar a associação a estereótipos de doença mental (Clement et al., 2015). Contudo, têm-se registados melhorias neste âmbito, devido às iniciativas implementadas pelas instituições académicas (Tan et al., 2020), o que demonstra a necessidade de continuar a promover a literacia em saúde mental junto dos estudantes mais jovens, entre as quais se inserem os estudantes universitários.

Em relação ao género, segundo o presente estudo, relativamente ao ICDM, conclui-se que os participantes do género masculino tendiam a ter uma visão mais discriminatória face aos indivíduos com doenças mentais, como se pode ver pelos domínios Doença como causa de Estigma e Discriminação, Perigosidade, Responsabilidade Individual e total. Por outro lado, os participantes do género feminino apresentavam maiores níveis no domínio Doença como Condição Médica, o que demonstra uma perspetiva mais empática e favorável face aos indivíduos com perturbações mentais. Estes dados corroboram a literatura, onde se defende que os indivíduos do género masculino apresentavam níveis de estigma mais elevados (e.g. Carvalho et al., 2024; Conceição et al., 2022; Eisenberg et al., 2009; Freitas et al., 2018; Queirós et al., 2021).

Quanto ao IARPSSM, identificou-se que os participantes do género feminino apresentavam valores mais elevados em todos os domínios e total, demonstrando maior abertura para reconhecer as próprias doenças mentais e, posteriormente, maior propensão à procura de ajuda profissional, mostrando-se pouco impactados com o estigma, o que corrobora a literatura (Conceição et al., 2022; Eisenberg et al., 2009; McLafferty et al., 2017; Shahwan et al., 2017; Shahwan et al., 2020; Yousaf et al., 2015).

Deste modo, verificou-se que os indivíduos do género masculino apresentam tanto crenças como atitudes mais estigmatizantes comparativamente com os do género feminino. Isto pode ser justificado pelas normas sociais (Chatmon et al., 2020) e estereótipos de género (Milner et al., 2018) tão presentes na sociedade atual, onde os homens tendem a ser vistos como “fortes”, o que contraria a visão preconceituosa de que os indivíduos com doenças psicológicas são “fracos” (Carvalho et al., 2024; Clement et al., 2015; Tan et al., 2020).

Quanto às faculdades que os participantes pertenciam, de acordo com o presente estudo, os indivíduos da faculdade de Artes e Letras apresentavam maiores níveis de

estigma nos domínios Incurabilidade, Doença como causa de Estigma e Discriminação e Perigosidade e níveis mais baixos no Reconhecimento da Doença. Isto vai ao encontro da literatura, onde se defende que alguns cursos, entre os quais os cursos lecionados na faculdade de Artes e Letras, apresentam níveis mais baixos de literacia em Saúde Mental (Lauber et al., 2005).

Relativamente à faculdade de Ciências da Saúde, verificaram-se valores mais elevados no domínio Reconhecimento da Doença e no valor total. Estes dados corroboram a literatura que defende que os indivíduos que frequentam cursos relacionados com a área da Saúde têm maior conhecimento sobre Saúde Mental (Lauber et al., 2005), o que pode explicar os níveis mais elevados de reconhecimento das perturbações mentais. Contudo, o valor total do ICDM demonstra um nível de estigma acima do esperado, divergindo da literatura, onde se defende que, juntamente com Psicologia, os estudantes de cursos relacionados com a área da Saúde têm níveis mais elevados de conhecimento sobre saúde mental e, deste modo, menos crenças estigmatizantes (Lauber et al., 2005).

No mesmo sentido, em relação aos participantes da faculdade de Ciências Sociais e Humanas, verificaram-se níveis mais baixos nos domínios Incurabilidade, Doença como causa de Estigma e Discriminação, Perigosidade, Responsabilidade Individual e no valor total, o que demonstra um melhor conhecimento sobre Saúde Mental. Na faculdade de Ciências Sociais e Humanas, da UBI, lecionam-se cursos como Psicologia e Sociologia que apresentam níveis mais elevados de literacia em saúde mental e, por conseguinte, níveis de estigma mais baixos (Conceição et al., 2022; Dev et al., 2017; McLafferty et al., 201) e Ciências do Desporto que apresentam níveis de estigma elevados (Carvalho et al., 2024; Conceição et al., 2022; Hayward & Jenifer, 1997). De um modo geral, de acordo com um estudo realizado na UBI, por Carvalho et al., (2024), verificou-se que os estudantes dos cursos de Ciências do Desporto, Psicologia e Sociologia apresentavam menores níveis de estigma, quando comparados com alunos de Design de Moda, exceto no domínio Perigosidade, onde os indivíduos que frequentavam Ciências do Desporto apresentavam níveis mais elevados.

Os níveis mais baixos de estigma nos estudantes de Psicologia podem ser explicados pela perspetiva mais holística e pela familiaridade com as temáticas da saúde mental, levando a uma maior empatia, uma vez que os estudantes se tornam mais conscientes das dificuldades vivenciadas por indivíduos com este tipo de condições clínicas (Carvalho et al., 2024).

No domínio da Responsabilidade Individual, os participantes das faculdades de Ciências e de Engenharia são os que apresentam valores mais elevados. Isto corrobora a literatura, onde se defende que existe um fosso no conhecimento sobre saúde mental nos

estudantes de alguns cursos lecionados nas faculdades de Ciências e de Engenharia (Lauber et al., 2005), o que pode afetar as crenças de atribuição causal das doenças mentais.

