



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ESTUDANTES DO ENSINO
SUPERIOR:**

Saúde Mental Positiva e Literacia em Saúde Mental em análise

Márcia Isabel da Silva Costa Cunha

julho 2020



Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Escola Superior
de Saúde

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ESTUDANTES DO ENSINO
SUPERIOR:
Saúde Mental Positiva e Literacia em Saúde Mental em análise**

I Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho elaborado sob a orientação de:

Professora Doutora Isabel Amorim

Professora Doutora Carminda Morais

julho 2020

RESUMO

Introdução: O ingresso no ensino superior apresenta-se como uma transição múltipla, na vida dos estudantes a níveis que são entendidos como potenciadores de crises (Morais [et. al.], 2019). Neste sentido, a Promoção da Saúde revela-se essencial para que os estudantes sejam capazes de desenvolver competências para lidar com estes desafios na atualidade e como futuros profissionais.

Objetivos: Avaliar a Saúde Mental Positiva (SM+) dos Estudantes do Ensino Superior (EES); avaliar o Conhecimento em Saúde Mental (CSM) dos EES; relacionar a SM+ dos EES com os aspetos socio-afetivos; relacionar o CSM dos EES com os aspetos socio-afetivos; correlacionar a SM+ e CSM dos EES; propor recomendações, no âmbito do estudo e setting de intervenção.

Metodologia: Estudo transversal, analítico-correlacional e observacional com uma amostra de 183 EES. Os dados foram recolhidos entre dezembro de 2019 e março de 2020, através dos questionários *online* de caracterização sociodemográfica (Sequeira, Ferreira, Carvalho, Ribeiro e Pires, 2018); Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+) Sequeira [et. al.], 2014); Questionário de Conhecimento de Saúde Mental (QCSM) (Chaves, Sequeira e Duarte, 2019).

Resultados: A maioria dos inquiridos é do sexo feminino (80,3%), estando 53% deslocados da sua residência familiar. Relativamente aos hábitos, mais de metade dos EES não estão satisfeitos com o seu sono (60,7%), 67,8% referem que não dormem as horas suficientes para a satisfação das suas necessidades, a maioria não pratica regularmente exercício físico (76,5%) e 28,4% considera não ter uma alimentação saudável. Ainda a referir que 46,4% assumem consumo de bebidas alcoólicas e 4,4% admite ainda o consumo de substância psicoativas ilícitas. Apesar da pontuação global obtida no QSM+ ser de 72 pontos, correspondendo a um nível alto de SM+, da análise pormenorizada dos resultados emerge um conjunto de aspetos preocupantes, a saber: 32,8% dos respondentes encontra-se no nível intermédio; 36,1% dos EES referem ter acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Os estudantes do sexo feminino, os que consomem bebidas alcoólicas e/ou haxixe, heroína, cocaína, LSD apresentam pior SM+. O valor médio obtido pelos EES no QCSM é de $60,7 \pm 9,19$, sugerindo valores diminuídos de conhecimentos em SM.

Conclusões: Da evidência encontrada, realça-se a necessidade de (co)construir percursos formativos mais orientados para o desenvolvimento de competências socioemocionais através, quer do curriculum académico, quer da intervenção neste *setting* numa perspetiva salutogénica. Desafia-se assim a intervenção da Enfermagem Comunitária no âmbito da promoção da Saúde dos EES.

Palavras-chave: Saúde Mental, Saúde Mental Positiva, Literacia em Saúde Mental, Estudantes do Ensino Superior

ABSTRACT

Introduction: Admission to higher education presents itself as a multiple transition, in the lives of students at levels that are understood to be crisis enhancers (Morais [et. al.], 2019). In this sense, Health Promotion is essential for students to be able to develop skills to deal with these challenges and in the future as future professionals.

Objective: To assess the Positive Mental Health of Higher Education Students (HES); to assess Mental Health knowledge of HES; to relate the Positive Mental Health of HES with the socio-affective aspects; to relate the Mental Health knowledge of HES with the socio-affective aspects; to correlate the Positive Mental Health and Mental Health knowledge of HES; to propose recommendations within the scope of the study and intervention setting.

Methods: A cross-sectional, analytical-correlational, and observational study with a sample of 183 Higher Education Students. Data were collected between December 2019 and March 2020, using online sociodemographic questionnaires (Sequeira, Ferreira, Carvalho, Ribeiro e Pires, 2018); Positive Mental Health Questionnaire (Sequeira [et. al.], 2014); Mental Health Literacy Questionnaire (Chaves, Sequeira e Duarte, 2019).

Results: The most respondents are female (80,3%), with 53% displaced from their family home. Regarding habits, more than half of the HES are not satisfied with their sleep (60,7%), 67,8% report that they do not sleep enough hours to satisfy their needs, most do not regularly exercise (76,5%) and 28,4% consider not having a healthy diet. Also, to mention that 46,4% assume consumption of alcoholic beverages and 4,4% still admit the consumption of illicit psychoactive substances. Although the overall score obtained in the Positive Mental Health Questionnaire is 72 points, corresponding to a high level of Positive Mental Health, from the detailed analysis of the results a number of worrying aspects emerge, namely: 32,8% of the respondents are at the intermediate level; 36,1% of the HES report having psychological or psychiatric monitoring. Female students, those who consume alcoholic beverages and/or hashish, heroin, cocaine, LSD have worse Positive Mental Health. The average value obtained by the HES in the Mental Health Literacy Questionnaire is 60,7±9,19, suggesting decreased values of knowledge in Mental Health.

Conclusion: From the evidence found, there is a need to (co) build training paths more oriented towards the development of socio-emotional skills through both the academic curriculum and the intervention in this setting from a salutogenic perspective. In this way, the intervention of Community Nursing is challenged in the context of promoting the Health of the of HES.

Keywords: Mental Health, Positive Mental Health, Mental Health Literacy, Higher Education Students

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, o meu agradecimento é dirigido às orientadoras desta tese, Professora Doutora Isabel Amorim e Professora Doutora Carminda Morais, o meu obrigado pelo acompanhamento, conhecimento partilhado, pelos desafios e sobretudo pelo pensamento crítico.

O meu agradecimento muito especial à minha amiga Patrícia Bastos, por ter sido a surpresa desta caminhada, que agora será transformada numa caminhada eterna.

O meu agradecimento é também aos estudantes que aceitaram o desafio de expor aspetos pessoais, por vezes delicados, em virtude deste estudo.

Agradeço à minha família, pela compreensão incondicional nas minhas ausências e por serem sempre o meu suporte, aos meus pais, Paula e Márcio, aos meus irmãos, Margarida e João Pedro, aos meus avós, Américo, Isabel e Glória e aos meus afilhados, Henrique, Sara e Salvador.

Aos amigos de sempre e para sempre, que são também família, pela paciência, pelo estímulo, pelo ânimo e por estarem sempre comigo, Clementina, Francisco, Sara e Elsa, obrigada!

*“Os sentimentos perdem-se nas palavras.
Todos deveriam ser transformados em ações.
Em ações que tragam resultados.”*

(Florence Nightingale, p. 20, 1930)

SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

CSM	Conhecimentos em Saúde Mental
DGS	Direção-Geral da Saúde
EES	Estudantes do Ensino Superior
EEEC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária
HES	Higher Education Students
IPVC	Instituto Politécnico de Viana do Castelo
LS	Literacia em Saúde
LSM	Literacia em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
QCSM	Questionário de Conhecimento de Saúde Mental
QSM+	Questionário de Saúde Mental Positiva
SM	Saúde Mental
SM+	Saúde Mental Positiva
SPSS	<i>Statistic Statistical Package for the Social Sciences</i>
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
UE	União Europeia

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	12
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1. PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CONTEXTO DE ENSINO SUPERIOR.....	16
2. PERCURSOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL POSITIVA	24
3. LITERACIA EM SAÚDE E LITERACIA EM SAÚDE MENTAL	33
4. Estado da arte: Saúde Mental Positiva e Literacia em Saúde Mental	36
4.1. Saúde Mental e Saúde Mental Positiva	37
4.2. Literacia em Saúde Mental.....	39
PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO	41
5. METODOLOGIA.....	42
5.1. Questões de investigação, finalidade e objetivos do estudo.....	42
5.2. Tipo de estudo	43
5.3. População	44
5.4. Procedimentos de recolha e tratamento de dados	44
5.4.1. Instrumentos de recolha de dados.....	44
5.4.2. Procedimentos estatísticos.....	48
5.5. Considerações éticas	49
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	50
6.1. Caracterização Sociodemográfica, Estilos de Vida e Saúde Mental Percebida	50
6.2. Saúde Mental Positiva.....	54
6.3. Conhecimentos em Saúde Mental.....	56
6.4. Propriedades psicométricas dos instrumentos	57
6.5. Estudo das relações: Saúde Mental Positiva e Conhecimentos em Saúde Mental.....	58
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
7.1. Características Sociodemográficas, Estilos de Vida e Saúde Mental Percebida	65
7.2. Saúde Mental Positiva.....	69

7.3. Conhecimentos em Saúde Mental.....	71
7.4. Saúde Mental Positiva e Conhecimentos em Saúde Mental.....	72
8. PROPOSTA DE RECOMENDAÇÕES, NO ÂMBITO DO ESTUDO E <i>SETTING</i> DE INTERVENÇÃO.....	75
9. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	77
CONCLUSÕES	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS.....	94
ANEXO I - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	95
ANEXO II - QSM+.....	99
ANEXO III – QCSM	101
APÊNDICES.....	103
APÊNDICE I – COMISSÃO DE ÉTICA.....	104

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Estudos realizados sobre Saúde Mental e Saúde Mental Positiva	38
Tabela 2. Estudos realizados sobre Literacia em Saúde Mental	40
Tabela 3. Frequência absoluta(<i>n</i>) e relativa (%) da amostra segundo as características sociodemográficas	51
Tabela 4. Frequência absoluta(<i>n</i>) e relativa (%) dos inquiridos segundo os Estilos de Vida	52
Tabela 5. Frequência absoluta (<i>n</i>) e relativa (%) dos inquiridos segundo as características de Saúde Mental percebida	53
Tabela 6. Mediana, média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo, relativamente ao Questionário de Saúde Mental Positiva	54
Tabela 7. Frequência absoluta e relativa de respostas do Questionário de Saúde Mental Positiva	55
Tabela 8. Frequência relativa da Saúde Mental Positiva dos Estudantes do Ensino Superior acima ou abaixo da mediana da pontuação em cada dimensão (Me*)	56
Tabela 9. Mediana, média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo, relativamente às dimensões do Questionário de Conhecimentos de Saúde Mental	56
Tabela 10. Comparação das médias do Questionário de Saúde Mental Positiva e Questionário de Conhecimentos Saúde Mental entre Estudantes do Ensino Superior do sexo masculino vs feminino, teste <i>t Student</i> e valor <i>P</i>	58
Tabela 11. Correlação entre a idade dos Estudantes do Ensino Superior e o Questionário de Saúde Mental Positiva e o Questionário de Conhecimentos de Saúde Mental, valor <i>P</i>	59
Tabela 12. Correlação entre o ano de matrícula e o Questionário de Saúde Mental Positiva e o Questionário de Conhecimentos de Saúde Mental, valor do coeficiente de correlação de <i>Spearman</i>	59
Tabela 13. Comparação das médias do Questionário de Saúde Mental Positiva e Questionário de Conhecimentos de Saúde Mental entre Estudantes do Ensino Superior deslocados vs não deslocados, teste <i>t Student</i> e valor <i>P</i>	60
Tabela 14. Comparação das médias do Questionário de Saúde Mental Positiva e Questionário de Conhecimentos de Saúde Mental entre Estudantes do Ensino Superior que já tiveram vs não tiveram acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, teste <i>t Student</i> e valor <i>P</i>	61

Tabela 15. Comparação das médias do Questionário de Saúde Mental Positiva e Questionário de Conhecimentos de Saúde Mental entre Estudantes do Ensino Superior que consomem vs não consomem bebidas alcoólicas, teste <i>t Student</i> e valor <i>P</i>	62
Tabela 16. Comparação das médias do Questionário de Saúde Mental Positiva e Questionário de Conhecimentos de Saúde Mental entre Estudantes do Ensino Superior que apresentam outros consumos vs os que não consomem, teste <i>t Student</i> e valor <i>P</i> ..	63
Tabela 17. Matriz de correlações entre as dimensões do Questionário de Saúde Mental Positiva vs Questionário de Conhecimentos de Saúde Mental	64

INTRODUÇÃO

As abordagens salutogénicas propostas por Antonovsky (1979) e pelos seus seguidores, como Saboga Nunes (2019), têm vindo a colocar a capacitação efetiva das populações para uma intervenção positiva na promoção dos seus projetos de saúde, nas agendas políticas e técnicas da saúde. Porém, o foco de atenção intencional na promoção da saúde dos jovens, designadamente do ensino superior, constitui um desafio e oportunidade para os setores envolvidos bastante recente.

Neste contexto, a Carta de Okanagan, emitida em novembro de 2015, na medida em que norteia o investimento na promoção da saúde no ensino superior, através da ação intersectorial concertada, conforma um dos marcos indelévels neste processo.

No mesmo sentido converge o movimento das Universidades Promotoras da Saúde, uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (2016) a par dos movimentos das Cidades, Hospitais, Escolas e Mercados, com vista a criar *settings* promotores de saúde, oferecendo oportunidades para que as instituições de ensino superior possam influenciar a saúde e o bem-estar dos EES (Brito, Arroyo-Acevedo e Príncipe, 2018). Estando o Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) integrado na Rede Ibero-Americana das universidades promotoras da saúde, este projeto concorre para esta área no sentido de criar sinergias, convergindo assim para uma prática baseada na evidência.

Assim, como enfermeira e futura Mestre em Enfermagem Comunitária e Enfermeira Especialista nesta área, proponho-me abraçar um projeto formativo, enquanto alicerce de práticas de intervenção, que congreguem simultaneamente a promoção da saúde nos termos consagrados na Carta de Ottawa (1986), na Carta de Okanagan (2015) e nas abordagens salutogénicas propostas por Antonovsky (1979) e Saboga Nunes (2019).

Nesta linha de ideias, importa hoje e cada vez mais conhecer as necessidades/problemas, recursos e potencialidades dos EES, pelas suas próprias vozes e pluralidade dos sentidos, e neste caso em particular, dos estudantes de enfermagem de modo a empoderá-los no âmbito da (co)construção dos seus projetos de saúde, numa perspetiva individual e coletiva, enfatizando o valor desta, e não tanto o valor do tratamento e cura dos processos de doença. Assim, espera-se que conscientes da criação de valor pelo enfoque na saúde positiva, os EES desenvolvam as suas práticas com conhecimento no impacto económico e social que a saúde desempenha.

Partindo desta perspetiva salutogénica e com base no importante papel da Enfermagem Comunitária nos diferentes contextos, opta-se por uma ação multidisciplinar centrando o foco na promoção da saúde, numa perspetiva salutogénica e na transversalidade da Saúde Mental (SM) com vista a uma ação transformadora na saúde dos EES, tendo em conta as transições que lhes estão implícitas nesta fase.

O ingresso no ensino superior exige aos EES ajustes à sua vida a níveis que são entendidos por Meleis (2010) como potenciadores de desequilíbrio, elevando assim o risco de desenvolverem alterações na sua saúde mental.

Por se saber do decréscimo da SM nos EES e do aumento das perturbações mentais nesta comunidade, bem como por afetar as várias envolventes da vida dos EES (Nogueira, 2017), estes são, então, a população alvo deste estudo.

Urge que os jovens sejam detentores de SM+, mas para além disso que sejam capazes de reconhecer alterações na sua saúde e na dos que os rodeiam. Para que isso seja possível, é necessário interesse, consciencialização e Conhecimentos em Saúde Mental pois encontram-se numa das etapas de capacitação para a otimização dos contextos de vida nas suas diferentes dimensões, designadamente como futuros profissionais e/ou decisores políticos.

Os défices nos conhecimentos sobre SM são apontados como um dos principais fatores de estigma e do fraco acesso à assistência em SM, atingindo cerca de 10 a 20% da população jovem adulta (Nogueira, 2017). A LSM é uma área recentemente estudada no ensino superior em Portugal (Nogueira, Barros e Sequeira, 2017), pouco se sabe sobre SM no âmbito académico, designadamente numa perspetiva positiva, limitando assim as intervenções nesta área, tornando-se deste modo, um foco da Enfermagem Comunitária. Assim, torna-se imperativo avaliar a SM+, bem como, os CSM no sentido de se identificar as principais necessidades dos EES e ainda, propor áreas de intervenção prioritárias.

Esta dissertação, realizada no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, comprometida em desafiar esta realidade, insere-se num estudo multicêntrico, numa parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto, com o objetivo de agregar diferentes contextos e populações, o qual se encontra registado no grupo NursID do CINTESIS. Visa-se avaliar, entre outros, a SM+ e a LSM dos ESS de um Instituto de Ensino Superior da Região Norte, tendo como finalidade contribuir para identificar as determinantes da SM+ e para a promoção efetiva da LSM, bem como, propor áreas de intervenção prioritárias, no âmbito da saúde, em alinhamento com os resultados obtidos.

A presente investigação apresenta-se como um estudo transversal, analítico-correlacional e observacional. Constituem o universo deste estudo os EES, que frequentam uma Instituição de Ensino Superior da Região Norte.

Estruturalmente, este relatório está organizado em duas grandes partes. A primeira diz respeito a uma contextualização da problemática relativamente à Promoção da Saúde em contexto de Ensino Superior, SM+ e LSM aos seus diferentes níveis, ainda que conscientes de que a presente investigação se inscreva, de momento, sobretudo no âmbito da literacia funcional. Para o efeito procedeu-se, a uma revisão sistematizada da literatura, durante o mês de novembro e dezembro de 2019 e janeiro de 2020 utilizando os recursos: *CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)*; *MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)*; *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*; *Cochrane Central Register of Controlled Trials*; *Cochrane Database of Systematic Reviews*; *Cochrane Methodology Register*; *Library, Information Science & Technology Abstracts*; *MedicLatina* e *RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal)*. Relativamente à investigação sobre a SM e SM+ dos EES, os descritores utilizados foram: Saúde Mental, Saúde Mental Positiva e Estudantes do Ensino Superior, e os equivalentes em inglês e espanhol. No que concerne à investigação sobre LSM dos EES, os descritores utilizados dizem respeito a: Literacia em Saúde Mental e Estudantes do Ensino Superior e os equivalentes em inglês e espanhol. A segunda parte refere-se ao estudo empírico, ou seja, concretamente à metodologia adotada, bem como a apresentação e discussão dos resultados obtidos. Por fim, são apresentadas as propostas de áreas de intervenção prioritárias, bem como, as limitações e as principais conclusões deste estudo.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CONTEXTO DE ENSINO SUPERIOR

No século XX, na década de 70, Marc Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá, imana- *A New Perspective on the Health of Canadians* – marca, assim, o início da era da promoção da saúde. Este documento apelava ao pensamento na saúde, transcendendo o modelo biomédico, com o intuito de atribuir ênfase aos comportamentos das pessoas, realçando ainda os efeitos do meio ambiente sobre a saúde (Lalonde, 1974). A par deste movimento, emergiu a Declaração de Alma-Ata com a importante ideia de cuidados de proximidade, de onde surgiram conceitos como: a saúde como um direito fundamental para todos, o estabelecimento da meta de saúde para todos em 2000, a equidade, o direito e o dever dos povos em participar no planeamento e execução dos seus cuidados de saúde (OMS, 1978).