Quanto ao IARPSSM, a faculdade de Artes e Letras mostrou níveis mais baixos nos domínios Propensão à Procura de Ajuda, Indiferença ao Estigma e no valor total, o que demonstra menor motivação para procurar ajuda formal e maiores níveis de estigma. Na literatura, quando comparados com cursos da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, da UBI, o curso de Design de Moda, lecionado na faculdade de Artes e Letras, era o segundo com níveis mais baixos de propensão para procurar ajuda, apenas sendo ultrapassado pelos estudantes de Ciências de Desporto (Carvalho et al., 2024).

Os participantes da faculdade de Ciências da Saúde apresentaram níveis mais baixos no domínio Abertura Psicológica. Neste âmbito, não parecem haver dados concretos na literatura acerca da capacidade e disponibilidade dos estudantes da área da Saúde em assumirem os seus quadros clínicos de doenças psicológicas, apesar de se ter verificado que os alunos destas áreas muitas vezes se autodiagnosticam e automedicam, como forma de tratarem as suas condições psicológicas sozinhos (Sousa et al., 2018).

Por último, em relação aos participantes da faculdade de Ciências Sociais e Humanas, verificaram-se níveis mais elevados em todos os domínios do IARPSSM, o que demonstra comportamentos mais saudáveis face à procura de ajuda profissional. Isto vai ao encontro do que diz a literatura, que defende que os indivíduos dos cursos de Psicologia e Sociologia têm níveis mais elevados nos domínios do IARPSSM, excetuando o caso de Ciências de Desporto onde os níveis são mais baixos em todos os domínios (Carvalho et al., 2024). No caso dos estudantes de Psicologia, isto pode-se explicar pelos conteúdos programáticos lecionados ao longo do percurso académico, que parecem contribuir para a redução do estigma e identificação de problemas psicológicos (Carvalho et al., 2024).

Relativamente ao ano de matrícula em que se encontram, de acordo com o presente estudo, em relação ao ICDM, verificou-se que os alunos que frequentam a licenciatura apresentavam níveis mais elevados nos domínios Incurabilidade, Perigosidade e no valor total. Por outro lado, percebeu-se que uma visão mais positiva da doença é visível nos alunos de mestrado e doutoramento, como pode ser visto pelos níveis mais elevados no domínio Doença como Condição Médica. Estes resultados demonstram maiores níveis de estigma nos estudantes que frequentam anos inferiores, o que corrobora a literatura (Tan et al., 2020).

Quanto ao IARPSSM, verificou-se que os participantes que frequentavam mestrados ou doutoramentos tinham maiores níveis no domínio Abertura Psicológica e no valor total, o que demonstra maior disponibilidade em assumir os próprios quadros

clínicos de doenças psicológicas e também comportamentos mais adequados de procura de ajuda formal. Isto vai ao encontro do que descreve a literatura, uma vez que, os estudantes nos primeiros anos da universidade tinham uma maior tendência a encontrar barreiras na procura de ajuda comparativamente aos estudantes de anos mais avançados (Shahwan et al., 2020). Este facto pode relacionar-se com a faixa etária, com os mais novos, matriculados nas licenciaturas, a apresentarem maiores níveis de estigma e atitudes preconceituosas e os mais velhos, que normalmente estudam em graus mais avançados, a apresentarem níveis mais baixos de estigma, quer no que diz respeito a crenças quer a atitudes (Clement et al., 2015; Eisenberg et al., 2009; Sousa et al., 2018; Shahwan et al., 2017). O facto de a fase de transição para a vida adulta decorrer ao longo da licenciatura pode também contribuir para os níveis mais elevados de estigma nesse ano de matrícula, quando comparado com o mestrado e doutoramento, uma vez que, como visto acima, são estas camadas mais jovens que revelam maiores níveis de discriminação (Clement et al., 2015).

Face à variável Receber Acompanhamento Psicológico, verificou-se, tal como descrito na literatura, que existe uma barreira na procura de ajuda formal nos estudantes mais jovens (Blanco et al., 2008; da Conceição et al., 2024; Subramaniam et al., 2019), com apenas 24,3% dos participantes do presente estudo a revelarem ter acompanhamento psicológico.

No que diz respeito ao acompanhamento psicológico, no presente estudo, quanto ao ICDM, os participantes que não tinham acompanhamento apresentavam maiores níveis de crenças estigmatizantes, como se pode observar pelos níveis elevados nos domínios Doença como causa de Estigma e Discriminação e Responsabilidade Individual. Isto corrobora em parte a literatura, onde se refere que os indivíduos sem apoio psicológico demonstram crenças mais estigmatizantes, contudo os níveis mais elevados na literatura são verificados no domínio Perigosidade (Carvalho et al., 2024). Por outro lado, os participantes com acompanhamento psicológico apresentaram valores mais elevados no domínio Doença como Condição Médica, o que demonstra a presença de menos crenças discriminatórias face a indivíduos com doenças mentais, o que corrobora a literatura (Carvalho et al., 2024).

Em relação ao IARPSSM, observou-se que os participantes que tinham apoio profissional apresentavam melhores níveis em todos os domínios e valor total da escala, isto é, Abertura Psicológica, Propensão à Procura de Ajuda, Indiferença ao Estigma e valor total. Isto vai ao encontro do que defende a literatura, onde se afirma que a experiência anterior com serviços formais de apoio à saúde mental facilita os comportamentos de procura de ajuda (Conceição et al., 2022; Shahwan et al., 2020).

Relativamente a conhecer alguém com doenças mentais, quer sejam familiares ou outros, de acordo com o presente estudo, no que diz respeito ao ICDM, os participantes que não conheciam ninguém com problemas psicológicos tinham crenças mais estigmatizantes, como se pode constatar pelos níveis mais altos nos domínios Doença como causa de Estigma e Discriminação e Perigosidade, enquanto os participantes que conheciam alguém com doenças mentais apresentavam uma visão mais compreensiva, como pode ser observado pelos níveis obtidos no domínio Doença como Condição Médica. Estes dados corroboram a literatura, onde se defende que o contacto com indivíduos com perturbações mentais está associado a menores níveis de estigma (Hayward & Jenifer, 1997) e a falta de exposição a estes casos aumenta a discriminação (Conceição et al., 2022; Queirós et al., 2021).

No que diz respeito ao IARPSSM, os participantes que conheciam alguém com doença mental apresentavam maiores níveis nos domínios Abertura Psicológica, Indiferença ao Estigma e valor total, o que demonstra uma perspetiva mais positiva face aos indivíduos com perturbações mentais e maior tendência a comportamentos de procura de ajuda. Isto vai ao encontro da literatura, onde se percebe que os indivíduos que têm exposição a casos de doenças mentais apresentavam atitudes mais recetivas em relação à procura de ajuda (Conceição et al., 2022; Shahwan et al., 2020; Tan et al., 2020).

De um modo geral, verificou-se que os jovens que tinham familiaridade com a doença mental, quer através do contato/conhecimento com alguém diagnosticado com estes quadros clínicos quer através da experiência pessoal com problemas de saúde mental, demonstram crenças e atitudes mais positivas face à doença mental (Carvalho et al., 2024).

Relativamente o número de fontes de informação utilizadas, de acordo com o presente estudo, em relação ao ICDM, pôde-se concluir que, à medida que vão sendo utilizadas mais fontes, vão-se verificando menos crenças estigmatizantes, como pode ser visto nos domínios Incurabilidade, Doença como causa de Estigma e Discriminação, Perigosidade e Responsabilidade Individual, ainda que de forma residual. Apesar da literatura referir os principais tipos de fontes de informação utilizadas pelos jovens universitários, não se encontrou nenhum estudo que avaliasse a forma como o número de fontes utilizadas influenciava as crenças sobre saúde mental. Neste estudo, 98,8% dos participantes referiram utilizar, pelo menos, uma fonte de procura de informação e a escolha das fontes parece influenciar a forma como se desenvolvem as perspetivas sobre indivíduos com doenças mentais.

Em relação a recorrer a familiares e amigos como fontes de informação sobre saúde mental, percebeu-se que os participantes que não recorriam a este tipo de fontes apresentavam crenças mais estigmatizantes.

Relativamente à utilização de motores de pesquisa ou redes sociais, observou-se que os indivíduos que não recorrem a estes tipos de fonte de informação têm maiores níveis de estigma. A urgência sobre o tópico da Saúde Mental, na atualidade, também pode influenciar a forma como se apresenta este tipo de informação, tornando-a mais acessível, contudo esta pode nem sempre ser a mais correta, o que demonstra uma capacidade por parte dos jovens de seleção da informação pertinente e verídica, provando assim que estes, quando interessados, conseguem adquirir informações sobre a Saúde Mental.

Também foi possível observar que os participantes que recorriam à utilização de programas/workshops ou profissionais de saúde apresentavam perspectivas mais empáticas acerca dos indivíduos com perturbações psicológicas, o que reforça a necessidade de investir nestas ações de sensibilização entre os estudantes universitários.

Quanto ao interesse em participar em Programas de Promoção de Saúde Mental, no que diz respeito ao ICDM, os participantes que não mostravam interesse apresentavam uma visão mais negativa em relação aos indivíduos com doenças mentais, visto que apresentavam valores mais elevados nos domínios Doença como causa de Estigma e Discriminação, Perigosidade, Responsabilidade Individual e valor total. No caso dos participantes que tinham interesse em participar, estes demonstravam uma visão mais positiva acerca da Saúde Mental, como pode ser observado pelos valores elevados no domínio Doença como Condição Médica.

Face ao IARPSSM, também foram os estudantes que demonstraram interesse em participar em programas/workshop a apresentar uma maior tendência para a adoção de comportamentos de procura de ajuda formal, como pode ser visto pelos níveis mais elevados nos domínios Abertura Psicológica, Propensão para a Procura de Ajuda e no valor total.

Na literatura não foram encontrados estudos acerca desta relação, o que demonstra a necessidade de investigar mais sobre o tópico no futuro, de modo a tornar estes programas cada vez mais disponíveis e apelativos aos estudantes universitários, isto porque, pelos dados obtidos, estes programas parecem uma mais-valia para combater o obstáculo na procura de ajuda profissional junto da população académica.