Importa referir que em Portugal em 1971, numa perspetiva pioneira e inovadora, dá-se a reforma dos Cuidados de Saúde Primários com a criação dos Centros de Saúde, de primeira geração, sob a iniciativa de Arnaldo Sampaio, Rebelo de Sousa e Gonçalves Ferreira, tornando-se assim uma referência quer para Portugal, quer para o mundo. Com esta reforma, precedente à Alma-Ata, Portugal propunha-se a assegurar à sua população cuidados de saúde de qualidade, no âmbito da promoção da saúde, da prevenção da doença e da informação em saúde. Esta preocupação precursora em Portugal estaria muito orientada para os grupos vulneráveis, sobretudo para as crianças e a mortalidade infantil, com o intuito de melhorar as determinantes sociais na saúde.

Entretanto, realiza-se a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e surge a Carta de Ottawa (1986) recomendando que os cidadãos sejam detentores do acesso aos recursos e condições que lhes permitam modificar os seus comportamentos em direção à Saúde e Bem-Estar. Este acesso passa pelo incremento da promoção da saúde, através do aumento da Literacia em Saúde (LS) e do empoderamento dos cidadãos enquanto processo que visa capacitar as pessoas e as comunidades, para assim, agirem sobre os fatores determinantes da saúde, individual e coletiva, no sentido de a poderem controlar e melhorar.

Efetivamente, nesta carta, definiram-se cinco princípios de promoção da saúde, sendo eles: **(1)** Construir Políticas Saudáveis; **(2)** Criar Ambientes Favoráveis; **(3)** Reforçar a Ação Comunitária; **(4)** Desenvolver Competências Pessoais e **(5)** Reorientar os Serviços de Saúde. Entendendo-se, assim, que as decisões no campo das políticas públicas saudáveis têm influências positivas ou negativas na saúde da população. Na ótica da promoção da saúde, as políticas públicas devem integrar um conjunto de ações voltadas para a defesa dos direitos à saúde da população dando lugar à criação de ambientes favoráveis à saúde (ibidem).

Apesar de todos os progressos conquistados nesta linha de ideias, existe ainda a necessidade emergente de capacitação dos profissionais de saúde sobre advocacia em saúde pública em geral, e advocacia para a equidade em saúde, em particular. A advocacia em saúde e a relevância que ela traduz na promoção da saúde das populações pode englobar desde a exigência na transparência das opções políticas de distribuição dos recursos da saúde, até à defesa do direito ao acesso a serviços de qualidade na saúde das comunidades (Cohen e Marshall, 2017). Assim, através da intervenção concreta na e com a comunidade estima-se o reforço do empoderamento no sentido de capacitar as populações para assumirem o controlo dos seus próprios esforços. A promoção da saúde prevê o desenvolvimento pessoal e social com vista a que as populações sejam detentoras de mais habilidades para cuidar da sua saúde no sentido de fazerem escolhas conducentes à saúde, partilhando assim a responsabilidade da saúde com os profissionais, as instituições de saúde e os governos.

A partir destes pressupostos surgiram os Planos Nacionais que estão alinhados com as estratégias locais de saúde, para dar respostas às necessidades das populações. Particularmente em Portugal surge o Plano Nacional de Saúde, com o intuito de obter mais ganhos em saúde, constituindo referências para a ação (Loureiro e Miranda, 2010).

Miguel (2010) relativamente à promoção da saúde:

“Promoção da saúde pode definir-se como o conjunto de esforços realizados coletiva e individualmente para que se concretize o potencial máximo de saúde a que podemos aspirar. Isto, que parece simples de equacionar, é tarefa complexa, urgente e exige esforço e empenhamento.”

Antonovsky em 1979, trouxe à área da promoção da saúde uma nova perspetiva, a teoria salutogénica. Esta coloca o foco nas pessoas, nos contextos, nos recursos e nas potencialidades, no sentido de facilitar o desenvolvimento de uma estratégia individual para que cada pessoa se adapte na resolução de problemas e na gestão do *stress*, do quotidiano, desempenhando assim, uma ação promotora da saúde na sua comunidade, expressando-se cada vez mais um exemplo no presente.

A promoção da saúde, numa perspetiva de salutogénese, implica a necessidade de promover recursos e competências no sentido da saúde e do bem-estar (Saboga Nunes, Bittlingmayer e Okan, 2019). A salutogénese postula que as experiências da vida moldam o sentido de coerência, coadjuvando a mobilização de recursos para lidar com *stressores* e gerir os mesmos no sentido da saúde. Assim, importa promover a saúde dos ambientes como medida positiva de promoção da saúde (Bauer [et. al.], 2019).

Na sequência das recomendações internacionais, como as da OMS, relativamente a projetos de ambientes favoráveis à saúde, consubstanciados em escolas e ambientes de trabalho promotores de saúde, o nosso país integra a Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde, numa parceria entre a Saúde e a Educação, que conduziu à implementação da promoção e educação para a saúde em meio escolar (Portugal, 2015). Ao longo dos anos foram surgindo vários projetos nas escolas.

Uma escola que procura um estilo de vida, aprendizagem e trabalho que favoreça o desenvolvimento da saúde na sua comunidade escolar define-se como uma escola promotora de saúde (Graciano [et. al.], 2015).

A escola apresenta-se como responsável por incorporar práticas educativas de saúde em todo o seu ambiente e com todos os sujeitos envolvidos, predizendo uma preocupação com os seus estudantes. Esta é uma realidade de que Portugal, sobretudo ao nível do ensino pré-escolar e básico, se orgulha do investimento feito ao longo dos últimos anos. Neste sentido, impõe-se promover o desenvolvimento de ambientes académicos a níveis mais alargados, com recurso a estratégias que vão muito além da receção de informações. Privilegiar aqueles que contribuem para um desenvolvimento global, como promotores do bem-estar pessoal e do autoconhecimento, requer o envolvimento de toda a comunidade (Portugal, 2015). Apesar disso, muito pouco, ou nada, foi desenvolvido nas universidades com os EES.

Neste contexto, a Carta de Okanagan (2015) surge como uma das primeiras referências específicas para as universidades promotoras de saúde, com vista a transformar a saúde e a sustentabilidade das sociedades atuais e futuras, bem como fortalecer comunidades e contribuir para o bem-estar destas, explicando, ainda, a promoção da saúde como o processo que permite às pessoas controlarem a sua saúde e os seus determinantes, no sentido de a melhorarem.

Investir, pois, na promoção da saúde no âmbito do ensino superior, visa a capacitação para características como o pensamento estratégico, a proatividade e inovação, a resiliência emocional, a vivência em comunidade, o compromisso com a cidadania, designadamente em saúde.

Cury (2013; 2019), investigador na área do desenvolvimento da inteligência emocional e do autoconhecimento, questiona o facto de não se ensinar a pensar nas universidades, apontando, assim, como défice o facto de no final dos cursos, como os cursos de saúde, nomeadamente enfermagem, os EES serem detentores de grandes conhecimentos para cuidar de outros, mas de muito pouco conhecimento sobre si mesmos, o que os torna mais predispostos a desenvolverem crises. Num contexto de mudanças sociais rápidas e intensas,

aportando novas e renovadas exigências em matéria de saúde, constitui um desafio, ultrapassar as lógicas de ensino - do que pensar- e colocar ênfase -no como pensar- e na (co)responsabilidade na transformação de determinantes sociais de saúde. Assumindo-se também uma oportunidade para os contextos académicos e sociais.

A alteração de comportamentos, com vista à adoção de estilos de vida promotores de equilíbrio, tornando as pessoas mais autónomas em relação à sua saúde, à saúde dos que delas dependem e à da sua comunidade, aponta-se como campo fundamental do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) (Regulamento n.º 428/2015).

Remetendo, assim, para o conceito de empoderamento, entendido como um processo que permite aos indivíduos aumentarem a eficácia do seu exercício de cidadania, permitindo que as escolhas sejam feitas pelos próprios, adquirindo um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde. O empoderamento para a saúde individual refere-se sobretudo à capacidade do indivíduo para tomar decisões e exercer controlo sobre a sua vida pessoal. Por outro lado, o empoderamento para a saúde da comunidade pressupõe que os indivíduos atuem em conjunto para alcançar uma maior influência e controlo sobre os determinantes de saúde e a qualidade de vida da sua comunidade (Schmidt e Prado, 2016). Freire (1997) entende a educação como um processo de reflexão e reconhecimento da realidade, para que sejam capazes de atuar sobre a mesma e modificá-la. Entendendo que a busca permanente sobre si mesmo é a base da educação transformadora.

Neste sentido, capacitar os EES com competências pessoais, sociais e de terceira dimensão (pensamento estratégico, pensamento criativo, pensamento crítico e liderança na mudança) impõe-se como objetivo para que estes desenvolvam a tomada de decisão responsável, e adoção de comportamentos assertivos face aos estímulos sociais inerentes ao desenvolvimento. Torna-se emergente descentralizar os programas da lógica meramente informativa sobre os riscos e a prevenção das doenças, para uma abordagem pedagógica ativa, que parta da aquisição e compreensão da informação para o desenvolvimento de competências de decisão, com sentido crítico, responsabilidade e autonomia (Portugal, 2016).

As competências socioemocionais permitem a aquisição de aptidões necessárias para que seja possível adaptar-se a diversas situações e atividades do dia-a-dia, originando jovens bem-sucedidos nos seus projetos de vida, com a família, na escola, no local de trabalho e na relação com os outros. As promoções destas competências estão identificadas como geradoras de mudanças positivas no sentido de os tornar agentes de mudança. Para além das evidências nos resultados escolares há ainda no desenvolvimento da responsabilidade, da autonomia, da participação social e cívica de todos os envolvidos (Portugal, 2016).

Existem fatores favorecedores à construção de recursos internos, que se refletem em ações intencionais do indivíduo tornando-se promotoras de bem-estar, satisfação com a vida e felicidade. Os contextos, como o ensino superior, devem adequar estratégias e linhas de ação de modo a fomentar: a resiliência, as competências sociais e interpessoais, o otimismo, as competências afetivo-emocionais, a assertividade, a autonomia na tomada de decisão e ainda a resolução de problemas (Borges in Matos e Tomé, 2012).

Um dos reptos que se impõe é refletir sobre a importância de políticas educacionais centradas na valorização da educação em saúde. A relação entre a saúde e a educação, durante muitos anos, esteve focada mais no controlo e prevenção de doenças, contrariamente a ações centradas nas mudanças de atitudes para uma vida saudável. Para isso, espera-se envolver as comunidades numa prática de planeamento em saúde, evitando, assim, ações pontuais. Tendo em conta a responsabilidade que a educação e a saúde encontram para a execução de práticas efetivas, torna-se imprescindível a realização de uma parceria entre a escola e os serviços de saúde, de modo a realizarem ações conjuntas e contínuas (Ribeiro e Messias, 2016).

Acredita-se que o acesso a informação e ao pensamento crítico está inteiramente ligado a uma maior educação, bem como os níveis de literacia estão relacionados com um maior rendimento económico, ambos podem ser facilitadores do acesso aos serviços de saúde. A educação proporciona o acesso a maiores rendimentos, e melhora a forma como as pessoas perspetivam o futuro, o que pode querer dizer, que por este motivo atribuam um maior valor à vida e por isso se envolvam em menos comportamentos de risco, protegendo, assim, o futuro, e nesta lógica o ensino superior assume-se como impulsionador (Loureiro e Miranda, 2010; Saboga Nunes, Bittlingmayer e Okan, 2019).

As instituições de ensino superior apresentam-se como potenciadoras de saúde pública, promoção da saúde e desenvolvimento sustentado, contribuindo para a construção, disseminação e aplicação de conhecimentos. Numa ótica de comunidade, estas instituições podem influenciar positivamente a vida de quem nelas estuda, trabalha e (con)vive, isto é, se houver investimento na criação de ambientes seguros, saudáveis e sustentáveis. Como tal, espera-se que estas instituições sejam capazes de maximizar os desempenhos, investindo no empoderamento da sua comunidade, na produtividade e satisfação dos EES, determinantes num mercado competitivo atualmente. Este investimento, permitirá que os EES, no exercício da sua responsabilidade individual e social pela saúde, façam escolhas saudáveis no dia-a-dia e se comprometam na defesa da saúde global a longo prazo, através do exercício da cidadania ou do desempenho de papéis com impacto nas futuras políticas de saúde ou nas tomadas de decisão sobre as mesmas (Soares, Pereira e Canavarro, 2015).

O ensino superior, pelo impacto não negligenciável que representa no futuro dos EES, estimulando ou não, as diversas vertentes possíveis, representa uma mudança que pode originar desequilíbrios nas suas vidas, desde o seu acesso até à sua assiduidade. Considera-se o ensino superior, como um *setting* a desafiar a atenção acrescida da Enfermagem Comunitária. Assim, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, avaliar o estado de saúde desta comunidade em particular, assume-se como elemento basilar do campo de intervenção do EEEC (Regulamento n.º 428/2018).

Como contexto capaz de proporcionar aos seus alunos estímulos que exigem capacidades, profissionais e também pessoais, que porventura não tenham sido postas à prova até então, o ensino superior pode derivar em diversos impactos na vida dos EES. Ferreira [et. al.] (2016) trouxeram a evidência comprovando que o ensino superior pode ter um reflexo negativo considerável para os EES. Deste modo, assume-se que poderão surgir facilmente alterações na vida dos estudantes, relacionadas com as dificuldades escolares ou mesmo divergências familiares ou sociais, pela complexidade, se for o caso, em adotar alternativas e gerir os problemas decorrentes das transições vividas.

Na perspetiva de Meleis (2010, 2013) qualquer transição é uma origem possível de desequilíbrio, pois engloba processos intrapsíquicos como desorientação, irritabilidade, ansiedade e depressão. As transições diferem entre desenvolvimental, quando estão relacionadas com alterações no ciclo vital; situacional, quando articuladas com mudanças de papéis; processo saúde/doença, quando ocorre mudança do estado de saúde; e organizacional, tem que ver com o ambiente, como mudanças sociais, políticas ou económicas.

A passagem para o ensino superior representa uma das mudanças mais pretendidas e simultaneamente mais difíceis que os estudantes vivenciam, ao longo do seu percurso de estudo. Sabe-se que, pelas mudanças de natureza pedagógica (resultantes da mudança para o ensino superior), ecológica (decorrente de novos contextos de vida) e desenvolvimental (relacionadas com a realização de tarefas de desenvolvimento esperadas para a fase de vida em que se encontra) estarão patentes múltiplos desafios para os EES. O caso das mudanças no meio em que passa a viver, tanto a nível pessoal como académico, o afastamento físico da família em muitas situações, condicionando a mobilização deste ambiente. Nas situações de crise, poderão surgir os primeiros passos para a construção da identidade, pelas decisões e responsabilidades que surgirão, bem como o desenvolvimento do sentido para a vida (Soares, Pereira e Canavarro, 2015).

Para que seja possível identificar as mudanças e transições nos EES é necessário conhecer os seus ambientes, e neste sentido, é também aqui que o papel crucial do EEEC se revela imprescindível, no sentido de promover respostas adaptativas às transições identificadas.

Em Portugal (2019) existem poucas evidências epidemiológicas no âmbito da saúde relativamente aos EES, mas no âmbito dos Inquéritos Nacionais de Estatística, estes encontram-se normalmente incluídos no grupo de indivíduos na faixa etária 15-24 anos, e neste caso, e apesar das limitações existentes, os dados indicam que de uma forma geral a maioria apresenta um estilo de vida relativamente saudável, mas não permite especificar as diferenças. Relativamente ao ingresso e permanência no ensino superior, a evidência relata uma variação negativa no estilo de vida dos EES, com o consumo de tabaco, álcool, e drogas, também o sedentarismo e o comportamento sexual desprotegido figuram entre as práticas comuns dos EES (Soares, Pereira e Canavarro, 2015).

Durante o período letivo os ESS estão sujeitos a vários momentos de mudança, como serem deslocados do ambiente familiar, e/ou de grande *stress*, como é o caso das épocas de frequências, exames ou mesmo os estágios e toda a exigência destes. A evidência demonstra uma percentagem significativa de EES com um conjunto de dificuldades emocionais, relacionais, de ansiedade e gestão de *stress* que muitas vezes já são pré-existentes a este ingresso, mas que se evidenciam ou se agravam no contexto académico numa percentagem equivalente a 53%, essencialmente pela fase de transição em que se encontram (Gress-Smith [et. al.], 2015; Nogueira, 2017).

A necessidade de travar as tendências comportamentais prejudiciais à saúde dos EES vem justificar a realidade espelhada nos dados anteriores e fundamenta, assim, a necessidade de promoção da saúde no contexto destas instituições. Segundo a OMS (2018) existe uma tendência na continuidade dos comportamentos de risco adquiridos no período universitário, para a fase profissional. Além disso, as condutas de saúde desenvolvidas no período da adolescência e juventude têm um impacto significativo no desenvolvimento de doenças futuras.

Assegurar aos EES, para além do direito a uma educação de qualidade, o direito a um ambiente físico e psicossocial facilitador de decisões mais favoráveis à sua saúde e ao seu bem-estar, assume-se uma responsabilidade da Enfermagem Comunitária (Regulamento n.º 428/2018).

Esta lógica induz uma reflexão sobre a relevância e a incontornabilidade do trabalho colaborativo e participado. A existência de um propósito comum, o sentido de comunidade e a participação colaborativa são alguns dos indicadores de qualidade (Capucha, 2008) mas,

mais ainda, critérios fundamentais para o sucesso do planeamento e intervenção. Apenas projetos em que todos os elementos implicados no processo de execução e monitorização são efetivamente envolvidos no seu planeamento, podem ser convenientemente executados, com o máximo de eficiência e impacto e com o compromisso efetivo.