De modo geral, relativamente à relação entre o ICDM e o IARPSSM, percebeu-se que os domínios com óticas mais negativas do ICDM, isto é, Incurabilidade, Doença como causa de Estigma e Discriminação, Perigosidade, Responsabilidade Individual e valor total, mostraram ter uma relação negativa com os domínios do IARPSSM e os

domínios com perspetivas mais saudáveis do ICDM. Assim, o Reconhecimento de Doença e Doença como Condição Médica, apresentavam uma relação positiva com os domínios do IARPSSM, o que demonstra uma relação inversamente proporcional entre o estigma e os comportamentos de procura de ajuda. Esta conclusão corrobora a literatura, que está bastante bem documentada acerca do impacto negativo do estigma nos comportamentos de procura de ajuda (Clement et al., 2015; Shahwan et al., 2020).

Por último, em relação à análise multivariada (MANCOVA), verificou-se que o ano de matrícula em que se encontram os estudantes e a utilização de programas/workshops ou profissionais de saúde mental como fontes de informação sobre saúde mental, quando se controlava a idade, apresentavam efeitos estatisticamente significativos nas crenças e atitudes de procura de ajuda psicológica.

Relativamente à idade, apesar do efeito global significativo, este efeito não se mostrou quando se analisaram as escalas individualmente, observando-se apenas um efeito marginal no IARPSSM total.

Quanto ao ano letivo em que se encontram os estudantes, este mostrou-se significativo principalmente nos resultados do ICDM, com os estudantes que frequentam uma licenciatura a apresentarem atitudes menos positivas, quando comparados aos que frequentavam um mestrado ou doutoramento. No que diz respeito à utilização de programas/workshops ou profissionais de saúde mental como fontes de informação sobre saúde mental, verificou-se que os participantes que recorriam a este tipo de fontes apresentaram scores significativamente mais elevados tanto no ICDM total quanto no IARPSSM total, o que indica crenças e atitudes mais favoráveis em relação à saúde mental.

Quanto à interação entre o ano de matrícula e o recurso a programas/workshops ou profissionais de saúde mental como fontes de informação sobre saúde mental mostrou-se significativa. Mais especificamente, percebeu-se que os estudantes que recorriam a este tipo de fontes e que frequentavam uma licenciatura apresentavam níveis mais elevados no ICDM total, isto é, maiores níveis de estigma do que aqueles que frequentavam um mestrado ou doutoramento. Porém, percebeu-se que os estudantes da licenciatura que utilizavam essas fontes apresentavam resultados mais positivos no IARPSSM total, isto é, atitudes mais positivas face à procura de ajuda profissional do que os que não utilizavam estas fontes. Já, nos estudantes que se encontravam matriculados num mestrado ou doutoramento, os que recorriam a programas/workshops ou profissionais de saúde mental como fontes de informação sobre saúde mental apresentaram scores mais baixos no ICDM total e mais elevados no IARPSSM total, comparativamente com os que não recorriam a este tipo de fontes de informação.

3.1 Contributos e Limitações

Este estudo permite uma melhor caracterização das crenças sobre saúde mental e das atitudes de procura de ajuda dos estudantes da UBI e pode ajudar no desenvolvimento de programas de promoção de saúde mental mais ajustados aos interesses dos alunos. O presente estudo mostrou-se também uma mais-valia, na medida em que muitos dos dados presentes da literatura são limitados, concentrando-se num leque restrito de cursos (Bewick et al., 2010; Conceição et al., 2022). No caso da presente investigação, optou-se por analisar os dados por faculdade e não por curso. Esta opção é importante para criar programas de promoção de saúde mais personalizados às necessidades dos estudantes a frequentarem cada faculdade.

Em relação ao questionário sociodemográfico, a informação obtida sobre alguns aspetos relacionados com a saúde mental, tais como o acompanhamento psicológico, conhecimento de alguém com doença mental, utilização de fontes de informação sobre saúde mental e interesse em participar em programas de saúde mental, mostrou-se uma vantagem, na medida em que forneceu informações importantes e pouco investigadas na literatura (Conceição et al., 2022). Além disso, no presente estudo, investigou-se a relação entre as crenças sobre saúde mental e atitudes de procura de ajuda, através da análise da correlação dos dois instrumentos (ICDM e IARPSSM) entre si, o que é outro fator que pode contribuir para aumentar o conhecimento sobre a forma como as crenças acerca de doenças mentais impactam os comportamentos de busca de ajuda.

A presente investigação ajudou, também, a entender melhor, no contexto académico da UBI, que algumas das características sociodemográficas e comportamentos no âmbito da saúde mental afetam tanto as crenças como os comportamentos de procura de ajuda dos estudantes.

Apesar dos contributos enumerados, existem algumas limitações que foram identificadas ao longo do estudo e que podem ter afetado os resultados obtidos.

A opção por uma metodologia de recolha de dados maioritariamente online pode ter constituído uma limitação, uma vez que, apesar do aumento deste tipo de pesquisas (Conceição et al., 2022), tem-se verificado que, em contexto universitário, as taxas de resposta são frequentemente mais baixas do que as dos métodos tradicionais (Conceição et al., 2024). A literatura tem mostrado também que outro motivo para os níveis baixos de adesão ao estudo pode ser o facto de os estudantes universitários não acederem tão frequentemente aos seus endereços de e-mail institucionais (Conceição et al., 2022).