Nesta linha de ideias, importa abordar ainda as especificidades dos contextos académicos, fazendo referência por exemplo ao IPVC, encontrando-se num território de baixa densidade, comparado com outras instituições de ensino superior do norte do país, mas com potencial para aplicar os seus recursos numa dimensão mais abrangente. Esta instituição congrega seis unidades orgânicas, em edifícios isolados, com missões específicas, mas complementares entre si, reunindo desta forma, potencial para ser maximizado em proveito da promoção da saúde desta comunidade. Portanto, trabalhar o sentido de comunidade académica, preparando os EES para explorarem recursos endógenos, como a Saúde Mental, as Tecnologias, o Desporto e Lazer, entre outros, para que assim, seja possível otimizar as potencialidades das diferentes escolas/ departamentos das instituições de ensino superior envolvidas, no sentido de otimizar as forças e gerir as fraquezas de cada um. Só assim se pode construir um caminho em que todos contribuem para um bem comum (Morais e Rodrigues, 2018).

Espera-se, assim, que os EES consigam gerir de uma forma positiva as suas habilidades interiores, como a sensação de bem-estar, beneficiando-se a si e aos que lhe são mais próximos, como é o caso da família e dos pares, incluindo toda a sua comunidade envolvente. Para isto é necessário capacitar os EES, promovendo a SM, para que sejam capazes de gerir situações pessoais e sociais, ou mesmo identificar, ou serem identificados, e encaminhados precocemente (Portugal, 2017).

2. PERCURSOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL POSITIVA

A promoção da saúde convoca os EEECs a assegurar o bem-estar e a qualidade de vida, bem como, a capacitação dos próprios EES no sentido da (co)construção dos seus projetos de vida, nos termos preconizados pela Alma-Ata (1978) e Carta de Ottawa (1986). Neste sentido, e sendo a saúde transversal a todas as políticas, bem como ambientes saudáveis e como um recurso que deve estar ao alcance de todos para a evolução das comunidades, a saúde mental apresenta-se como potenciadora de um enorme impacto na saúde global dos EES.

O conceito de SM tem acompanhado a evolução e, atualmente, é entendido não apenas como a ausência de doença, agregando uma visão compreensiva e integrativa da pessoa, tendo em conta uma multiplicidade de fatores biológicos, sociais, psicológicos, culturais e ambientais. A SM como parte integrante da saúde no geral é a base para o bem-estar de cada um e saúde da comunidade em que está inserido (OMS, 2018).

A mudança ao longo dos tempos relativamente à visão integradora que é hoje a visão da SM, tem permitido o desenvolvimento de sistemas de saúde que incluem estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença e que integram a informação sobre os determinantes da saúde. Portanto, organizar a estratégia em saúde no sentido da prestação dos cuidados adequados à população alvo, identificando os determinantes da saúde destes, pode ser o caminho para a promoção da SM (Alves e Rodrigues, 2010).

A OMS (2018) e a Organização Pan-Americana da Saúde (2016) identificam os ambientes de respeito, o acesso aos direitos básicos civis, políticos, socioeconómicos e culturais como fundamentais para a promoção da SM. Enumerando ainda outros fatores que podem estar na origem das alterações da SM, entre eles, as rápidas mudanças sociais, as condições de trabalho *stressantes*, a discriminação de género, a exclusão social, os estilos de vida não saudáveis, a violência e a transgressão dos direitos humanos.

A SM condiciona a forma de pensar, sentir e agir das pessoas perante as diversas situações do quotidiano. Altera, igualmente, o modo como cada um se vê, como vê a sua vida, como se envolve nos desafios e problemas e como procura alternativas para os resolver. Viver positivamente as constantes alterações do dia-a-dia e integrar as mudanças que advêm destas, caracteriza as pessoas com saúde mental. Este processo resulta da capacidade de estabelecer relações interpessoais ótimas, permitindo enfrentar dificuldades comuns do quotidiano e da capacidade que demonstra para as potenciar (OMS, 2010, 2018).

Para José Almeida (2018), fundador do Instituto Global de Saúde Mental, a SM apresenta-se como um campo abrangente, integrando fenómenos como a SM+ que constitui a base do bem-estar mental, do exercício efetivo e da capacidade relacional das pessoas.

A SM, numa visão abrangente, implica que possa ser encarada através de duas dimensões: positiva e negativa. A SM+ abarca os recursos pessoais para encarar os desafios da vida e a capacidade de fomentar relações satisfatórias com os outros, atingindo o bem-estar psicológico, incluindo, assim, sentimentos de satisfação com a vida, vitalidade e energia, em conjunto com o bem-estar físico. A saúde mental negativa está relacionada com a existência de doença mental, sintomas e problemas mentais (Portugal, 2019).

O conceito de SM+, com raízes nos movimentos de Higiene Mental na segunda metade do século XX numa nova abordagem dirigida não só ao distúrbio mental, mas em especial à prevenção do mesmo, surge pela primeira vez com esta terminologia, na Áustria, por Jahoda (1958) que se centrou nos diversos aspetos do autoconceito e na valorização das competências pessoais capazes de enfrentar as problemáticas do dia-a-dia. Um conceito que denomina esse algo mais que a ausência de doença, mas um espaço dedicado especialmente à promoção da Saúde Mental. Lluch (2002) assume a ideia de SM+ como sendo um estado dinâmico que envolve emoções tanto positivas, como negativas, pensamentos e comportamentos que promovem as qualidades próprias com o seu expoente na promoção de aptidões pessoais.

A terminologia positiva é explicada por Lluch (2008) como potenciadora da SM generalista, quando promovida. Esta autora defende a aceitação das diferentes emoções, sejam elas positivas ou negativas, como fundamentais à vida, bem como os momentos de alegria e tristeza, vida e morte, amor e dor, com o intuito de promover a resiliência, com vista a que cada pessoa seja capaz de se sentir o melhor possível diante de cada circunstância em que se encontra. Lluch (1999) desenvolveu um modelo multifatorial de SM+ baseado nos seis seguintes fatores que se apresentam: **(1)** Satisfação Pessoal (autoconceito/autoestima, satisfação com a vida pessoal, perspetiva otimista do futuro); **(2)** Atitude Pró-Social (Predisposição ativa para a sociedade, atitude social altruísta/atitude de ajuda-apoio para com os outros, aceitação dos outros e dos factos sociais distintos); **(3)** Autocontrolo (capacidade para enfrentar situações conflituosas, equilíbrio emocional/ controlo emocional, tolerância à frustração, ansiedade e *stress*); **(4)** Autonomia (capacidade para ter critérios próprios, independência, autorregulação da própria conduta, segurança pessoal/confiança em si mesmo); **(5)** Resolução de Problemas ou Autorrealização (capacidade de análise, habilidade para tomar decisões, flexibilidade/capacidade para adaptar-se às mudanças, atitude de crescimento e desenvolvimento pessoal contínuo); **(6)** Habilidade de relação interpessoal

(habilidade para estabelecer relações interpessoais, empatia/capacidade para entender os sentimentos dos outros, habilidade para dar apoio emocional, habilidade para estabelecer e manter relações interpessoais íntimas). Estes fatores surgem com frequência como dimensões de instrumentos de avaliação da Saúde Mental.

Lluch (2002) ressalva ainda a ideia de que não é esperado que se viva em constante felicidade, mas sim, no sentido de se potenciar a SM+ deve fomentar-se o pensamento crítico, a empatia e maximizar uma atitude de resolução de problemas, fazendo todos os possíveis por encarar os desafios com otimismo.

Em Portugal este conceito foi pouco explorado durante algumas décadas, dando-se mais atenção a conceitos como qualidade de vida, bem-estar, entre outros. O interesse pela SM+ surge explicado também como oposição à tendência de centrar a ciência nas patologias e nos aspetos disfuncionais, atribuindo pouco ou nenhum enfoque aos aspetos positivos do desenvolvimento. A nomenclatura foi alterando ao longo dos tempos e atualmente há uma preocupação com o bem-estar das pessoas, que antes era denominada como uma busca pela felicidade. Na opinião de Leite (2016), a perspetiva positiva da SM estuda o bem-estar, dando enfoque a cinco características pessoais: **(1)** emoção positiva; **(2)** *engagement*; **(3)** sentido de coerência; **(4)** relacionamentos positivos; **(5)** realização pessoal.

Segundo Sequeira [et.al.] (2014) SM+ apresenta-se sem uma definição completa ou exata, isto tem que ver com a sua inter-relação de fatores, privilegiando, portanto, a saúde mental como o estudo das particularidades de proteção que são conferidas às pessoas, dotando assim este conceito de positividade. Deste modo, a SM+ pode afirmar-se como a capacidade para se perceber a si mesmo, reconhecer o meio e a comunidade como fatores facilitadores e assim, envolver-se e adaptar-se a esta de uma forma otimista.

Para Loureiro (2018) a SM+ diz respeito ao conjunto de características psicossociais positivas como a satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e habilidades de relação interpessoal que, além de permitir à pessoa ter uma vida plena consigo própria e com a sociedade, faz com que esteja protegida face ao desenvolvimento de patologias mentais.

Assim, como um fenómeno que integra um desafio elevado, a SM+ por ser de difícil definição e pelas suas dimensões subjetivas, importa salientar a sua ênfase nos recursos pessoais necessários para uma capacidade positiva e criativa, face aos desafios da vida bem como na capacidade para alimentar relações positivas. Relativamente ao bem-estar, importa distinguir as diferenças entres estes conceitos, pois este exhibe-se como a componente subjetiva da satisfação com a vida, bem como a dimensão de energia física e de vitalidade (Almeida, 2018).

Sequeira e Luch (2015) no sentido de fortalecerem a SM+ na vida pessoal de cada um, aclararam dez recomendações essenciais: **(1)** Valorizar positivamente as coisas boas da vida (a nível pessoal e profissional); **(2)** Colocar “carinho” nas atividades da vida; **(3)** Não ser muito duro consigo mesmo e com outros (a tolerância, compreensão e flexibilidade são benignos para a saúde mental); **(4)** Não deixar as emoções negativas bloquear a vida pessoal; **(5)** Tomar consciência dos bons momentos que acontecem, quando eles acontecem; **(6)** Deixar fluir as emoções e interpretar a normalidade de muitos sentimentos (não ter medo de chorar e dos sentimentos menos bons); **(7)** Procurar espaços e atividades para relaxar mentalmente; **(8)** Tentar resolver os problemas quando eles surgem; **(9)** Cuidar das suas relações interpessoais, tanto as da esfera pessoal e íntima como as de trabalho; **(10)** Fazer uso frequente do sentido de humor na vida.

A SM quando comprometida, e no caso de jovens adultos, pode trazer consequências ao nível das relações interpessoais, da diminuição da produtividade nos projetos em que se encontram envolvidos, e a longo prazo reduzir a longevidade das pessoas em 25 anos de vida, relativamente aos jovens em tratamento ou mesmo àqueles que não apresentam patologias mentais (Vidoureke e Burgage, 2019).

Doença mental, de acordo com Sequeira e Sampaio (2020) é uma situação patológica na qual a pessoa apresenta distúrbios na sua organização mental. Nem sempre de origem multicausal, com envolvimento de variáveis genéticas, biológicas e psicológicas, assim como condições sociais adversas ou outros fatores ambientais. Embora a perturbação mental possa ocorrer em qualquer idade, mais frequentemente começam no início da idade adulta, podendo assumir formas mais leves que interferem de forma pouco significativa na vida diária - denominadas perturbações mentais *minor* (Exemplos: depressão *minor* ou as perturbações de ansiedade) ou formas mais graves, denominadas por perturbações mentais *major*, com implicações mais significativas na vida da pessoa (Ex: esquizofrenia, a perturbação bipolar, a depressão *major*).

A OMS define as perturbações mentais e comportamentais, como as principais causas de doenças não transmissíveis, na faixa etária entre os 15-19 anos, estimando ainda que cerca de 20% dos jovens apresentem pelo menos uma perturbação até aos 18 anos (DGS, 2015).

Estando as doenças mentais numa evolução ascendente, segundo os dados da DGS (2017a), importa abordar, também, a carga e os custos que tendem, da mesma forma, a aumentar progressivamente. Neste sentido, e com o peso cada vez mais evidente com as doenças mentais, onde estão evidenciadas as perdas de capital humano produtivo e consequentemente as despesas em cuidados de saúde diretos e indiretos.

A evidência declara, assim, que as pessoas se encontram mais vulneráveis na sua juventude para desenvolver alterações emocionais podendo resultar em doenças mentais com repercussões durante toda a vida (Vaillant, 2012), crescendo as evidências de que promover e proteger a saúde mental dos jovens traz benefícios não apenas para a sua saúde, tanto a curto como a longo prazo, mas também à economia e à sociedade, com jovens adultos saudáveis capazes de trazer contribuições maiores à força de trabalho, famílias e comunidades e a sociedade como um todo (Portugal, 2019).

Estudos de Goleman (2010, 2015) apontam para a influência das hormonas libertadas em momentos de *stress*, como a noradrenalina, a adrenalina, e outras, como sendo condicionantes do sistema imunitário. Aferindo que aqueles que conseguem substituir as emoções negativas e os pensamentos mais ansiosos por sensações positivas, estarão menos predispostos a doenças cardíacas, cefaleias, asma e úlceras pépticas. Keramati (2014) provou também que não só a saúde física e o sistema imunológico são afetados pelos sentimentos positivos, também se encontra uma correlação positiva entre a felicidade e o desempenho académico e/ou profissional.

Assim, o interesse pela vertente positiva da SM tem crescido ao longo dos tempos. Pouco a pouco, a evidência existente tem dado certezas de que a promoção da saúde nesta área é cada vez mais uma necessidade para todos.

Apesar de tudo, existe ainda um importante número de pessoas com doenças mentais graves que permanecem sem acesso a cuidados de SM. A Direção Geral de Saúde (DGS) (2017a) salienta que os modelos de intervenção, como programas de prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial, hoje considerados essenciais, continuam sem ser implementados no nosso país.

Durante muito tempo a SM foi descurada. O estigma, os medos e os preconceitos associados às doenças mentais explicam parte desta subvalorização, mais ainda, a ideia de que nada poderia ser feito para prevenir as doenças mentais e promover a SM das pessoas (Almeida, 2018). Entretanto, surgiu progressivamente a necessidade de incluir a SM entre as prioridades de saúde pública, pela União Europeia (UE). A Comissão Europeia criou um pacto Europeu (2008), numa conferência em Bruxelas denominada - Juntos pela Saúde Mental e Bem-estar - onde reconheceu a sua pertinência para os seus Estados-Membros, representantes e comunidades. Deste pacto resultaram cinco áreas prioritárias, das quais, a SM na juventude e na educação. Com o objetivo de se garantir em ambiente escolar, mecanismos para a deteção precoce, disponibilizar programas que promovam as competências parentais, promover o conhecimento de toda a comunidade envolvida, promover a participação dos jovens na educação, cultura, desporto e emprego.

Por merecer tal relevância, sob a tutela do XXI Governo Constitucional, a DGS no âmbito do Plano Nacional de Saúde, inclui a saúde mental nos programas de saúde prioritários, pelo Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio. A Promoção da SM é uma prioridade assumida no âmbito das políticas de saúde tanto ao nível internacional pelo Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020, como nacional, explanada no Plano Nacional de Saúde Mental 2017-2020 (Portugal, 2017).

A OMS define como um dos seus objetivos no Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 a prestação de serviços inclusivos e integrados de SM em contextos comunitários bem como a implementação de estratégias de promoção e prevenção, e ainda o fortalecimento de sistemas de informação, evidências e investigação (OMS, 2013).

Recentemente, e identificando o papel essencial da SM nas comunidades, a UE iniciou *Joint Action on Mental Health and Well-being*, envolvendo os diferentes Estados-Membros que levou à aprovação em 2016 de uma Estratégia Europeia para a SM e o bem-estar. Estas estratégias refletem-se nas políticas individuais de cada país, como é o caso de Portugal (2017), que passou a incluir a SM entre as prioridades das suas políticas de saúde. A par desta ação foi também possível perceber as desigualdades existentes entre Portugal e os restantes estados membros relativamente às metas preconizadas pela OMS.

As linhas de Ação Estratégica que foram aprovadas em Bruxelas prendem-se com alguns dos seguintes objetivos: Garantir a implementação eficaz e sustentável de políticas que contribuam para a promoção da SM e para a prevenção e tratamento das doenças mentais; Desenvolver a promoção da SM e os programas de prevenção e intervenção precoce, através da integração da SM em todas as políticas e de uma cooperação entre vários sectores; Garantir a transição para um tratamento abrangente e para cuidados na comunidade de elevada qualidade, acessíveis a todos, com ênfase na disponibilização dos cuidados de SM para todas as pessoas com doenças mentais; e Fortalecer o conhecimento baseado na evidência científica e a partilha de boas práticas na SM (Portugal, 2017).

Pois isto, a DGS (2017) define no Programa Nacional de SM objetivos a serem atingidos até 2020 dos quais a realização de mais 30% de ações de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais, deixando, ainda, como divisa aos profissionais de saúde em aumentar os cuidados e serviços na área da SM com jovens.

A prevalência das alterações na SM varia significativamente de país para país, ainda assim, na Europa, apenas a Irlanda do Norte (23.1%) e Portugal (22.9%) apresentam valores acima de 20%. A par de uma das prevalências mais altas de perturbações mentais, temos ainda uma das taxas mais altas de consumo de psicofármacos da Europa (Almeida, 2018).

A agenda das Nações Unidas para 2030 define 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, sendo o terceiro referente a *Saúde e Equidade*, com o objetivo de garantir o acesso à saúde de equidade e promoção do bem-estar. Foram, então, emanadas orientações no sentido da promoção da saúde e o bem-estar em geral e ambiente escolar, incluindo a SM.

Portugal (2017b, p.24), no relatório sobre a implementação da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, relativamente à promoção da saúde mental:

“(...) é uma prioridade pois ela é a dimensão da saúde que permite lidar de forma mais eficaz com as emoções, os sentimentos, as frustrações e usufruir do seu contributo para a capacidade de pensar e de tomar decisões. As perturbações emocionais e comportamentais, detetadas na escola, devem ser articuladas com o Programa Nacional de Saúde Mental.”

A DGS (2017a) prevê que até 2030 as perturbações mentais, como a depressão, passem a ser a primeira carga global de doença a nível mundial. Todos estes dados apontam para que as necessidades de apoio à SM dos EES se apresentem como uma prioridade para instituições de ensino superior em todo o mundo (Lawal, Idemudia e Senyatsi, 2018).

A OMS (2019) afirma que todos os anos cerca de 800.000 pessoas praticam suicídio, e esta é a segunda causa de morte nos jovens com idades entre os 15 e os 29 anos. As doenças mentais interferem no bem-estar e na saúde geral dos jovens, no entanto existe ainda algum desconhecimento nesta área, e consequentemente a ineficácia em identificar sinais de alarme. Alguns estudos sugerem que a falta de LSM é um dos maiores obstáculos para a intervenção precoce (O'Neill, 2013), daí a importância de serem identificadas as necessidades desta população.

Efetivamente, as doenças mentais e os problemas de SM em geral estão entrelaçados com questões como a pobreza, o desemprego e a exclusão social, que apenas com políticas na área social e económica se conseguem respostas para a maioria das necessidades. Por outro lado, tanto a escola, como os locais de trabalho têm um relevante papel na SM das pessoas atribuindo assim um foco essencial nestas entidades para levar a cabo políticas e programas consistentes de prevenção e promoção de saúde (Almeida, 2018).

Sabe-se que os determinantes de saúde mental incluem fatores económicos e sociais, essencialmente relacionados com pobreza, baixos rendimentos das famílias e segurança alimentar. Também os fatores habitacionais, que tem que ver com as condições de saneamento básico, as infraestruturas da habitação e ambiente comunitário (bairro e vizinhança), bem como os fatores ambientais como a exposição a momentos de violência interpessoal, discriminação social, ou ainda a exposição a desastres ambientais consequência das alterações climáticas são determinantes expressivos da saúde mental. O domínio social

e cultural está diretamente relacionado com o acesso à educação, primeiro pelo desenvolvimento cognitivo que pode prevenir doenças mentais, mas também pelos círculos viciosos que podem gerar os problemas educacionais. Do mesmo modo, a educação tem ainda um papel marcante para potenciar melhores empregos, e por isso, melhores rendimentos, podendo assim contribuir para reduzir as desigualdades, tanto de rendimentos como de género (Portugal, 2019).

Assim, pode afirmar-se que as intervenções desenvolvidas com os EES continuam a trazer ganhos para todos, tanto do ponto de vista dos conhecimentos em prevenção, como da mudança de atitudes. Acreditando, assim, que as mudanças ocorridas contribuem para a deteção precoce de pessoas em risco de desenvolver doenças mentais e também, para melhorar a sua referenciação para acompanhamentos adequados, bem como, e numa perspetiva económica, reduzir custos futuros.

Numa visão económica, programas de promoção, prevenção e intervenções precoces e eficazes poderão reduzir o custo das perturbações de SM não só para o indivíduo e a sua família, a médio e a longo prazo, mas também para os sistemas de saúde e para a sociedade (Cartaxo, Pedroso e Cerejeira, 2014). O resultado esperado traduz-se em ambientes escolares mais seguros para os EES e toda a comunidade, e menores incidências de distúrbios mentais.

O repto que se lança tem que ver com os custos que representa a diminuição da SM+, quando se sabe que esta se apresenta como a base para um desenvolvimento equilibrado ao longo da vida de cada um, desempenhado um papel fundamental para a integração social, a vida em comunidade, tendo como consequência um papel fundamental no progresso económico e no desenvolvimento sustentável das sociedades (Almeida, 2018). Um dos recursos que se apresenta passa, sobretudo, pelo aumento da LSM, e ainda, por medidas que possam contribuir para a diminuição progressiva de preconceitos ou estigmas em relação à SM, evitando assim possíveis barreiras à deteção ou tratamento.

Uma barreira comum na procura de ajuda prende-se com a desvalorização relativamente à doença. O mais comum, no caso dos jovens, é que neguem a presença de uma doença mental, ou nos que assumem, considerem que conseguem revolver tudo sem a ajuda de profissionais de saúde. Segundo Vidoureke e Burgage (2019) num estudo realizado com EES concluiu-se que o estigma sobre doenças mentais são uma das grandes limitações à sua deteção e tratamento. Este estudo vem dar sustento às práticas de educação e consciencialização para a redução do estigma. Neste sentido, a promoção da SM e LSM mostra-se essencial.

A consciencialização é um tema que nos remete a (Paulo Freire, 1979, p.9) “Quanto mais refletir sobre a realidade, sobre sua situação concreta, mais emerge, plenamente consciente, comprometido, pronto a intervir na realidade para mudá-la.”

Neste sentido, e fazendo referência a uma das competências específicas do EEEC - Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades – e para cooperar nesta lógica, impõe-se a promoção da SM+ e da LSM. Tendo presente que ensinar, ou capacitar, vai além de transferir conhecimento, passa também por criar possibilidades para a sua génese ou evolução (Freire, 1996).

O conhecimento pode ser o primeiro passo para quebrar barreiras. Nesta linha de ideias é consensual que a educação e a consequente promoção da LSM se apresentam como estratégias de combate ao estigma (Arboleda-Flórez, 2012; Carvalho [et. al.], 2019).

3. LITERACIA EM SAÚDE E LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

A DGS, alinhada com os objetivos do Plano Nacional de Saúde, encontra-se focada na otimização da Literacia em Saúde (LS) da população portuguesa. A monitorização e a melhoria dos níveis de LS, bem como a promoção do espírito crítico da comunidade face às suas decisões de saúde e as ferramentas disponíveis para este fim, apresentam-se como um desafio de Saúde Pública (Portugal, 2018).

O conceito de LS surge pela primeira vez na década de setenta associada à necessidade de educar em saúde, em contexto escolar, por Simonds (1974). Atualmente, remete-nos para um exercício ativo e participado no que concerne à capacidade de indivíduos, grupos ou comunidades em obter, entender e decidir a sua saúde (Loureiro [et. al.],2012).

A *European Health Literacy Consortium* convoca a capacitação das populações para os conhecimentos, a motivação e mestrias para aceder, compreender, avaliar e mobilizar informação no sentido de serem tomadas decisões nas suas vidas relativamente aos cuidados de saúde, prevenção e promoção de saúde como uma definição de Literacia em Saúde (OMS, 2013; Serrão, Veiga e Vieira, 2015).

A OMS (1998, p.19) definiu literacia em saúde como:

“(...) a obtenção de um nível de conhecimento, aptidões pessoais e confiança para agir no melhoramento da saúde pessoal e da comunidade, mudando estilos de vida pessoais e condições de vida. Assim, literacia em saúde significa mais do que ser capaz de ler panfletos e fazer apontamentos. Ao melhorar o acesso das pessoas à informação sobre saúde, e a sua capacidade para a usar de forma efetiva, a literacia na saúde é crítica para a capacitação das populações”.

De acordo com Nutbeam (2000) a LS pode adotar três níveis: o primeiro, literacia funcional, o conceito mais básico da literacia, relaciona-se essencialmente com a partilha de informação e tem que ver com as capacidades básicas de leitura e escrita para permitir um funcionamento efetivo da saúde; o segundo, literacia interativa, tem um foco mais centrado no individuo, na formação e desenvolvimento de habilidades pessoais, nos seus comportamentos e atitudes, numa participação ativa em saúde; o terceiro, literacia crítica, centra-se nos grupos e contextos, na capacidade para analisar criticamente as informações em saúde, aumentando a consciencialização no sentido da mudança (Morais, Brito e Tomás, 2018).

Importa ainda entender que sendo o conhecimento em saúde fundamental na educação em saúde e que por outro lado, o nível de LS constitui um dos principais fatores preditores do nível de saúde das populações, de acordo com a OMS (2013a) os níveis de LS constituem um desafio à equidade em saúde. Nesta linha de ideias, a LS desperta preocupação e interesse quer por parte dos EEEC pelo impacto decorrente na saúde das populações, quer dos decisores políticos pelo esforço financeiro associado a estes baixos níveis.

A diminuição das diferenças em LS pode contribuir para diminuir desigualdades que afetam as sociedades ao nível da esperança de vida, dos resultados nos cuidados de saúde e da mortalidade (Loureiro e Miranda, 2010). Através disto, podemos concluir que melhorar a LS pode significar dar poder às populações para assumirem responsabilidade pelos seus comportamentos, para assim, termos ganhos na qualidade de vida dos mesmos, dos que deles dependem, e em saúde no geral.

Os baixos níveis de LS estão relacionados com o aumento das despesas em saúde, com o dependente aumento das doenças crónicas, dos custos em assistência médica e com a mortalidade precoce (Berkman in Crowe, Mullen e Littlewood, 2018). Mais recentemente levanta-se o conceito de LSM, que surge do conceito de literacia em saúde e vem dar destaque à SM+, com o objetivo de diminuir o estigma associado às doenças mentais, melhorando ainda, o conhecimento dos recursos para as doenças mentais, para que haja uma gestão positiva da SM (Kutcher [et. al.], 2016).

O conceito de LSM surge após os trabalhos precursores de Anthony Jorm (1997) na Austrália, originalmente era conceptualizado como o saber e as crenças sobre as doenças mentais, o que auxiliaria o seu reconhecimento, gestão ou prevenção. Mais tarde, LSM surge como tendo vários componentes, incluindo: o reconhecimento de distúrbios para facilitar a procura de ajuda; o conhecimento da ajuda profissional e dos tratamentos disponíveis; o conhecimento de estratégias eficazes de autoajuda; e ainda os conhecimentos e habilidades para prestar apoio a outras pessoas e/ou ainda conhecimentos para prevenir alterações mentais (Jorm, 2014).

Atualmente, o conceito de LSM entende-se da seguinte forma: como conquistar e manter a SM+; entender alterações mentais e os seus tratamentos; diminuir o estigma relacionado a doenças mentais; e, melhorar a eficiência na procura de ajuda (saber quando e onde procurar ajuda e desenvolver competências destinadas a melhorar os cuidados de saúde mental e as capacidades de autogestão) (Kutcher [et. al.], 2015).

Assim, a LSM envolve um conjunto de elementos interligados como o conhecimento para prevenir e reconhecer o início da doença ou alternativas e tratamentos possíveis, bem como

o conhecimento sobre estratégias de ajuda. Assume-se, então, a LSM como a âncora para a avaliação dos seus componentes, de forma a promover um conhecimento em direção à ação, em proveito da saúde mental do indivíduo, ou dos seus pares (Rosa, Loureiro e Sequeira, 2019).

Um dos fatores determinantes para a carência de procura de ajuda é, frequentemente, o baixo nível de LSM. Vários estudos recentes apontam para baixos níveis de LSM, em diferentes grupos da população. A dificuldade em identificar corretamente as alterações que surgem, a baixa compreensão dos fatores causais e as crenças erradas sobre a efetividade do tratamento resultam muitas vezes na desvalorização ou mesmo ausência de tratamento. Nesta linha de ideias, a promoção da LSM apresenta-se como um requisito para o reconhecimento precoce e a intervenção atempada nas perturbações mentais (Rosa, Loureiro e Sousa, 2014).

Numa revisão sistemática da literatura, levada a cabo por Morgado e Botelho (2014) identifica-se a necessidade de se desenvolver, validar e avaliar intervenções que promovam a LSM nos jovens. A LSM diz respeito ao conjunto de saberes e crenças acerca da capacidade para reconhecer as alterações e a procura de ajuda. A LSM foi identificada como um fator chave na procura de ajuda em EES (Rafal [et. al.], 2018).

Serrão, Veiga e Vieira (2015) apontam a promoção da LS como uma necessidade da população, em geral, e junto dos grupos de maior vulnerabilidade, em particular. Bjornsen [et. al.] (2019) com o intuito de perceberem a relação entre LSM e o bem-estar mental, no sentido de identificar as implicações para a enfermagem de saúde escolar concluem que existe uma relação positiva entre os níveis de LSM e o bem-estar mental dos jovens. Além disso, admitem que centrar as intervenções da saúde escolar na promoção da SM em detrimento da prevenção de doenças mentais, como uma abordagem eficaz na educação em SM.

Diminuir o estigma e o preconceito em SM prende-se como uma prioridade na promoção da saúde mental por se verificar que o défice neste âmbito está diretamente relacionado com níveis baixos de LSM (Crowe, Mullen e Littlewood, 2018). Perspetiva-se, assim, a necessidade de programas de sensibilização e políticas educativas nas escolas.

A LSM é uma área pouco estudada no ensino superior em Portugal (Nogueira, Barros e Sequeira, 2017). Pouco se sabe deste tema, essencialmente no âmbito académico, limitando assim as intervenções nesta área. A pouca evidência científica neste âmbito sugere que devem ser realizados mais estudos (Kutcher [et. al.], 2016).

4. Estado da arte: Saúde Mental Positiva e Literacia em Saúde Mental

Partindo das seguintes questões de investigação: "Qual o nível de SM+ dos estudantes do ensino superior?" e "Qual o nível de LSM dos estudantes do ensino superior?", tendo presente os critérios de inclusão e exclusão, os descritores e os parâmetros imprescindíveis para a seleção de estudos, foram realizadas pesquisas separadamente para cada questão de investigação, ainda assim, ambas durante o mês de novembro e dezembro de 2019 e janeiro de 2020 utilizando os recursos: *CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)*; *MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)*; *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*; *Cochrane Central Register of Controlled Trials*; *Cochrane Database of Systematic Reviews*; *Cochrane Methodology Register*; *Library, Information Science & Technology Abstracts*; *MedicLatina* e *RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal)*. Utilizou-se como complemento a consulta da bibliografia dos artigos incluídos na revisão.

Relativamente à investigação sobre a SM e SM+ dos EES, os descritores utilizados foram: Saúde Mental, Saúde Mental Positiva e Estudantes do Ensino Superior, e os equivalentes em inglês e espanhol. Seguindo os seguintes critérios de inclusão: **(1)** estudos científicos relacionados com SM e/ou SM+ nas componentes da promoção da saúde; **(2)** amostra exclusiva a estudantes do ensino superior; **(3)** Estudos publicados no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2020; e **(4)** Disponíveis em texto integral e revistos pelos pares. Destes, foram encontrados 19 estudos, os quais foram lidos na sua totalidade e excluindo-se assim, todos os que não cumpriam os critérios estabelecidos, sendo eles participantes de outras faixas etárias, intervenções de promoção e educação noutras áreas da saúde, resultados relativos a intervenções noutras áreas da saúde mental e revisões narrativas da literatura. Foram então, nesta lógica, considerados 5 estudos.

No que concerne à investigação sobre LSM dos EES, os descritores utilizados dizem respeito a: Literacia em Saúde Mental e Estudantes do Ensino Superior e os equivalentes em inglês e espanhol. A seleção dos estudos seguiu os seguintes critérios de inclusão: **(1)** estudos científicos relacionados com a LSM nas componentes da promoção da LSM; **(2)** amostra exclusiva a estudantes do ensino superior; **(3)** Estudos publicados no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2020; e **(4)** Disponíveis em texto integral e revistos pelos pares. Segundo os critérios descritos, foram encontrados 21 estudos, excluindo-se assim, todos os que não cumpriam estes critérios estabelecidos, tais como participantes com idades e níveis de estudo

diferentes, bem como estudos noutras áreas da literacia em saúde. Deste modo, consideram-se 4 estudos.

Deste modo, os 9 estudos considerados (Tabelas 1 e 2) foram codificados de acordo com os seguintes parâmetros: último nome do autor; país (local do estudo); ano de publicação; tipo de pesquisa (qualitativa, quantitativa); caracterização e tamanho da amostra; principais objetivos do estudo; e principais resultados.

As poucas evidências produzidas nestas áreas levam-nos a refletir sobre a relevância que é dada à SM, SM+ e LSM, dos EES, bem como aquilo que as equipas de saúde têm feito para identificar necessidades neste âmbito. Para Capucha (2008) planear consiste em projetar uma mudança, antecipar uma realidade desejável, prevendo as etapas necessárias para transformação dessa mesma realidade.

4.1. Saúde Mental e Saúde Mental Positiva

A maioria destes estudos conclui que a SM+ está relacionada positivamente com estilos de vida saudáveis, como as horas de sono recomendadas, hábitos de exercício físico regular, ou com o nível socioeconómico elevado. Neste sentido, pode afirmar-se que na maioria dos casos a promoção da saúde mental está diretamente relacionada com a SM+.

Galvão [et. al.] (2017) concluem que a maioria dos EES (53.8%) demonstra uma má qualidade de sono apresentando níveis de *stress*, ansiedade e depressão superiores aos restantes, conseguindo ainda demonstrar uma correlação positiva entre a qualidade de sono e o nível de consumo de álcool, em EES.

Esta tendência está alinhada com as observadas em estudos como Bjornsen [et. al.] (2019) que evidenciou a partir do seu estudo que o foco de ação deve incidir na promoção da saúde mental em detrimento da prevenção de doenças mentais, assumindo assim, uma abordagem eficaz na educação em saúde mental com jovens.

Um estudo de Nogueira e Sequeira (2018) com o objetivo de caracterizar a satisfação com a vida académica e estudar a relação desta com o bem-estar psicológico, patenteou que a satisfação com a vida académica se correlaciona positivamente com o bem-estar dos estudantes. Estas conclusões importam numa lógica de promoção de contextos positivos e promotores de saúde mental.

Deste modo, apresentam-se de seguida, na Tabela 1, alguns estudos realizados em diferentes países sobre SM e SM+ e as principais conclusões dos mesmos.