Como a adesão ao questionário era voluntária, pode ter existido um viés de autosseleção (Tan et al., 2020), na medida em que os resultados obtidos podem não retratar o panorama académico de forma geral, visto que os estudantes que não responderam poderiam apresentar respostas diferentes. Neste âmbito, tem-se verificado

que tendencialmente os indivíduos com problemas de saúde mental e que não participam nestes estudos apresentam menor probabilidade de utilizar serviços de saúde mental (Eisenberg et al., 2009). Assim, não é possível generalizar os resultados obtidos do presente estudo para a população académica da UBI.

Quanto ao questionário, os próprios dados podem ser enviesados pela deseabilidade social e pela utilização de informação adicional ao próprio conhecimento (Lauber et al., 2005). A literatura também tem mostrado que a utilização de instrumentos com perguntas fechadas tem maior probabilidade de levar a visões mais positivas sobre a saúde mental, enquanto os métodos abertos e de vinheta produzem visões mais negativas (Lauber et al., 2005).

Outro aspeto que tem sido apontado é a tipologia da investigação que, como referido anteriormente, no presente estudo é transversal, uma vez que o questionário foi preenchido num determinado momento (Bewick et al., 2010). A literatura tem referido uma maior urgência na análise das crenças e comportamentos ao longo do tempo, isto é, através de estudos longitudinais (Amaro et al., 2024; Sousa et al., 2018; McLafferty et al., 2017; Shahwan et al., 2020; Zivin et al., 2009). A realização de um estudo longitudinal pode ser útil para perceber como estas características variam com o tempo, de acordo com cada variável sociodemográfica (Amaro et al., 2024; Sousa et al., 2018; McLafferty et al., 2017; Shahwan et al., 2020; Zivin et al., 2009). Esta informação pode ajudar na criação de programas de promoção de saúde mais apropriados.

Por fim, a discrepância no número de participantes de cada faculdade pode também ter afetado os resultados obtidos.

Futuras investigações devem abranger um maior número de participantes e um leque mais abrangente de cursos, para analisar as diferenças das crenças e comportamentos de procura de ajuda por curso, ao invés de por faculdade. Este facto pode constituir uma ajuda para compreender as necessidades personalizadas dos estudantes de cada curso e criar programas mais focados nessas especificidades.

Conclusão

A presente investigação demonstrou que a comunidade académica, apesar de neste estudo apresentar níveis baixos de estigma e níveis razoáveis de atitudes de procura de ajuda profissional, continua com um longo processo pela frente, de modo a melhorar estes aspetos.

É de salientar que o estigma e as atitudes variam de acordo com características sociodemográficas (e.g. idade, género, faculdade frequentada, ano de matrícula em que estão inscritos) e aspetos relacionados com a Saúde mental (e.g. acompanhamento

psicológico, conhecer alguém com psicopatologias, utilização de fontes de informação sobre saúde mental e interesse em participar em Programas de promoção de saúde mental).

Os principais resultados deste estudo revelaram que, no que diz respeito às crenças sobre saúde mental, os indivíduos mais velhos, do género feminino, matriculados num curso lecionado na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, a frequentar um mestrado ou doutoramento, que já tinham recebido acompanhamento psicológico, que conheciam alguém com doenças mentais, que utilizavam mais fontes de informação e que tinham interesse em participar em Programas de promoção de saúde mental apresentavam níveis mais baixos de estigma.

Já, em relação às atitudes e procura de ajuda, os indivíduos mais velhos, do género feminino, matriculados num curso lecionado na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, a frequentar um mestrado ou doutoramento, que já tinham recebido acompanhamento psicológico, que conheciam alguém com doenças mentais, que utilizavam mais fontes de informação e que tinham interesse em participar em Programas de promoção de saúde mental mostravam níveis mais elevados de motivação para procurar ajuda profissional.

Estes resultados são úteis não só para alcançar mais conhecimentos científicos na área como na criação de programas de promoção de saúde, na medida em que torna mais claras as necessidades específicas dos estudantes universitários, e, por conseguinte, torna estes programas mais eficazes e personalizados ao seu público-alvo.

Referências Bibliográficas

- Ahmad, A., Salve, H. R., Nongkynrih, B., Sagar, R., & Krishnan, A. (2021). Mental health literacy among adolescents: evidence from a community-based study in Delhi. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(4), 791-797. <https://doi.org/10.1177/00207640211006155>
- Amaro, P., Fonseca, C., Afonso, A., Jacinto, G., Gomes, L., Pereira, H., José H., Silva C., Lima A., Arco H., Nabais J., Lopes M., Pereira A., Fragoeiro I., & Pinho, L. G. (2024). Depression and anxiety of Portuguese university students: A cross-sectional study about prevalence and associated factors. *Depression and Anxiety*, 2024(1). <https://doi.org/10.1155/2024/5528350>
- Antunes, A., Silva, M., Azeredo-Lopes, S., Cardoso, G., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2022). Perceived stigma and discrimination among persons with mood and anxiety disorders: Results from the WHO World Mental Health Survey Portugal. *The European Journal of Psychiatry*, 36(4), 280-287. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2022.06.001>
- Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Hwang, I., Kessler, R. C., Liu, H., Mortier, P., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H.; Benjet, C., Caldas-de-Almeida, J. M., Demyttenaere, K., ... Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization world mental health surveys. *Psychological medicine*, 46(14), 2955-2970. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001665>
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2018). WHO world mental health surveys international college student project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of abnormal psychology*, 127(7), 623. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/abn0000362>