Tabela 1. Estudos realizados sobre Saúde Mental e Saúde Mental Positiva

Autores País (ano)	Caracterização – objetivos	Principais resultados
Ferreira [et. al.] Brasil (2016)	Estudo quantitativo exploratório com 269 EES - Avaliar a SM+.	A maioria diz-se satisfeita com sua vida pessoal. Assumem dificuldades em: lidar com o stress e os níveis de confiança em si mesmos. Menos de metade diz-se disposto a ajudar o próximo, e possuem facilidade para estabelecer relações interpessoais.
Nogueira, Sequeira Portugal (2017)	Estudo descritivo, transversal e correlacional com 560 EES – Caracterizar a SM, explorar a relação entre a SM, as variáveis sociodemográficas e os comportamentos em saúde.	Concluem-se níveis satisfatórios de SM, as análises correlacionais mostram que as mulheres apresentam níveis de SM mais baixos em relação aos homens, e uma relação positiva entre o nível socioeconómico e os níveis de SM. Os resultados também indicam que os níveis mais elevados de SM estão significativamente associados a participantes que praticam exercício físico regular e a quem dorme mais horas.
Nogueira Portugal (2017)	Estudo exploratório, transversal e correlacional com 560 EES – Avaliar a SM: Fatores protetores e fatores de vulnerabilidade.	A SM está positivamente correlacionada com nível sociodemográfico, vida afetiva estável e satisfatória, ter bom desempenho académico, dormir sete ou mais horas, não consumir fármacos, estar satisfeito com o suporte social e a vida académica, ter tido poucos acontecimentos de vida negativos, ter menor vulnerabilidade psicológica e ter menor percepção de vulnerabilidade.
Selvaraj, Baht USA (2018)	Estudo exploratório com 338 EES – Avaliar as relações que existem entre os níveis de SM.	O desenvolvimento de forças psicológicas positivas, como esperança, eficácia, resiliência e otimismo com EES aumentam a SM+.
Teismann, Brailovskaia, Margraf Alemanha (2019)	Estudo quantitativo com 150 EES – Avaliar a SM+ e a sua relação com a ideação suicida.	Existe uma associação negativa significativa entre a SM+ e ideação suicida, isto é, quando existe bons níveis de SM+ há menor probabilidade de suicídio.

4.2. Literacia em Saúde Mental

Com base na pouca evidência encontrada nesta pesquisa realizada e pensando no papel do EEEEC, importa refletir sobre a necessidade de estudar esta população, partindo, assim, da avaliação das necessidades de saúde desta população específica, EES, e com recurso à metodologia de planeamento em saúde.

A maioria dos estudos levam-nos a concluir que o conhecimento em saúde mental, das populações mais jovens, se apresenta como uma lacuna com prioridade a ser suprimida. Corroborando, assim, a relevância da promoção da LSM no sentido de se reduzir o estigma relativamente à SM, bem como capacitar os jovens estudantes para adquirirem interesse nesta temática, com um objetivo maior de se alcançar SM+ nesta população, bem como, e a longo prazo, adultos mais saudáveis e proativos.

Perante estes resultados, tanto de evidência restrita ou limitada, como de baixos níveis de conhecimentos em SM, urge o desenvolvimento de programas de educação em saúde com EES. A escassa evidência de estudos neste âmbito torna visível a necessidade de (re)pensar os cuidados de enfermagem e a sua partilha e divulgação, tanto em relação à Enfermagem Comunitária como à Enfermagem de Saúde Mental.

Para Tavares (1990), o planeamento em saúde pressupõe-se um processo contínuo, permitindo-nos escolher a melhor solução entre várias alternativas, tendo em consideração os constrangimentos da atualidade e ainda os que se preveem para o futuro, e a previsão dos recursos necessários para, em conformidade com uma ordem de prioridades previamente estabelecida, atingir os objetivos determinados.

Neste sentido, importa avaliar as necessidades da população para que posteriormente, e com base nas necessidades encontradas, se possa referenciar estes EES aos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental, e desenvolver um projeto colaborativo para suprimir esta lacuna.

A evidência encontrada está alinhada com a observada em estudos anteriores, como Bjornsen [et. al.], (2019), que estudaram jovens na mesma faixa etária dos EES, e concluiu existir uma relação positiva entre os níveis de LSM e o bem-estar mental dos jovens.

Assim, expõe-se na Tabela 2, alguns estudos realizados em diferentes países sobre LSM e as principais conclusões dos mesmos.

Tabela 2. Estudos realizados sobre Literacia em Saúde Mental

Autores País (ano)	Caracterização - objetivos	Principais resultados
Amstrong, Young. Canadá (2015)	Estudo quantitativo com 271 EES – avaliar a LSM.	A maioria dos estudantes, principalmente homens, não soube reconhecer doenças mentais como: ansiedade, distúrbios alimentares ou psicoses.
Loureiro Portugal (2018)	Estudo quantitativo com 447 EES – avaliar a LSM e SM+.	Verificou-se uma correlação positiva entre a LSM e a SM+. A maioria dos EES apresentam bons resultados quer ao nível da SM+ quer ao nível da LSM.
Rafal [et. al.], EUA Florida, EUA (2018)	Estudo quantitativo com 1242 EES – avaliar a LSM, o estigma e procura de ajuda.	Todos os participantes revelaram baixos níveis de LSM e diminuída intenção de procurar ajuda de profissionais de saúde, bem como um elevado estigma relativamente a esta procura de cuidados.
Loureiro, Costa. Portugal (2019)	Estudo pré experimental com 46 EES - Avaliar o impacto de um programa na LSM.	A maioria dos EES que frequentaram o programa aumentaram a LSM em todos os parâmetros avaliados, e desenvolveram ainda mais confiança em prestar cuidados nesta área.

PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

5. METODOLOGIA

A investigação científica é um processo de resolução de problemas através da aplicação sistemática de várias etapas que conduzem a uma solução que culmina na expansão do conhecimento científico, neste estudo com enfoque no nível de SM+ e LSM dos EES. As opções metodológicas permitem atingir metas, com base na seleção e aplicação de métodos e técnicas apropriadas que conferem validade científica ao estudo (Pestana e Gageiro, 2014).

Neste capítulo apresentam-se as opções metodológicas deste estudo, designadamente, os objetivos e finalidade desta investigação, o tipo de estudo, o universo e ainda os instrumentos e os procedimentos utilizados, bem como as considerações éticas.

5.1. Questões de investigação, finalidade e objetivos do estudo

Desde a conferência de Alma-Ata (1978) que o investimento na promoção da saúde tem evoluído, a par dos movimentos criados mundialmente, também em Portugal, com escolas e cidades saudáveis. As universidades promotoras de saúde consubstanciam uma atenção recente das políticas de saúde, em concordância com a Carta de Okanagan (2015).

Os problemas relacionados com a SM apresentam-se como um dos principais motivos de incapacidade e ainda de morbilidade e morte prematura no nosso país (Portugal, 2017a). Os défices em LSM são apontados como um dos principais fatores de estigma e do fraco acesso à assistência em SM, atingindo cerca de 10 a 20% da população jovem adulta (Nogueira, 2017), tornando-se assim um foco de Saúde Comunitária.

Na atualidade a SM apresenta um papel crucial no funcionamento das sociedades e na própria saúde física e global das pessoas. Os problemas de SM conduzem a custos elevados, tanto diretos como indiretos que podem exceder os 4% do Produto Interno Bruto nacional, não apenas em despesas com tratamento médico e reabilitação dos doentes, mas também em cuidados continuados, co-morbilidades, perdas de produtividade, incapacidades ou morte prematura (Portugal, 2019).

Perante estes dados e face à inexistência de informação relativa às necessidades (sentidas, expressas e reais) de saúde dos EES, designadamente a SM+ e a LSM, e no sentido de dar resposta ao Programa Nacional de Saúde Mental (Portugal, 2017) e numa perspetiva futura de incrementação do bem-estar dos EES, traduz-se numa oportunidade importante para melhorar a investigação e coordenar respostas integradas, sistemáticas e sustentadas pela evidência, apresentam-se como questões de investigação pertinentes a estudar:

- Qual o nível de SM+ dos EES de um Instituto de Ensino Superior da Região Norte do país?
- Qual o nível de Conhecimentos em saúde Mental dos EES de um Instituto de Ensino Superior da Região Norte do país?
- Qual a correlação entre SM+ e os Conhecimentos em saúde Mental dos EES de um Instituto de Ensino Superior da Região Norte do país?
- Quais as relações da SM+ e dos EES de um Instituto de Ensino Superior da Região Norte do país com os aspetos socio-afetivos?

A partir da compreensão e delimitação desta temática, estabeleceu-se como finalidade deste estudo contribuir para identificar as determinantes da SM+ e da LSM, bem como propor áreas de intervenção prioritárias, no âmbito da saúde, em alinhamento com os resultados obtidos.

Assim, estabelece-se como objetivos para este estudo:

- Avaliar a SM+ dos EES de um Instituto de Ensino Superior da Região Norte do país;
- Avaliar os Conhecimentos em Saúde Mental dos EES de um Instituto de Ensino Superior da Região Norte do país;
- Relacionar a SM+ dos EES de um Instituto de Ensino Superior da Região Norte do país com os aspetos socio-afetivos;
- Relacionar os Conhecimentos em Saúde Mental dos EES de um Instituto de Ensino Superior da Região Norte do país com os aspetos socio-afetivos;
- Correlacionar a SM+ e o Conhecimento em Saúde Mental dos EES de um Instituto de Ensino Superior da Região Norte do país;
- Propor recomendações, para este setting, nas áreas de intervenção prioritárias, em alinhamento com os resultados obtidos.

5.2. Tipo de estudo

De acordo com Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio (2013), a presente investigação apresenta-se como um estudo transversal, analítico-correlacional e observacional.

Os estudos transversais são estudos que mostram a organização de uma população em um determinado momento, como uma fotografia retrata o momento em que foi tirada.

Por outro lado, este estudo por partir com o objetivo de se entender a correlação existente entre as variáveis de SM+ e o Conhecimento em Saúde Mental, analisadas e medidas através de procedimentos estatísticos, assume uma perspectiva analítico-correlacional.

Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2013) este estudo é ainda de carácter observacional, tendo em conta que se pretende conhecer a realidade dos EES.

5.3. População

Constituem o universo deste estudo os 183 EES, que frequentam uma Instituição de Ensino Superior da Região Norte, que cumpriram os seguintes critérios de inclusão no estudo: **(1)** validar e consentir a participação no estudo, através do consentimento informado on-line; **(2)** preencher o questionário on-line na íntegra.

5.4. Procedimentos de recolha e tratamento de dados

O estudo teve início após formalização de uma parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto e a Escola Superior de Saúde do IPVC, já existindo a aprovação pela comissão de ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto (Apêndice I).

A totalidade dos dados obtidos através dos instrumentos utilizados serão apresentados com recurso à estatística descritiva e inferencial.

Qualquer investigação, a fim de encontrar respostas ao problema ou questões planeadas, deverá recorrer a instrumentos de recolha de dados. De acordo com Pestana e Gageiro (2014) a escolha do método é feita segundo as variáveis que pretendem ser analisadas e a estratégia de análise estatística considerada.

Pretende-se caracterizar os EES, e avaliar a SM+ e os Conhecimento em Saúde Mental dos mesmos, analisando as relações existentes entre comportamentos e experiências, justificando atenção na evidência de relações bilaterais entre estas variáveis. Nesta linha de ideias, as variáveis seleccionadas envolvem dimensões de natureza pessoal e contextual, objetivas e subjetivas, de percepção e comportamento. Neste caso, o uso de questionários de autopreenchimento contendo o conjunto de questões ou itens, ordenados de forma sequencial e intencional, de modo a recolher seletivamente a informação desejada (Pestana e Gageiro, 2014).

5.4.1. Instrumentos de recolha de dados

Tendo em conta o domínio desta dissertação, os instrumentos utilizados para a recolha de dados são de autopreenchimento on-line e estão estruturados da seguinte forma: **(1)** Questionário de caracterização sociodemográfica; **(2)** Questionário de Saúde Mental Positiva - QSM+; **(3)** Questionário de Conhecimentos de Saúde Mental – QCSM.

A opção por integrar este estudo multicêntrico em parceria com a ESEP, vai ao encontro dos objetivos como futura EEEEC, primeiro por se tratar de um projeto de enfermeiros com enfermeiros e depois, por toda a escassa evidência previamente descrita, no âmbito da SM+ e Conhecimento em Saúde Mental com EES.

Os questionários utilizados, cujos autores integram o protejo, encontram-se devidamente testados para a população portuguesa por Sequeira [et.al.] (2014). A aplicação dos mesmos decorreu com preenchimento online, entre dezembro de 2019 e março de 2020.

O questionário confere confidencialidade, ou seja, uma superior liberdade de resposta e uniformidade na sua apresentação, diz-nos Fortin (2009). Isto é, as questões são apresentadas pela mesma ordem, com as mesmas instruções, o que garante fidelidade e simplifica a comparação entre sujeitos.

Tendo em conta os objetivos do trabalho a que nos propomos serão aplicados os seguintes instrumentos:

- Questionário de Caracterização Sociodemográfica (Sequeira, Ferreira, Carvalho, Ribeiro & Pires, 2018)

A caracterização sociodemográfica diz respeito à primeira parte das questões colocadas aos EES e contempla 29 questões relacionadas com: idade, género, ano de curso, formação académica dos pais, atividades de exercício e lazer, hábitos de sono, história de doença mental, comportamentos de saúde relativamente ao último mês e consumo de substâncias psicoativas (incluindo tabaco, álcool, drogas e psicofármacos), com vista a caracterizar a população em estudo de uma forma abrangente.

As perguntas apresentadas são, na sua maioria, questões fechadas: dicotómicas ou de escolha múltipla. O questionário de caracterização sociodemográfica (Anexo I) foi desenvolvido e utilizado no âmbito do estudo “Saúde Mental Positiva dos Estudantes do Ensino Superior” apresentado por Sequeira, Ferreira, Carvalho, Ribeiro e Pires (2018) na Conferência organizada pela Escola Superior do Porto denominada por “Semana de Investigação em Enfermagem”, no qual este estudo está inserido.

- Questionário de Saúde Mental Positiva - QSM+ (Sequeira [et. al.], 2014)

O Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+) encontra-se traduzido e validado para a população portuguesa por Sequeira [et.al.] (2014) (Anexo II). O QSM+ é o resultado da tradução para português do *Cuestionario de Salud Mental Positiva* construído por Llach (1999) com base no modelo multifatorial de Jahoda (1958).

Relativamente à adaptação do QSM+ para a população portuguesa, a amostra foi constituída por 942 EES de uma Instituição de Ensino Portuguesa e os dados foram recolhidos através

de uma plataforma online, tendo sido encontrados valores de *Alpha de Cronbach* 0.92, apresentando assim uma boa consistência interna.

Os 39 itens que constituem o QSM+ referem-se a afirmações que dizem respeito à forma de pensar, sentir e agir que podem ser frequentes na pessoa e que estão relacionadas com seis fatores que definem a SM+, isto é: **(1)** satisfação pessoal; **(2)** atitude pró-social; **(3)** autocontrolo; **(4)** autonomia; **(5)** capacidade de resolução de problemas e realização pessoal; **(6)** habilidades de relacionamento interpessoal (Sequeira [et.al.], 2014, 2019).

As respostas de cada item são apresentadas numa escala de *Likert* de 1 a 4, a qual menciona a frequência com que cada afirmação acontece na vida dos EES. Assim, os inquiridos deverão responder segundo a frequência que melhor caracteriza o seu caso: **(1)** Sempre ou quase sempre; **(2)** Na maioria das vezes; **(3)** Algumas vezes e **(4)** Raramente ou nunca.

Dos 39 itens, 20 aparecem formulados de forma positiva e 19 de forma negativa. Os itens enunciados positivamente são: 4, 5, 11, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 35, 36, 37. Assim, consoante o item for negativo ou positivo, as respostas apresentadas na escala de *Likert* terão pontuações ou valores diferentes (Sequeira [et.al.], 2014, 2019).

Os valores mínimos e máximos estão compreendidos entre os valores de 39 a 156. Desta forma, a obtenção de valores inferiores no somatório global do QSM+ estará relacionada com níveis superiores de SM+, enquanto a obtenção de valores superiores traduz-se em níveis inferiores de SM+. O mesmo acontece com a pontuação relativa a cada um dos fatores que compõem este questionário.

Assim, entende-se que um nível alto de SM+ compreende valores entre 39 e 78, um nível intermédio de SM+ tem que ver com resultados entre 79 e 117 e um nível baixo de SM+ diz respeito a valores entre 118 e 156 (Sequeira [et.al.], 2014, 2019).

Desta forma, a SM+ será operacionalizada como variável quantitativa contínua, através do somatório dos valores obtidos em cada item do QSM+, ou mediante o somatório dos valores de cada fator, sendo que para os itens positivos: se a resposta for “Sempre ou quase sempre” são atribuídos 4 pontos, para “Na maioria das vezes” são atribuídos 3 pontos, no caso de a resposta ser “Algumas vezes” 2 pontos e “Raramente ou nunca” é atribuído 1 ponto. No caso dos itens negativos: para a resposta “Sempre ou quase sempre” será atribuído 1 ponto, “Na maioria das vezes” são atribuídos 2 pontos, para respostas “Algumas vezes” são atribuídos 3 pontos e “Raramente ou nunca” são atribuídos 4 pontos.

- Questionário de Conhecimento de Saúde Mental – QCSM (Chaves, Sequeira e Duarte, 2019)

O Questionário de Conhecimento de Saúde Mental (QCSM) que se encontra traduzido e validado para a população portuguesa por Chaves, Sequeira e Duarte (2019) (Anexo III) foi adaptado do original Mental Health Knowledge Questionnaire (MHKQ) de Yu [et al.] (2015).

O instrumento na sua versão original (Yu [et al.], 2015) é constituído por 20 afirmações, sendo que os itens de 1 a 16 se referem a afirmações relacionadas com saúde mental, e os itens de 17 a 20 dizem respeito a afirmações relativas a consciencialização de atividades de promoção da saúde mental. São três as opções de resposta, na versão original: "verdadeiro", "falso" ou "desconhecido", sendo que as respostas "verdadeiras" correspondiam aos itens 1, 3, 5, 7, 8, 11, 12, 15 e 16, e "falsas" aos itens 2, 4, 6, 9, 10, 13 e 14. Nesta linha de ideias, seria atribuído um ponto a cada resposta correta, e zero pontos às respostas incorretas ou desconhecidas. Os itens 17, 18, 19 e 20 são pontuados com 1 ou 0 pontos a quem responde "sim" e "não", respectivamente.

No estudo de validação foi realizada uma análise fatorial exploratória e confirmatória concretizado numa amostra de 2887 EES produzido após a tradução e adaptação para o idioma português (Chaves, Sequeira e Duarte, 2019) usando critérios de categorização semelhantes, revelando uma estrutura trifatorial constituída por 14 itens, não coerente com a estrutura dos autores originais com excepção dos últimos itens (17, 18, 19 e 20).

Os autores do questionário original sugeriram a alteração para uma estrutura tipo Likert, o que ficou então concretizado nesta versão de Chaves, Sequeira e Duarte (2019), definindo as opções de resposta como: **(1)** Discordo totalmente, **(2)** Discordo parcialmente, **(3)** Nem concordo nem discordo, **(4)** Concordo parcialmente e **(5)** Concordo totalmente.