- Barnett, P., Arundell, L. L., Saunders, R., Matthews, H., & Pilling, S. (2021). The efficacy of psychological interventions for the prevention and treatment of mental health disorders in university students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders, 280*, 381-406.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.060>.
- Bewick, B., Koutsopoulou, G., Miles, J., Slaa, E., & Barkham, M. (2010). Changes in undergraduate students' psychological well-being as they progress through university. *Studies in higher education, 35*(6), 633-645.
<https://doi.org/10.1080/03075070903216643>
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B. F., Liu, S. M., & Olfson, M. (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers: results from the national epidemiologic study on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry, 65*(12), 1429-1437.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.12.1429>
- Braithwaite, S. R., Delevi, R., & Fincham, F. D. (2010). Romantic relationships and the physical and mental health of college students. *Personal relationships, 17*(1), 1-12. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2010.01248.x>
- Brás, M., Cunha, A. M., Carmo, C., & Nunes, C. (2022). Inventory of Attitudes toward Seeking Mental Health Services: Psychometric Properties among Adolescents. *Social Sciences, 11*(7), 284-296.
<https://doi.org/10.3390/socsci11070284>
- Caldas-de-Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B. B., Gago, J., Talina, M., & Silva, J. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1º Relatório*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa: Portugal.
- Carvalho, P. S., Pombal, N., Gama, J., & Loureiro, M. (2024). Mental Health Awareness: Stigma and Help-Seeking Among Portuguese College Students. *Healthcare, 12*(24), 1-12. <https://doi.org/10.3390/healthcare12242505>
- Chatmon, B. N. (2020). Males and mental health stigma. *American journal of men's health, 14*(4), 1-3. <https://doi.org/10.1177/1557988320949322>

- Chen, S. X., & Mak, W. W. (2008). Seeking professional help: Etiology beliefs about mental illness across cultures. *Journal of counseling psychology, 55*(4), 442-450. <https://doi.org/10.1037/a0012898>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan C., Rüsç N., Brown J.S.L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine, 45*(1), 11-27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Conceição, V., Rothes, I., & Gusmão, R. (2022). The association between stigmatizing attitudes towards depression and help seeking attitudes in college students. *PLoS One, 17*(2), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263622>
- Conceição, V., Mesquita, E., & Gusmão, R. (2024). Effects of a stigma reduction intervention on help-seeking behaviors in university students: A 2019-2021 randomized controlled trial. *Psychiatry Research, 331*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115673>
- Coppens, E., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Arensman, E., Coffey, C., Costa, S., Koburger, N., Gottlebe, K., Gusmão, R., O'Connor, R., Postuvan, V., Sarchiapone, M., Sisask, M., Székely, A., Feltz-Cornelis, C. V. D., & Hegerl, U. (2013). Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *Journal of affective disorders, 150*(2), 320-329. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.013>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and practice, 9*(1), 35-53. <https://doi.org/10.1093/CLIPSY.9.1.35>.
- Cuppen, J., Muja, A., & Geurts, R. (2024). Well-being and mental health among students in European higher education. *EUROSTUDENT8 module topic report*. https://www.eurostudent.eu/download_files/documents/TM_wellbeing_mentalhealth.pdf.

- Dev, A., Gupta, S., Sharma, K. K., & Chadda, R. K. (2017). Awareness of mental disorders among youth in Delhi. *Current Medicine Research and Practice*, 7(3), 84-89. <http://doi.org/10.1016/j.cmrp.2017.05.004>
- Dietrich, S., Mergl, R., & Rummel-Kluge, C. (2014). Personal and perceived stigmatization of depression: A comparison of data from the general population, participants of a depression congress and job placement officers in Germany. *Psychiatry research*, 220(1-2), 598-603. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.044> PMID:25086761
- Ebert, D. D., Mortier, P., Kahlke, F., Bruffaerts, R., Baumeister, H., Auerbach, R. P., Alonso, J., Vilagut, G., Martínez, K.U., Lochner, C., Cuijpers, P., Kuechler, A., Green, J., Hasking, P., Lapsley, C., Sampson, N.A., Kessler, R.C., & WHO World Mental Health—International College Student Initiative collaborators. (2019). Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *International journal of methods in psychiatric research*, 28(2), 1-14. <https://doi.org/10.1002/mpr.1782>.
- Eisenberg, D., Golberstein, E., & Gollust, S. E. (2007). Help-seeking and access to mental health care in a university student population. *Medical care*, 45(7), 594-601. <https://doi.org/10.1097/mlr.0b013e31803bb4c1>
- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical care research and review*, 66(5), 522-541. <http://doi.org/10.1177/1077558709335173>
- European Observatory on Health Systems and Policies (2024). *Portugal: Perfil de saúde do país 2023*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/6be7d83c-pt>
- Fonseca, A., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2017). Psychometric characteristics of the inventory of attitudes toward seeking mental health services: a study of women during the perinatal period. *Psychologica*, 60, 65-81. http://doi.org/10.14195/1647-8606_60-2_4

- Foulkes, L., & Andrews, J. L. (2023). Are mental health awareness efforts contributing to the rise in reported mental health problems? A call to test the prevalence inflation hypothesis. *New Ideas in Psychology*, 69, 1-6.
<https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2023.101010>
- Freitas, S. C., Crone, T., DeLeon, M., & Ajayi, A. (2018). Perceived and personal mental health stigma in Latino and African American college students. *Frontiers in public health*, 6, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00049>.
- Gary, F. A. (2005). Stigma: Barrier to mental health care among ethnic minorities. *Issues in mental health nursing*, 26(10), 979-999.
<https://doi.org/10.1080/01612840500280638>
- Hadler, N. L., Bu, P., Winkler, A., & Alexander, A. W. (2021). College student perspectives of telemental health: A review of the recent literature. *Current psychiatry reports*, 23(2), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01215-7>.
- Hayward P., & Jenifer A. B. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of mental health*, 6(4), 345-354.
<https://doi.org/10.1080/09638239718671>
- Instituto Nacional de Estatística. (2025, 4 de abril). *Estatísticas da saúde:2023*. Lisboa: INE 2025. Disponível na www: <url:https://www.ine.pt/xurl/pub/66625391>. ISSN 2183-1637. ISBN 978-989-25-0724-8
- Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., genannt Bermpohl, F. M., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., & Individual Patient Data Meta-Analyses for Depression (IPDMA-DE) Collaboration. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 78(4), 361-371.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4364>
- Lantyer, A. D. S., Varanda, C. C., de Souza, F. G., da Costa Padovani, R., & de Barros Viana, M. (2016). Ansiedade e qualidade de vida entre estudantes universitários ingressantes: avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(2), 4-19.
<https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i2.880>

- Lauber, C., Ajdacic-Gross, V., Fritschi, N., Stulz, N., & Rössler, W. (2005). Mental health literacy in an educational elite—an online survey among university students. *BMC Public Health*, *5*, 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-44>
- Lerner, M. J., & Miller, D. T. (1978). Just world research and the attribution process: Looking back and ahead. *Psychological bulletin*, *85*(5), 1030-1051. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.85.5.1030>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, *71*(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>.
- Loureiro, L., Dias, C., & Ferreira, P. (2006). ICDM—Um inventário de crenças acerca da doença mental. *Revista de Investigação em Enfermagem*, *14*, 36-44.
- Loureiro, L. M. J., & Pereira, P. M. S. D. (2009). *ICDM-44 – Um Inventário de Crenças acerca da Doença Mental: Avaliação das características psicométricas numa amostra de população portuguesa*. *Referência* (10), 407.
- Lund, C., Stansfeld, S., & DeSilva, M. (2013). Social determinants of mental health. In V. Patel, H. Minas, A. Cohen, & M. J. Prince (Eds), *Global Mental Health: Principles and Practice* (pp. 116-136). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199920181.003.0007>
- Masuda, A., Anderson, P. L., & Edmonds, J. (2012). Help-seeking attitudes, mental health stigma, and self-concealment among African American college students. *Journal of Black Studies*, *43*(7), 773-786. <https://doi.10.1177/0021934712445806>
- Maurer, J. & WHO. (2025, junho 16). *With 17% of people in the Region living with a mental health condition, 31 countries commit to integrating mental health into all policies*. WHO Europe France.

- McLafferty, M., Lapsley, C. R., Ennis, E., Armour, C., Murphy, S., Bunting, B. P., Bjourson A.J., Murray E.K., & O'Neill, S. M. (2017). Mental health, behavioural problems and treatment seeking among students commencing university in Northern Ireland. *Plos one*, *12*(12), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188785>
- Mendoza, H., Masuda, A., & Swartout, K. M. (2015). Mental health stigma and self-concealment as predictors of help-seeking attitudes among Latina/o college students in the United States. *International Journal for the Advancement of Counselling*, *37*(3), 207-222. <https://doi.org/10.1007/s10447-015-9237-4>
- Milner, A., Kavanagh, A., King, T., & Currier, D. (2018). The influence of masculine norms and occupational factors on mental health: evidence from the baseline of the Australian longitudinal study on male health. *American journal of men's health*, *12*(4), 696-705. <https://doi.org/10.1177/1557988317752607>
- Mishra, S. I., Lucksted, A., Gioia, D., Barnet, B., & Baquet, C. R. (2009). Needs and preferences for receiving mental health information in an African American focus group sample. *Community mental health journal*, *45*(2), 117-126. <https://doi.org/10.1007/s10597-008-9157-4>
- Murray, C. J. L., Aravkin, A. Y., Zheng, P., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abegaz, K. H., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abualhasan, A., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., Adabi, M., & Lim, S. S. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, *396*, 1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
- Navarro, D. J., & Foxcroft, D. R. (2019). *Learning statistics with jamovi: A tutorial for Beginners in Statistical Analysis*. Open Book Publishers <https://doi.org/10.24384/hgc3-7p15>
- Nogueira, M. J. C. (2017). *Saúde mental em estudantes do ensino superior: fatores protetores e fatores de vulnerabilidade*. Tese de Doutorado, Universidade de Lisboa. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0167>