Os valores do QCSM consistem em transformar o score bruto numa escala de 0 a 100, para o efeito usa-se a seguinte fórmula: para cada subescala ((score bruto-valor mínimo)/amplitude) x 100. A amplitude é a diferença ente o valor máximo e o valor mínimo da escala.

A análise factorial exploratória levou à obtenção de uma estrutura trifatorial que explicava no total 40.86% da variância, com a eliminação dos itens 6 e 9 por apresentarem saturações inferiores a 0.40. A análise factorial confirmatória conduziu à eliminação dos itens 1, 2, 6, 8, 9 e 15 por apresentarem saturações muito baixas. A versão final ficou então, constituída por 14 itens (Chaves, Sequeira e Duarte, 2019), com fiabilidade para o fator global de 0,847. A solução factorial encontrada no estudo de validação diferiu da proposta teórica apresentada pelo autor original e pela estrutura trifatorial, apesar disso, os autores consideram que esta

versão pode ser considerada válida e confiável para avaliar os conhecimentos que os EES possuem sobre a SM.

O estudo psicométrico da escala original relatou uma consistência interna com coeficientes de *Alfa de Cronbach* variando de 0,57 a 0,73 e uma confiabilidade teste-reteste de 2 semanas de 0,68 medido pelos coeficientes de correlação intraclass.

Foram, então, assumidos 3 fatores: **(1)** - Conhecimento das características da saúde mental e transtornos mentais – e deste fator fazem parte os itens 3, 5, 7, 11 e 12; **(2)** - Crença na epidemiologia dos transtornos mentais – inclui os itens 4, 10, 13, 14 e 16; **(3)** – Conscientização sobre atividades de promoção da saúde – itens 17, 18, 19 e 20, este último com questões fechadas e dicotômicas.

5.4.2. Procedimentos estatísticos

No que respeita aos procedimentos de análise de dados, todos os cálculos foram realizados com recurso ao *Software IBM® SPSS® Statistic Statistical Package for the Social Sciences for Windows*, versão 23.

A análise exploratória de dados incidiu sobre a frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e sobre média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimos ($Mín$) e máximos ($Máx$) para as variáveis quantitativas. A dispersão foi ainda verificada pelo coeficiente de variação, fraca dispersão ($CV \leq 15\%$); moderada dispersão ($15\% < CV \leq 30\%$); forte dispersão ($CV > 30\%$) (Pestana e Gageiro, 2014).

Quando a intenção foi analisar as relações entre as variáveis e fazer estimativas acerca da população, recorreu-se a estatísticas inferenciais, testes paramétricos e não-paramétricos, assegurando o nível de significância de 5% ($\alpha=0.05$) e a potência dos testes.

O estudo da normalidade foi realizado pelo teste de Shapiro-Wilk (W) (quando $n < 50$) ou pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, com correção de Lilliefors (D) (quando $n \geq 50$). A homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de Levene (F). Com amostras de dimensão $n \geq 30$, invocou-se o Teorema Limite Central (TLC) para justificar a adoção de procedimentos paramétricos, desde que a assimetria e a curtose não fossem fortemente afetadas.

A comparação entre dois grupos independentes foi realizada pelo teste t de medidas independentes (variáveis com distribuição normal) ou pelo teste U Mann-Whitney (variáveis com distribuição não-normal).

O estudo da correlação foi efetuado pelo coeficiente de correlação de Pearson, r . A interpretação da magnitude da correlação foi realizada pelo intervalo de correlação de Pestana e Gageiro (2014) utilizando-se patamares de intensidade: correlação muito fraca ($r \leq 0.19$); correlação fraca ($0.20 \leq r \leq 0.39$); correlação moderada ($0.40 \leq r \leq 0.69$); correlação forte ($0.70 \leq r \leq 0.89$); e correlação muito forte ($0.90 \leq r \leq 1.0$).

A consistência interna do QSM+ e do QCSM foi verificada pelo α -Cronbach, de acordo com a seguinte classificação (Pestana e Gageiro, 2014): muito boa ($\alpha \geq 0.90$); boa ($0.80 \leq \alpha < 0.90$); razoável ($0.70 \leq \alpha < 0.80$); fraca ($0.60 \leq \alpha < 0.70$); e inaceitável ($\alpha < 0.60$).

5.5. Considerações éticas

A investigação na área da Saúde implica necessariamente questões de pesquisa que envolvem pessoas, pelo que toda a investigação obedecerá às normas de Pesquisa em Saúde e terá por base o Código Deontológico do Enfermeiro "(...) proteção do interesse e do bem do público" (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 20).

Neste estudo foram utilizadas todas as estratégias com o intuito de proteger os indivíduos estudados, a utilização de consentimento livre e esclarecido, a formalização do consentimento informado foi feita através de uma validação on-line. A participação dos sujeitos na investigação foi voluntária e livremente aceite, sendo que participaram apenas aqueles que assim o desejaram, após clara explicação das fases da investigação, informação precisa acerca dos objetivos e métodos do estudo.

O respeito pelos participantes em todas as fases do estudo foi sempre assegurado através da garantia da privacidade e a confidencialidade dos seus dados colhidos, e o direito dos participantes selecionados a mudarem de ideias e abandonar a investigação sem qualquer penalização e sem obrigatoriedade de justificarem um eventual abandono.

Foram assim, respeitadas as recomendações da Declaração de Helsínquia e das revisões de Tóquio, Veneza, Hong Kong, Sommerset West, Edimburgo e Seul para investigações envolvendo pessoas.

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste ponto, serão apresentados os resultados obtidos e estabelecidas as relações desta investigação. Após a caracterização sociodemográfica, a caracterização dos estilos de vida e da saúde mental percebida, dos EES, apresentar-se-ão, de seguida, os resultados obtidos, bem como eventuais relações entre as variáveis em estudo, em resposta aos objetivos de investigação previamente delineados, e ainda, o estudo das características psicométricas dos instrumentos de recolha de dados utilizados nesta investigação, o QSM+ e o QCSM.

6.1. Caracterização Sociodemográfica, Estilos de Vida e Saúde Mental Percebida

Participaram nesta investigação 183 EES. Inicialmente o número de EES a participar neste estudo era 202, depois de aplicados os critérios de inclusão, excluíram-se 19 questionários. Dado que este número de EES apenas completou parcialmente as características sociodemográficas, não tendo respondido ao Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+) nem ao Questionário de Conhecimentos em Saúde Mental (QCSM), inviabilizando assim a sua participação neste estudo.

Verifica-se, assim, que a maior parte dos inquiridos são do sexo feminino (80,3%) e a quase totalidade são solteiros (98,4%). Relativamente à formação académica dos pais, ambos, na sua maioria, possuem o ensino básico 2º e 3º ciclo. A média de idades é 20,5 anos (DP=2,92; CV=14,2; Min=18 e Max=40).

A maior parte dos EES está matriculado no 2º ano (35,5%), e estão deslocados da sua residência familiar (53%), mais de metade é bolseiro (55,7%) e a maior parte não conjugam os estudos com o trabalho (82%).

Considerando a regularidade de contactos com amigos, fora do contexto de trabalho ou escola, a maior parte dos EES assume estabelecer este contacto uma vez por semana (30,6%). Uma percentagem significativa da amostra não está envolvida em qualquer atividade recreativa (84,7%), a maioria assume ter uma relação afetiva significativa (76,5%), da qual, a maior parte dizem estar satisfeitos (78,7%), ainda que uma frequência não negligenciável não respondeu (6%), como consta na Tabela 3.

Tabela 3. Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo as características sociodemográficas

Caraterísticas sociodemográficas	n	%
Masculino	36	19,7
Feminino	147	80,3
Estado civil		
Solteiro(a)	180	98,4
casado(a)/união de facto	3	1,6
Formação do pai		
Ensino Básico 1º ciclo	35	19,1
Ensino Básico 2º/3º ciclo	85	46,4
Ensino Secundário	52	28,4
Licenciatura	10	5,5
Mestrado	1	0,5
Formação da mãe		
Ensino Básico 1º ciclo	28	15,3
Ensino Básico 2º/3º ciclo	81	44,3
Ensino Secundário	51	27,9
Licenciatura	20	10,9
Mestrado	3	1,6
Ano de matrícula		
1º ano	52	28,4
2º ano	65	35,5
3º ano	38	20,8
4º ano	28	15,3
Deslocação de residência		
Sim	97	53,0
Não	86	47,0
Bolseiro		
Sim	102	55,7
Não	81	44,3
Trabalhador Estudante		
Sim	33	18,0
Não	150	82,0
Regularidade de contacto com os amigos		
mais de 3 vezes por semana	36	19,7
duas a 3 vezes por semana	48	26,2
uma vez por semana	56	30,6
uma a 2 vezes por mês	23	12,6
raramente ou nunca	20	10,9
Participação em atividades recreativas		
Sim	28	15,3
Não	155	84,7
Relação afetiva		
Sim	140	76,5
Não	43	23,5
Com quem		
Amigos íntimos/namorado(a)	83	59,3
Família	48	34,3
Amigos	7	5
Satisfação com a vida afetiva		
Sim	144	78,7
Não	28	15,3

A maioria dos EES não pratica regularmente exercício físico (76,5%) e dos que praticam 27% frequenta ginásio. Relativamente à alimentação, a maioria assume uma alimentação saudável (71,6%) ingerindo diariamente frutas e legumes (85,2%) com uma média de refeições por dia de 4,7 (DP=0,90; CV=19,1; Min=2 e Máx=7). Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, a maioria referiu não consumir (53,6%), entre os que consomem, fazem-no maioritariamente uma a duas vezes por mês. Relativamente ao consumo de outras substâncias como haxixe, heroína, cocaína, LSD ou outras foi negado pela quase totalidade dos sujeitos da amostra (95,6%), dos que consomem, fazem-no maioritariamente uma a duas vezes por mês. No que diz respeito ao consumo de tabaco a maioria não admite consumir, ainda assim, dos que admitem (8,2%) consomem em média 7,3 cigarros por dia (DP=5,15; CV=70,5; Min=1 e Máx=15), como se constata na Tabela 4.

Tabela 4. Frequência absoluta(*n*) e relativa (%) dos inquiridos segundo os Estilos de Vida

Estilos de Vida	<i>n</i>	%
Exercício físico		
Sim	43	23,5
Não	140	76,5
Considera alimentação saudável		
Sim	131	71,6
Não	52	28,4
Ingestão diária de frutas e legumes		
Sim	156	85,2
Não	27	14,8
Consumo de bebidas alcoólicas		
Sim	85	46,4
Não	98	53,6
Frequência de consumos		
duas a 3 vezes por semana	7	8,2
uma vez por semana	25	29,4
uma a 2 vezes por mês	53	62,4
Outros consumos		
Sim	8	4,4
Não	175	95,6
Frequência de consumos		
mais de 3 vezes por semana	1	12,5
duas a 3 vezes por semana	1	12,5
uma vez por semana	1	12,5
uma a 2 vezes por mês	5	62,5

Relativamente à SM percebida, com base na Tabela 5, a quase totalidade dos inquiridos referiu não ter qualquer problema de saúde mental (92,3%), sendo que entre os restantes a ansiedade e a depressão são os problemas mais apresentados. A quase totalidade dos EES refere não ter recorrido nos últimos 3 meses a qualquer serviço de saúde relacionado com problemas de saúde mental (92,3%). Ainda assim, o acompanhamento psicológico ou

psiquiátrico é referido por uma percentagem significativa dos estudantes (36,1%). No que concerne à história familiar de doença mental a maioria dos EES (59%) admite a situação sendo apontada a depressão como o problema mais comum entre as famílias. Verificou-se que mais de metade dos EES não estão satisfeitos com o sono (60,7%), considerando, também uma elevada percentagem que não dorme as horas suficientes para a satisfação das suas necessidades (67,8%), sendo a média de horas de sono por dia de 6,9 horas (DP=1,03; CV=14,9; Min=5 e Máx=9). A grande maioria não toma medicação para dormir (96,2%). Desta amostra 92,9% não toma medicação regularmente para qualquer problema de saúde mental, sendo que entre os 13 estudantes que refere tomar.

Tabela 5. Frequência absoluta (n) e relativa (%) dos inquiridos segundo as características de Saúde Mental percebida

Caraterísticas de SM percebida	n	%
Sim	14	7,7
Não	169	92,3
Diagnóstico referido		
Depressão	5	35,7
Ansiedade	4	28,6
Ansiedade + Depressão	4	28,6
Ansiedade + Transtorno de Pânico	1	7,1
Consulta de saúde mental nos últimos 3 meses		
Sim	14	7,7
Não	169	92,3
Acompanhamento psicológico/ psiquiátrico		
Sim	66	36,1
Não	117	63,9
História familiar doença mental		
Sim	75	41,0
Não	108	59,0
Antecedentes familiares		
Pais e irmãos	14	18,7
Avós	25	33,3
Tios	22	29,3
Primos	3	4
Não respondeu	11	14,7
Satisfação com o sono		
Sim	72	39,3
Não	111	60,7
Tempo adequado às necessidades		
Sim	59	32,2
Não	124	67,8
Medicação para dormir		
Sim	7	3,8
Não	176	96,2
Medicação regular para saúde mental		
Sim	13	7,1
Não	170	92,9
Uso de Psicofármacos		
Antidepressivos	8	61,5
Ansiolíticos e benzodiazepinas	5	38,5

6.2. Saúde Mental Positiva

Em média a pontuação obtida no QSM+ total foi de 72 pontos, o que corresponde a um nível alto de SM+, sabendo-se que a interpretação destes valores é inversamente proporcional aos valores obtidos, com um mínimo de 42 pontos e um máximo de 112 pontos. Verifica-se que a mediana e a média são praticamente coincidentes em todas as dimensões.

Relativamente às dimensões, considerando a mediana da pontuação em cada dimensão como o ponto de corte (Me^*), e sabendo que a SM+ é inversamente proporcional aos valores obtidos, segundo a Tabela 6, a média e mediana registam bons scores na *satisfação pessoal*, na *atitude pró-social*, no *autocontrolo*, na *autonomia*, na *resolução de problemas* e na globalidade do QSM+. Apenas na dimensão *habilidades de relação interpessoal* se obtém valores inferiores relativamente ao ponto de corte. Todas as dimensões registam valores moderados de dispersão.

Tabela 6. Mediana, média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo, relativamente ao Questionário de Saúde Mental Positiva

Dimensões do QSM+ (Min-Máx) (Me^*)	Me	M	DP	CV	Min	Max
Satisfação pessoal (8-32 pontos) ($Me^*=20$ pontos)	13,9	13,9	3,91	28,1	8	25
Atitude pró-social (3-12 pontos) ($Me^*=7,5$ pontos)	7,0	6,9	1,72	24,9	5	13
Autocontrolo (5-20 pontos) ($Me^*=12,5$ pontos)	11,6	11,6	2,95	25,4	5	20
Autonomia (6-24 pontos) ($Me^*=15$ pontos)	9,6	9,6	2,66	27,7	5	17
Resolução de problemas e realização pessoal (12-48 pontos) ($Me^*=30$ pontos)	17,0	17,0	4,27	25,1	9	28
Habilidades de relação interpessoal (5-20 pontos) ($Me^*=12,5$ pontos)	13,0	12,9	3,12	24,2	7	22
SM+ (total) (39-156 pontos) ($Me^*=97,5$ pontos)	71,0	72,0	13,8	18,3	42	112

Relativamente ao QSM+ merecem particular atenção alguns aspetos, como consta na Tabela 7, designadamente: *Para mim é difícil aceitar os outros quando têm atitudes diferentes das minhas* – 47% dos EES admite esta dificuldade na maioria das vezes ou algumas vezes; *Os problemas bloqueiam-me facilmente* – 22,9% admite acontece-lhe sempre, quase sempre ou na maioria das vezes; *Gosto de mim como sou* – 27,9% dos EES assumem acontecer

algumas vezes ou raramente ou nunca; *Sinto-me capaz de explodir* – 75,4 % dos EES sente-se assim sempre ou quase sempre ou na maioria das vezes; *Para mim a vida é aborrecida e monótona* – 10,4% diz ser sempre ou quase sempre ou na maioria das vezes; *Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim* – 25,7% dos EES admitem ser sempre ou quase sempre ou na maioria das vezes; *Vejo o meu futuro com pessimismo* – 8,7% dos EES diz sempre ou quase sempre ou na maioria das vezes e 35% afirma algumas vezes.

Tabela 7. Frequência absoluta e relativa de respostas do Questionário de Saúde Mental Positiva

Itens	Sempre ou quase sempre		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente ou nunca	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
SMP1	---	---	9	4,9	77	42,1	97	53,0
SMP2	11	6,0	31	16,9	101	55,2	40	21,9
SMP3	1	0,5	5	2,7	26	14,2	151	82,5
SMP4	51	27,9	81	44,3	47	25,7	4	2,2
SMP5	19	10,4	67	36,6	85	46,4	12	6,6
SMP6	12	6,6	22	12,0	104	56,8	45	24,6
SMP7	2	1,1	17	9,3	90	49,2	74	40,4
SMP8	6	3,3	12	6,6	59	32,2	106	57,9
SMP9	4	2,2	12	6,6	91	49,7	76	41,5
SMP10	12	6,6	35	19,1	81	44,3	55	30,1
SMP11	57	31,1	75	41,0	43	23,5	8	4,4
SMP12	3	1,6	13	7,1	64	35,0	103	56,3
SMP13	2	1,1	23	12,6	102	55,7	56	30,6
SMP14	2	1,1	10	5,5	60	32,8	111	60,7
SMP15	66	36,1	88	48,1	23	12,6	6	3,3
SMP16	38	20,8	63	34,4	64	35,0	18	9,8
SMP17	111	60,7	59	32,2	12	6,6	1	0,5
SMP18	63	34,4	85	46,4	31	16,9	4	2,2
SMP19	13	7,1	32	17,5	83	45,4	55	30,1
SMP20	47	25,7	76	41,5	57	31,1	3	1,6
SMP21	28	15,3	73	39,9	70	38,3	12	6,6
SMP22	30	16,4	78	42,6	67	36,6	8	4,4
SMP23	149	81,4	27	14,8	7	3,8	---	---
SMP24	4	2,2	15	8,2	81	44,3	83	45,4
SMP25	83	45,4	76	41,5	23	12,6	1	0,5
SMP26	23	12,6	79	43,2	67	36,6	14	7,7
SMP27	68	37,2	92	50,3	23	12,6	---	---
SMP28	45	24,6	92	50,3	42	23,0	4	2,2
SMP29	32	17,5	81	44,3	67	36,6	3	1,6
SMP30	10	5,5	34	18,6	90	49,2	49	26,8
SMP31	3	1,6	8	4,4	45	24,6	127	69,4
SMP32	79	43,2	80	43,7	23	12,6	1	0,5
SMP33	4	2,2	5	2,7	54	29,5	120	65,6
SMP34	20	10,9	30	16,4	112	61,2	21	11,5
SMP35	64	35,0	64	35,0	42	23,0	13	7,1
SMP36	81	44,3	84	45,9	16	8,7	2	1,1
SMP37	133	72,7	44	24,0	6	3,3	---	---
SMP38	8	4,4	20	10,9	76	41,5	79	43,2
SMP39	13	7,1	25	13,7	93	50,8	52	28,4

Atendendo a que valores abaixo da mediana da pontuação em cada dimensão são indicadores de melhor SM+, verifica-se que a situação que carecem de mais atenção tem que ver com a dimensão: *Habilidades de relação interpessoal* (47%), uma vez que a maior parte dos EES ficou abaixo do ponto de corte, nesta dimensão, como se pode verificar na Tabela 8.

Tabela 8. Frequência relativa da Saúde Mental Positiva dos Estudantes do Ensino Superior acima ou abaixo da mediana da pontuação em cada dimensão (Me*)

Dimensões da SM+	↑ Me*	↓ Me*
Satisfação pessoal	9,8%	91,2%
Atitude pró-social	33,3%	66,7%
Autocontrolo	40,4%	59,6%
Autonomia	6%	94%
Resolução de problemas e realização pessoal	0%	100%
Habilidades de relação interpessoal	53%	47%
SM+ (total)	1,6%	98,4%

6.3. Conhecimentos em Saúde Mental

De notar que os EES responderam ao total de 20 itens deste questionário ($n=183$), mas os autores da validação do QCSM procederam à eliminação dos itens 1, 2, 6, 8, 9 e 15 na análise factorial confirmatória, isto quer dizer que os dados trabalhados serão apenas os 14 itens da versão final.

Na Tabela 9, relativamente às dimensões do QCSM, verifica-se que relativamente à dimensão: *Conhecimento das características de saúde mental e transtornos mentais*, bem como, o total do QCSM apresentam moderada dispersão. O valor médio obtido pelos EES no QCSM total é de 60,7 apresentando um desvio-padrão de 9,19, um mínimo de 34 e um máximo de 98.

Tabela 9. Mediana, média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo, relativamente às dimensões do Questionário de Conhecimentos de Saúde Mental

Dimensões do QCSM	Me	M	DP	CV	Mín	Máx
Conhecimento das características da saúde mental e transtornos mentais	90	84,2	15,05	17,9%	10	100
Crença na epidemiologia dos transtornos	35	34,9	15,68	44,9%	0	100
Conscientização sobre as atividades de promoção da saúde	75	69,0	26,21	38,0%	0	100
QCSM (total)	61	60,7	9,19	15,1%	34	98

6.4. Propriedades psicométricas dos instrumentos

Como meio de estimação da fidelidade dos instrumentos de recolha de dados (QSM+ e QCSM), verificaram-se os valores de consistência interna com recurso ao coeficiente de *Alpha de Cronbach*.

Questionário de Saúde Mental Positiva

A SM+ foi analisada com recurso ao QSM+ de Sequeira [et.al.] (2014), onde a obtenção de valores inferiores no somatório global do QSM+ irá estar relacionada com níveis altos de SM+ (limite superior é 156), enquanto a obtenção de valores superiores traduz-se em níveis baixos de SM+ (limite inferior é 39). Responderam a este instrumento 183 EES.

A consistência interna do QSM+ apresenta valores de *Alpha de Cronbach* 0.90, exibindo assim, uma boa consistência interna.

Questionário de Conhecimento de Saúde Mental

O Conhecimento em Saúde Mental foi analisado com recurso ao QCSM, ao qual responderam 183 EES.

No QCSM, os EES responderam à versão que incluía 20 itens, mas a análise foi realizada na versão com 14 itens, aprovada por Chaves, Sequeira e Duarte (2019). Esta alteração deveu-se a saturações inferiores a 0.40 relativamente à consistência interna dos itens eliminados. O QCSM na sua globalidade apresenta *Alpha de Cronbach* de 0,40.

6.5. Estudo das relações: Saúde Mental Positiva e Conhecimentos em Saúde Mental

Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na variável *Atitude pró-social*, quando se compara por sexo com o valor médio mais elevado nas mulheres, tal como é visível na Tabela 10. Indicando assim que as mulheres apresentam valores inferiores de *Atitude pró-social* relativamente aos homens. Nas restantes variáveis, não se verificam diferenças com significado estatístico.

Tabela 10. Comparação das médias do Questionário de Saúde Mental Positiva e Questionário de Conhecimentos Saúde Mental entre Estudantes do Ensino Superior do sexo masculino vs feminino, teste *t Student* e valor *P*

Variáveis	Masculino (n=36)		Feminino (n=147)		Comparação	
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Dimensões do QSM+	13,3	4,45	14,0	3,77	-0,955	0,341
Satisfação pessoal	7,1	1,60	6,9	1,75	0,645	0,520
Atitude pró-social	10,2	3,29	12,0	2,77	-3,219	0,002*
Autocontrolo	9,3	3,15	9,6	2,54	-0,646	0,519
Autonomia	17,0	4,66	17,0	4,18	-0,016	0,987
Resolução de problemas e realização pessoal	12,3	2,84	13,1	3,17	-1,306	0,193
Habilidades de relação interpessoal	69,3	14,07	72,6	12,92	-1,349	0,179
QSM+ (total)						
Subescalas do QCSM						
Conhecimento das características da saúde mental e transtornos mentais	83,2	19,99	84,4	13,72	-0,398	0,691
Crença na epidemiologia dos transtornos	38,5	18,85	34,0	14,75	1,546	0,124
Conscientização sobre as atividades de promoção da saúde	70,6	27,16	68,6	26,07	0,402	0,689
QCSM (total)	62,8	10,27	60,2	8,89	1,454	0,148

* diferenças significativas ($p < 0,05$)

No que à idade dos EES diz respeito verifica-se que existem evidências de correlação negativa e estatisticamente significativa, ainda que de magnitude fraca (Pestana e Gageiro, 2014), com a *Resolução de problemas e realização pessoal*, tal como consta na Tabela 11. Sugerindo que à medida que a idade aumenta, aumenta também a Capacidade de Resolução de Problemas e Realização pessoal.

Tabela 11. Correlação entre a idade dos Estudantes do Ensino Superior e o Questionário de Saúde Mental Positiva e o Questionário de Conhecimentos de Saúde Mental, valor P

Variáveis	Idade p
Dimensões do QSM+	
Satisfação pessoal	-0,03
Atitude pró-social	-0,04
Autocontrolo	-0,08
Autonomia	0,01
Resolução de problemas e realização pessoal	-0,18*
Habilidades de relação interpessoal	-0,12
SM+ (total)	-0,12
Subescalas do QCSM	
Conhecimento das características da saúde mental e transtornos mentais	-0,08
Crença na epidemiologia dos transtornos	-0,09
Conscientização sobre as atividades de promoção da saúde	0,10
QCSM (total)	-0,11

* diferenças significativas ($p < 0,05$)

Apura-se no que concerne ao ano de matrícula dos EES todas as correlações têm muito fraca ou fraca magnitude, de acordo com Pestana e Gageiro (2014), a maior parte tem orientação negativa, ainda que algumas sejam estatisticamente significativas, na Tabela 12. Assim, entende-se que à medida que o ano de matrícula aumenta as *Habilidades de relação interpessoal*, as *Crenças na epidemiologia dos transtornos*, e a *Conscientização sobre as atividades de promoção da saúde* também aumentam.

Tabela 12. Correlação entre o ano de matrícula e o Questionário de Saúde Mental Positiva e o Questionário de Conhecimentos de Saúde Mental, valor do coeficiente de correlação de Spearman

Variáveis	Ano de matrícula r_s
Dimensões do QSM+	
Satisfação pessoal	-0,06
Atitude pró-social	-0,13
Autocontrolo	-0,03
Autonomia	-0,09
Resolução de problemas e realização pessoal	-0,14
Habilidades de relação interpessoal	-0,19*
SM+ (total)	-0,13
Subescalas do QCSM	
Conhecimento das características da saúde mental e transtornos mentais	0,13
Crença na epidemiologia dos transtornos	-0,25*
Conscientização sobre as atividades de promoção da saúde	0,17*
QCSM (total)	-0,04

* diferenças significativas ($p < 0,05$)

Na comparação das médias obtidas entre EES deslocados da sua residência familiar relativamente aos não deslocados ao nível da SM+ e LSM, verifica-se que não existem diferenças significativas entre os grupos. Estes resultados, explanados na Tabela 13, indiciam que estar ou não deslocado da residência familiar não tem influência na SM+ nem na LSM.

Tabela 13. Comparação das médias do Questionário de Saúde Mental Positiva e Questionário de Conhecimentos de Saúde Mental entre Estudantes do Ensino Superior deslocados vs não deslocados, teste *t Student* e valor *P*

Variáveis	Sim (<i>n</i> =97)		Não (<i>n</i> =86)		Comparação	
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Dimensões do QSM+						
Satisfação pessoal	13,7	3,77	14,0	4,07	-0,545	0,586
Atitude pró-social	6,7	1,54	7,2	1,88	-1,883	0,061
Autocontrolo	11,7	2,79	11,5	3,14	0,309	0,758
Autonomia	9,5	2,72	9,7	2,61	-0,533	0,595
Resolução de problemas e realização pessoal	17,1	4,36	16,9	4,19	0,322	0,748
Habilidades de relação interpessoal	12,8	3,15	13,1	3,10	-0,594	0,553
QSM+ (total)	71,5	12,93	72,5	13,52	-0,479	0,632
Subescalas do QCSM						
Conhecimento das características da saúde mental e transtornos mentais	86,0	12,77	82,0	17,14	1,808	0,072
Crença na epidemiologia dos transtornos	34,7	15,64	35,0	15,83	-0,111	0,912
Conscientização sobre as atividades de promoção da saúde	67,4	26,93	70,7	25,40	-0,832	0,406
QCSM (total)	61,2	9,51	60,1	8,82	0,762	0,447

Relativamente aos EES que praticam desporto ou exercício físico regular com os que não praticam, relativamente à SM+ e os CSM apura-se, a um nível de significância de 5%, que não existem diferenças significativas entre os que praticam e os que não praticam desporto ou exercício regular.

Durante a análise entre os sujeitos que participam em atividades recreativas e os que não participam, relativamente à SM+ e os CSM, verifica-se que não existem diferenças significativas.

No que concerne aos EES que já tiveram acompanhamento psicológico ou psiquiátrico (36,1%) verifica-se que existem evidências de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas dimensões: *satisfação pessoal*, *autocontrolo*, *autonomia* e na globalidade do QSM+, segundo a Tabela 14. As restantes variáveis têm tendências semelhantes.

Tabela 14. Comparação das médias do Questionário de Saúde Mental Positiva e Questionário de Conhecimentos de Saúde Mental entre Estudantes do Ensino Superior que já tiveram vs não tiveram acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, teste *t Student* e valor *P*

Variáveis	Sim (<i>n</i> =66)		Não (<i>n</i> =117)		Comparação	
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Dimensões do QSM+						
Satisfação pessoal	15,7	4,17	12,9	3,36	5,047	<0,001*
Atitude pró-social	6,8	1,47	7,0	1,85	-0,841	0,402
Autocontrole	12,4	3,00	11,2	2,84	2,870	0,005*
Autonomia	10,6	2,68	9,0	2,49	4,025	<0,001*
Resolução de problemas e realização pessoal	17,4	4,73	16,8	3,99	0,846	0,399
Habilidades de relação interpessoal	13,0	3,24	12,9	3,06	0,186	0,853
QSM+ (total)	75,9	14,05	69,7	12,18	3,094	0,002*
Subescalas do QCSM						
Conhecimento das características da saúde mental e transtornos mentais	84,1	15,71	84,2	14,74	-0,066	0,948
Crença na epidemiologia dos transtornos	33,8	15,64	35,5	15,74	-0,696	0,487
Conscientização sobre as atividades de promoção da saúde •	67,2	29,50	70,0	24,25	-0,639	0,524
QCSM (total)	60,2	9,15	61,0	9,24	-0,604	0,547

* diferenças significativas ($p < 0,05$)

• teste *t* de medidas independentes para variâncias não-homogêneas.

Da análise da comparação entre sujeitos que têm relação afetiva significativa com os que não têm, relativamente à SM+ e aos CSM, verifica-se que não existem diferenças significativas entre os grupos analisados.

No que aos EES que consomem bebidas alcoólicas diz respeito, verifica-se na Tabela 15, que existem evidências de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: *atitude pró-social* e *resolução de problemas e realização pessoal*. Nos dois casos, com média mais elevada dos sujeitos que consome bebidas alcoólicas, o que indicia uma pior SM+ por parte deste grupo nas dimensões descritas. Nas restantes dimensões do QSM+ e em todas as subescalas do QCSM não existem diferenças significativas.

Tabela 15. Comparação das médias do Questionário de Saúde Mental Positiva e Questionário de Conhecimentos de Saúde Mental entre Estudantes do Ensino Superior que consomem vs não consomem bebidas alcoólicas, teste *t Student* e valor *P*

Variáveis	Sim (n=85)		Não (n=98)		Comparação	
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Dimensões do QSM+						
Satisfação pessoal	14,0	3,78	13,8	4,03	0,314	0,754
Atitude pró-social	7,2	1,78	6,7	1,63	2,147	0,033*
Autocontrolo	11,6	3,00	11,6	2,93	-0,078	0,938
Autonomia	9,3	2,51	9,8	2,77	-1,443	0,151
Resolução de problemas e realização pessoal	17,7	3,92	16,5	4,49	1,986	0,049*
Habilidades de relação interpessoal	13,3	3,12	12,6	3,10	1,355	0,177
QSM+ (total)	73,0	11,96	71,0	14,16	1,020	0,309
Subescalas do QCSM						
Conhecimento das características da saúde mental e transtornos mentais	83,6	15,72	84,6	14,51	-0,452	0,652
Crença na epidemiologia dos transtornos	34,5	15,06	35,2	16,28	-0,315	0,753
Conscientização sobre as atividades de promoção da saúde	65,7	25,81	71,8	26,36	-1,575	0,117
QCSM (total)	60,0	9,84	61,3	8,59	-0,928	0,355

* diferenças significativas ($p < 0,05$)

Verifica-se na Tabela 16, que existem evidências de diferenças estatisticamente significativas relativamente aos EES que apresentam outro tipo de consumos (como haxixe, heroína, cocaína, LSD ou outras), relativamente à dimensão *autonomia* do QSM+, o que indicia uma pior SM+ por parte deste grupo nesta dimensão. Nas restantes dimensões e em todas as subescalas do QCSM não existem diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 16. Comparação das médias do Questionário de Saúde Mental Positiva e Questionário de Conhecimentos de Saúde Mental entre Estudantes do Ensino Superior que apresentam outros consumos vs os que não consomem, teste *t Student* e valor *P*

Variáveis	Sim (<i>n</i> =8)		Não (<i>n</i> =175)		Comparação	
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Dimensões do QSM+						
Satisfação pessoal	15.0	5.18	13.8	3.85	0.821	0.413
Atitude pró-social	6.8	1.75	7,0	1.72	-0.328	0.743
Autocontrolo	12.8	4.06	11.6	2.90	1.121	0.264
Autonomia	12.4	3.82	9.4	2.54	3.129	0.002*
Resolução de problemas e realização pessoal	17.6	4.27	17.0	4.28	0.397	0.692
Habilidades de relação interpessoal	12.9	3.60	12.9	3.11	-0.035	0.972
QSM+ (total)	77.4	14.35	71.7	13.12	1.190	0.235
Subescalas do QCSM						
Conhecimento das características da saúde mental e transtornos mentais	81,9	10,33	84,3	15,25	-0,439	0,661
Crença na epidemiologia dos transtornos	38,8	10,61	34,7	15,88	0,716	0,475
Conscientização sobre as atividades de promoção da saúde	59,4	39,95	69,4	25,48	-0,704	0,503
QCSM (total)	60,2	8,06	60,7	9,26	-0,152	0,879

* diferenças significativas ($p < 0,05$)

Verifica-se, na Tabela 17 que segundo o coeficiente de correlação de *Pearson* entre o QSM+ e o QCSM, existe uma fraca magnitude e não significativa ($p > 0,05$) (Pestana e Gageiro, 2014). Isto é, a SM+ não tem relação estatística com os Conhecimentos em Saúde Mental.

Em relação às correlações entre as dimensões do QSM+ e o QCSM de uma forma geral, as correlações são de magnitude fraca. Ainda assim, verificam-se correlações estatisticamente significativas entre a *Atitude pró social* e a *Resolução de problemas e realização pessoal* e o *Conhecimento das características da saúde mental e transtornos mentais*, bem como, entre as *habilidades de relação interpessoal* e a *conscientização sobre as atividades de promoção da saúde*.

Tabela 17. Matriz de correlações entre as dimensões do Questionário de Saúde Mental Positiva vs Questionário de Conhecimentos de Saúde Mental

	Conhecimento das características da SM e transtornos mentais	Crença na epidemiologia dos transtornos	Conscientização sobre as atividades de promoção da saúde	QCSM (total)
Satisfação pessoal	0.01	-0.06	-0.01	-0.04
Atitude pró-social	-0.15*	0.17*	-0.13	-0.01
Autocontrolo	0.05	0.02	-0.04	0.04
Autonomia	0.03	0.12	-0.09	0.08
Resolução de problemas e realização pessoal	-0.19*	0.12	-0.11	-0.08
Habilidades de relação interpessoal	-0.08	0.25*	-0.17*	0.11
QSM+ (total)	-0.08	0.13	-0.12	0.01

* diferenças significativas ($p < 0,05$)

De seguida procede-se à discussão dos resultados apresentados.

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, discutir-se-ão os resultados mais relevantes do estudo em alinhamento com os objetivos e a literatura, seguindo a sequência da apresentação dos resultados.

7.1. Características Sociodemográficas, Estilos de Vida e Saúde Mental Percebida

O sexo feminino (80,3%) representa a maioria desta amostra, o que vai de encontro à literatura que indica uma feminização do ensino superior e particularmente nas áreas da saúde como é o caso das profissões de enfermagem. Em Portugal, segundo os dados PORDATA (2019), há mais mulheres no ensino superior desde 1986, sendo que na saúde representam 77% dos EES. Apesar disso a profissão de enfermagem manteve-se e mantém-se ao longo dos anos uma profissão no feminino, ao contrário de outras profissões de Saúde, a profissão de enfermagem está, desde as origens, associada à condição feminina, o Relatório Social do Serviço Nacional de Saúde de 2018 confirma estes dados.