- Nunnally, J. C. (1961). *Popular Conceptions of Mental Health: Their Development and Change*. Holt, Rinehart & Winston. <https://psycnet.apa.org/record/1961-06711-000>
- Ogorchukwu, J. M., Sekaran, V. C., Nair, S., & Ashok, L. (2016). Mental health literacy among late adolescents in South India: What they know and what attitudes drive them. *Indian journal of psychological medicine*, 38(3), 234-241. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.183092>
- Paz, D. C., Bains, M. S., Zueger, M. L., Bandi, V. R., Kuo, V. Y., Cook, K., & Ryznar, R. (2022). COVID-19 and mental health: A systematic review of international medical student surveys. *Frontiers in Psychology*, 13, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1028559>
- Pinheiro, J. (2023, novembro 23). *Desafios Atuais na Saúde Mental, em Portugal*. Sociedade Portuguesa Saúde Pública.
- Pinho, L. G., Engström, M., Silva, M. R., Fonseca, C., Lindberg, M., Jelinek, L., Börsting J., Afonso A., Jacinto G., Nilsson A., Schröder J., & Schneider, B. C. (2025). Help-seeking preferences and barriers for mental health problems among university students in Portugal, Germany, and Sweden. *Journal of Affective Disorders*, 379, 782-792. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.044>
- Programa Nacional de Saúde Mental & Direção de Serviços de Informação e Análise (2014). *Portugal: Saúde Mental Em Números - 2014*. Direção-Geral de Saúde.
- Queirós, R. V., Santos, V., & Madeira, N. (2021). Decrease in stigma towards mental illness in Portuguese medical students after a psychiatry course. *Acta medica portuguesa*, 34(7-8), 498-506. <https://doi.org/10.20344/amp.13859>
- Ruan, L. (2023). Analysis of the influencing factors of college students' mental health literacy based on multiple linear regression model. *Applied Mathematics and Nonlinear Sciences*, 8(2), 2993-3000. <https://doi.org/10.2478/amns.2023.2.00015>

- Santos, M. L. R. R. (2011). *Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes Universitários*. Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/6738>
- Sarmiento, M. (2015). A “mental health profile” of higher education students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 191, 12-20. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.606>
- Shahwan, S., Lau, J. H., Goh, C. M. J., Ong, W. J., Tan, G. T. H., Kwok, K. W., Samari E., Lee Y. Y., The W.L., Seet V., Chang S., Chong S.A., & Subramaniam, M. (2020). The potential impact of an anti-stigma intervention on mental health help-seeking attitudes among university students. *BMC psychiatry*, 20, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02960-y>
- Silva, M., Antunes, A., Azeredo-Lopes, S., Cardoso, G., Xavier, M., Saraceno, B., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2022). Barriers to mental health services utilisation in Portugal - results from the National Mental Health Survey. *Journal of Mental Health*, 31(4), 453-461. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1739249>.
- SNS 24. (2025, maio 5). *Saúde mental*. SNS24 | Saúde mental
- Soares, M. (2024). A importância da saúde mental para os jovens universitários. *The Trends Hub*, (4), 1-8. <https://doi.org/10.34630/tth.vi4.5732>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, 27(1), 281-295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Sousa, J. M., Moreira, C. A., & Telles-Correia, D. (2018). Anxiety, depression and academic performance: a study amongst Portuguese medical students versus non-medical students. *Acta medica portuguesa*, 31(9), 454-462. <https://doi.org/10.20344/amp.9996>

- Subramaniam, M., Abdin, E., Picco, L., Pang, S., Shafie, S., Vaingankar, J. A., Kwok, K. W., Verma, K., & Chong, S. A. (2017). Stigma towards people with mental disorders and its components - a perspective from multi-ethnic Singapore. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26(4), 371-382. <https://doi.org/10.1017/s2045796016000159>
- Subramaniam, M., Abdin, E., Vaingankar, J. A., Shafie, S., Chua, H. C., Tan, W. M., Tan, K. B., Verma, S., Heng, D., & Chong, S. A. (2020). Minding the treatment gap: results of the Singapore Mental Health Study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 55(11), 1415-1424. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01748-0>
- Tan, G. T. H., Shahwan, S., Goh, C. M. J., Ong, W. J., Samari, E., Abdin, E., Kwok K.W., Chong S.A., & Subramaniam, M. (2020). Causal beliefs of mental illness and its impact on help-seeking attitudes: a cross-sectional study among university students in Singapore. *BMJ open*, 10(7), 1-9. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035818>
- Universidade de Coimbra. (s.d.). *Saúde mental e social*. <https://www.uc.pt/healthycampusuc/areas-de-atuacao/saude-mental-e-social/>
- Valente, S., & Almeida, L. S. (2020). Educação emocional no Ensino Superior: Alguns elementos de reflexão sobre a sua pertinência na capacitação de futuros professores. *Revista E-Psi*, 9(1), 152-164. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5714808>
- Vaz, C. M. R. (2019). *Determinantes de literacia em saúde mental*. Tese de Doutoramento, Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5489>
- WHO & Global Health Observatory (2024). *Our Health Fact Sheet*. Institute for Health Metrics and Evaluation
- Yang, X., Hu, J., Zhang, B., Ding, H., Hu, D., & Li, H. (2024). The relationship between mental health literacy and professional psychological help-seeking behavior among Chinese college students: mediating roles of perceived social support and psychological help-seeking stigma. *Frontiers in Psychology*, 15, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1356435>

- Youssef, F. F., Bachew, R., Bodie, D., Leach, R., Morris, K., & Sherma, G. (2014). Knowledge and attitudes towards mental illness among college students: Insights into the wider English-speaking Caribbean population. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(1), 47-54. <https://doi.org/10.1177/0020764012461236>
- Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S. E., & Golberstein, E. (2009). Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of affective disorders*, 117(3), 180-185. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.001>