A maioria dos EES estão deslocados da sua residência familiar (53%) e mais de metade é bolseiro (55,7%). A quase totalidade não conjuga os estudos com o trabalho (82%). Trata-se, assim, de dados já comprovados em estudos anteriores por Morais [et. al.] (2019) primeiro por se tratar de um território em que as acessibilidades estão reconhecidamente comprometidas e segundo por coincidir com o ingresso no ensino superior e deste modo estar associado a uma fase de transição, vivida maioritariamente em famílias com baixa qualificação, com prováveis consequências, designadamente no rendimento familiar. O Plano Estratégico do IPVC (2020-2024) encontra-se em concordância com estes dados, admitindo que 50,4% dos seus estudantes recorreram a apoio de bolsas de estudos, dados referentes ao ano letivo 2017/2018. Assumindo-se assim esta população com uma fragilidade acrescida, em alinhamento com os estudos de Nogueira e Sequeira (2017) e Nogueira (2017) que concluem que maior nível socioeconómico tem uma relação positiva com a SM. Nesta medida a comunidade académica integra vários desafios, sendo que pessoas de grupos menos privilegiados socioeconomicamente têm o dobro do risco de ter problemas de saúde mental, quando comparadas com as pessoas de grupos mais privilegiados (Portugal, 2019), designadamente no combate às desigualdades sociais e económicas em benefício da saúde destes EES.

Dos EES deste estudo, mais de metade assume ter uma relação afetiva significativa (76,5%), da qual uma grande percentagem refere estar satisfeito, todavia destacam-se 15,3% dos EES que assumem não estar satisfeitos com a sua vida afetiva. A dimensão afetivo-amorosa configura-se um elemento importante da experiência dos EES, sendo um período tão

ricamente vivido em que as emoções, sentimentos, sensibilidades, vulnerabilidades e afetos revelam-se intensamente, e é a forma como o afeto é vivido que pode transformar, positiva ou negativamente o ser humano. As instituições de educação superior primam pela racionalidade, negligenciando com frequência a questão afetivo-emocional nos processos de produção de conhecimento, e o processo de transição e adaptação ao Ensino Superior requer níveis de autonomia e maturidade nem sempre possuídos pelos estudantes. Estes resultados alertam para a necessidade de uma maior atenção aos níveis de desenvolvimento psicossocial dos estudantes. Assim, seria interessante investir em futuros estudos, diferentes aspectos da vida universitária, que possibilitem, não somente a construção de programas de apoio aos EES, que contribuam para sua formação e o seu sucesso acadêmico, mas, também, para o cumprimento do papel social das instituições de ensino superior. E em continuidade outras perspectivas, designadamente o estudo das relações de intimidade e a relação com resultados relativos à violência no namoro. O fenómeno da violência entre jovens tem vindo a crescer entre os EES nos últimos anos, segundo o Estudo Nacional da Violência no Namoro em Contexto Universitário (2017-2020). Urge, assim, a criação de ambientes de suporte e capacitação individual e coletiva, no ensino superior, isto é, no sentido de promover espaços privilegiados de desconstrução de visões conservadoras que não legitimam práticas violentas em contextos de intimidade, através de mudanças que criem uma cultura institucional de tolerância-zero à violência e que consigam detetar precocemente, intervir e/ou referenciar possíveis casos.

No que concerne à satisfação com o sono a maioria (60,7%) dos EES não o considera satisfatório, fundamentando que não dormem as horas suficientes para a satisfação das suas necessidades (67,8%). Contudo a quase totalidade não toma medicação para dormir, somente 3,8% admite tomar medicação para dormir. Estes dados estão alinhados com os dados de Lelis [et. al.] (2020), que observou o mesmo em 5,3% dos EES. Os dados sobre o consumo de psicofármacos em Portugal são particularmente preocupantes, sabendo-se dos efeitos nocivos quando mantidos de forma crónica, bem como os fenómenos de tolerância, possível adição e disfunção cognitiva (Portugal, 2019). Apesar de tudo apresentam um número médio de horas de sono por dia de 6,9 horas. Estudos de Silva [et al.] (2016) e Mendes [et al.] (2019) reportam problemas relacionados com o sono e, na maioria, os EES atribuem estes dados às exigências académicas, sobretudo ao estudo, trabalhos, deslocações, mas também ao lazer. Nesta medida, este estudo reforça toda a pertinência de investir na promoção da saúde dos EES, nomeadamente a higiene do sono, a sensibilização sobre a toma de psicofármacos, entre outros, no contexto académico.

A maioria dos EES assume não praticar regularmente exercício físico (76,5%). Relativamente à alimentação, 28,4% assume não ter uma alimentação saudável, não ingerindo diariamente frutas e legumes (14,8%) com uma média de refeições por dia de 4,7. Estes dados vêm reforçar a importância da promoção da saúde nesta comunidade e estão em concordância com dados que indicam que os EES deixam de ter disponibilidade para a prática de exercício físico tornando-se mais sedentários, e que 35% sofrem de obesidade ou excesso de peso e têm nutrição deficiente (Silva, 2016). Num primeiro ponto de vista seria interessante cruzar estes valores com escolas de saúde que assumem parcerias com as escolas de desporto e lazer, dados que são desconhecidos em Portugal até ao momento, mas que no caso particular do IPVC seria uma estratégia aliciante, tendo em conta os potenciais benefícios para toda a comunidade académica. Interessa por conseguinte refletir que, no que se refere aos estilos de vida ou hábitos de vida saudável, os resultados chamam a atenção para estas atitudes como futuros profissionais de saúde, ficando a questão se serão estes futuros enfermeiros capazes de mudanças nos hábitos dos seus utentes quando as suas práticas também se encontram comprometidas. Sabe-se também que os hábitos desenvolvidos durante o período universitário tendem a prolongar-se para a vida adulta. Nesta lógica, é necessário intervir ativamente nesta população e inverter os hábitos desadequados nos estilos de vida. As instituições de ensino superior têm um papel impactante no sentido de contribuir para a construção, disseminação e aplicação de conhecimentos sobre saúde pública, sobre promoção da saúde e ainda sobre desenvolvimento sustentado num mundo globalizado, mais ainda em estudantes de enfermagem (Soares, Pereira e Canavarro, 2015).

Verificam-se padrões de consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas 46,3% assumem consumir e fazem-no maioritariamente uma a duas vezes por mês. A OMS (2018a) identifica a Europa como o continente onde mais se consome álcool. O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SIDAC, 2019) relata, relativamente aos consumos escolares e na faixa etária dos EES, cada vez mais valores de consumos em crescendo. Estes dados vêm reforçar o papel determinante do EEEEC, no que se refere à prevenção junto das comunidades em risco, em particular na saúde escolar. Os EEEEC assumem a responsabilidade e liderança em projetos que visem a minimização das necessidades de saúde. No caso particular das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) estes valores representam também um desafio, como áreas de intervenção em grupos vulneráveis, visto que o ensino superior tem sido negligenciado. Cabe ao EEEEC com recurso à metodologia do planeamento em saúde, identificar as reais necessidades de saúde de uma comunidade e por conseguinte delinear e liderar programas/projetos de intervenção no sentido de colmatar essas necessidades numa lógica de integração horizontal de cuidados, onde os especialistas de outras áreas do saber, como

o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, são chamados a intervir, numa perspetiva colaborativa para o empoderamento da comunidade.

Relativamente ao consumo de outras substâncias como haxixe, heroína, cocaína, LSD ou outras foi negado pela maioria dos sujeitos da amostra (95,6%), ainda assim, dos que consomem (4,4%), fazem-no maioritariamente uma a duas vezes por mês. As realidades das alterações nos consumos dos EES estão frequentemente associadas à aquisição de comportamentos e atitudes de saúde negativos, primeiro pelo facto de serem exploratórios (associado aos rituais de integração) por outro lado por serem as primeiras decisões independentes (não sujeitas ao controlo parental) (Morais [et. al.], 2019; Soares, Pereira e Canavarro, 2015). Neste sentido, e com base na Carta de Okanagan (2015), impõe-se a garantia de abordagens abrangentes entre todos os agentes envolvidos, de forma a respeitar as perspetivas e experiências de cada um, no sentido da promoção da saúde e do *engagement*. Usando uma abordagem salutogénica para reconhecer pontos fortes, entender problemas, criando oportunidades para a melhoria contínua da saúde e do bem-estar da comunidade académica.

No que diz respeito ao consumo de tabaco, uma minoria dos EES admite consumir (8,2%) em média 7,3 cigarros por dia, estes resultados não estão em consonância com os reportados pela DGS (Portugal, 2015a) que indicam que 34% dos EES fumam. A prevalência de consumos de tabaco entre EES num estudo de Guerra [et.al.] (2017) é 15% a 22%. O tabagismo foi considerado um problema de saúde prioritário justificando a criação de um Programa Nacional para a prevenção e controlo (2012-2016, extensão a 2020), apresentando-se como um dos principais fatores de risco cardiovascular modificáveis. Uma das estratégias estabelecidas pela DGS prende-se com o aviso, a informação e a educação sobre os riscos, é nesta ordem de ideias que os EES se apresentam como uma população alvo desta intervenção. Nesta linha de pensamento, e no sentido da estimulação de habilidades, conhecimentos e redução dos consumos de substâncias psicoativas estes dados apresentam-se como um reforço à necessidade de promoção da saúde nesta comunidade de EES.

No que diz respeito à SM percebida, 7,7% dos EES desta investigação assumem ter problemas de saúde mental e destes, a totalidade referem ter recorrido nos últimos 3 meses a um serviço de saúde relacionado com saúde mental, sendo a ansiedade e a depressão os problemas mais referidos por estes. Ainda assim, o acompanhamento psicológico ou psiquiátrico foi referido por uma percentagem significativa (36,1%). Uma explicação possível pode relacionar-se com obstáculos como o estigma e o desconhecimento e/ou inacessibilidade aos serviços de saúde confirmados por estudos de Querido, Tomás e Carvalho (2016). Estes resultados reforçam a necessidade de capacitar a Literacia em Saúde

Mental da comunidade académica para que a procura de ajuda não se encontre comprometida. Bem como, para além de ser uma fase de transição comum a outros EES, a enfermagem apresenta uma especificidade, trata-se de um curso que segue a Diretiva Comunitária de formação com uma carga horária muito elevada, das poucas licenciaturas que ainda mantém quatro anos de curso. Nesta lógica de muita exigência em carga horária associa-se também a um modelo formativo muito voltado para as competências de cuidar dos outros e muito pouco para o cuidado de si próprio.

Relativamente à história familiar de doença mental a sua maioria assume (59%) e destes é apontada a depressão como o problema mais comum entre as famílias. Estas declarações estão consentâneas com a prevalência de perturbações mentais a nível nacional (Portugal, 2019).

7.2. Saúde Mental Positiva

Quando analisados os níveis de SM+, os resultados obtidos sugerem que a maioria dos EES se posicionam no nível mais elevado de SM+, apesar de os resultados gerais apontarem para uma maioria nos valores mais elevados, quando analisado em pormenor 32,8 % destes EES encontra-se no nível intermédio, valores não negligenciáveis. Estes dados revelam a necessidade em investir no potencial dos EES para lidar com as adversidades e, por outro lado, permitem identificar possíveis vulnerabilidades nos EES (Ferreira [et. al.]) (2016). Estes resultados estão em linha com a tendência da maioria dos estudos nacionais e ainda, coerentes com os dados internacionais (Nogueira, 2017; Selvaraj e Baht, 2018; Teismann, Brailovskaia e Margraf, 2019). Seria pertinente, devolver estes dados aos EES no sentido de os trabalhar em estudos futuros e possivelmente numa lógica de *focus* grupos, para que numa dimensão qualitativa fosse possível perceber estes resultados com os EES.

Relativamente aos níveis de SM+ por dimensões, foi possível verificar que relativamente às *habilidades de relação interpessoal* os EES revelam níveis inferiores de SM+. Em cada dimensão os valores abaixo da mediana da pontuação são indiciadores de melhor SM+, neste sentido, verifica-se que a situação que carece de mais atenção, por parte da promoção da saúde, tem que ver com a seguinte dimensão: *habilidades de relação interpessoal*. A maioria dos EES ficou abaixo do ponto de corte nesta dimensão. Neste sentido, pode afirmar-se que os EES lidam com questões e limitações na gestão dos seus próprios problemas, detendo poucas habilidades para se adaptarem às mudanças do dia-a-dia. O relatório da OCDE (2015) sobre o poder das competências socioemocionais para o progresso social, vem reforçar as fortes interconexões entre a segurança, a resiliência e o bem-estar dos alunos e os resultados académicos. A maioria dos países da OCDE reconhece a necessidade da educação e

promoção destas competências, destacando a autonomia, a responsabilidade e a habilidade de relacionamento interpessoal, integrando-as nos currículos das quais são abordadas como disciplinas nas escolas. Com estes dados, as instituições de ensino superior devem procurar acrescentar práticas de sucesso e com evidência comprovada, ponderando novos modelos de formação.

Apesar dos EES se posicionarem no nível mais alto de SM+ na sua globalidade, merecem particular atenção alguns aspetos, nomeadamente: 47% admite ser difícil aceitar os outros quando têm atitudes diferentes das suas; 22,9% diz que os problemas os bloqueiam facilmente; 27,9% não gosta de si, tal como é; 59,6% considera que a vida é aborrecida e monótona; 43,7% vê o seu futuro com pessimismo. Estas frequências de respostas por parte dos EES evidenciam défices de autoestima, de satisfação pessoal, de autocontrolo e ainda de habilidade de relação interpessoal, todos estes fazem parte do construto de SM+. Desta forma, estes dados estão em concordância com os desafios inerentes desta etapa vivenciada pelos EES, de acordo com Meleis (2010), e o esforço adicional de adaptação destes pode refletir-se em pior SM+. Esta investigação robustece a congruência das intervenções dirigidas ao potencial de saúde do EES no sentido de ultrapassarem as exigências desta transição com sucesso, designadamente através da facilitação, com base em abordagens de promoção de saúde, focadas no empoderamento e capacitação para aumentar e fortalecer os processos saudáveis.

No que concerne à comparação das médias entre masculino e feminino, verifica-se que existem evidências de diferenças estatisticamente significativas na variável *atitude pró-social*, decorrente da média mais elevada das mulheres. Estes dados indiciam que as mulheres apresentam valores inferiores de *atitude pró-social* relativamente aos homens. A *atitude pró-social* segundo Sequeira [et. al.] (2014) define-se como uma predisposição para o âmbito social, isto é, ser detentor de uma atitude social altruísta e de apoio para com os outros, com um forte sentido de aceitação com os outros e dos factos sociais diferentes. Estas desigualdades na SM+ das mulheres vão ao encontro de outros estudos como Nogueira e Sequeira (2017). Determina-se neste sentido o investimento e o desenvolvimento de estratégias que viabilizem a promoção da saúde durante a formação académica para que tanto durante a formação como na vida profissional, sejam detentores de capacidades que sustentem um maior equilíbrio diante das situações impostas pelo ambiente onde irão trabalhar e viver, sem que esqueçam a necessidade de conscientização da importância dos cuidados preventivos (Ferreira, 2016).

Pode constatar-se assim, que a SM+ dos EES pode apresentar-se comprometida durante o ensino superior. Em consonância com os resultados obtidos neste estudo está também o

estudo de Lima e Tavares (2019) que identificou a lacuna no curso de enfermagem relativamente ao desenvolvimento de competências socioemocionais. Refletir acerca da dimensão socioemocional nos estudantes de enfermagem configura uma possibilidade para que estes sejam capazes de lidar com as mudanças implícitas a esta fase e ainda evoluir nas competências como futuros enfermeiros nas áreas da segurança, sensibilidade e criatividade.

7.3. Conhecimentos em Saúde Mental

Urge que, num contexto de um estudo multicêntrico em parceria com várias instituições em que a presente investigação, foi uma das primeiras a avançar, e face aos prazos académicos estabelecidos, se apele à interpretação e análise cuidada dos resultados obtidos face aos baixos valores de *Alfa de Cronbach* deste instrumento,

O valor obtido pelos EES no QCSM total é de 60,7, apresentando um desvio-padrão de 9,19. Conforme podemos constatar, os EES que integraram a presente investigação apresentam de facto valores de Conhecimentos em Saúde Mental diminuídos, o que vai ao encontro dos estudos realizados neste âmbito (Amstrong e Young, 2015; Loureiro, 2018; Rafal [et. al.], 2018; Loureiro e Costa, 2019).

Este resultado permite-nos, pelo menos em parte, entender que esta diminuição nos conhecimentos de SM nos EES pode, eventualmente, condicionar a procura de ajuda por parte destes. Tal como Rafal [et.al] (2018) concluiu no seu estudo, quanto menores os conhecimentos em SM menor a tendência em procurar ajuda de profissionais de saúde. Também Carvalho [et. al.] (2019) concluiu num estudo com enfermeiros que o estigma em relação às alterações de saúde mental é ainda uma realidade muito patente, o que poderá condicionar o interesse em relação à SM e ao desenvolvimento com a sua promoção. O conhecimento e o contacto com esta realidade parecem relacionar-se positivamente com as atitudes estigmatizantes e de procura de ajuda.

Estudos de Crowe, Mullen e Littlewood (2018) reforçam a relação dos baixos níveis de Literacia em Saúde com o aumento das despesas em saúde, com o dependente aumento das doenças crónicas, dos custos em assistência médica e com a mortalidade precoce. É no sentido de diminuir toda esta carga que se revela uma prioridade a capacitação destes jovens para os Conhecimentos em Saúde e em particular em Saúde Mental.

Loureiro e Costa (2019) evidenciam a importância de incluir um programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental no currículo da licenciatura em enfermagem, tal como se aprende o Suporte Básico de Vida, fundamentando esta necessidade como um meio apropriado e intervenção eficaz conducente ao aumento da LSM destes EES. Este programa demonstra-

se adequado para os vários contextos do ensino superior, e não apenas aos cursos relacionados com a área de saúde, ainda que sejam nestes grupos que a evidência mostra um risco acrescido de desenvolver problemas de saúde mental. Sabe-se que, em cada momento, a forma como encaramos os problemas de saúde – como os entendemos na sua génese e como procuramos organizar a nossa resposta – depende da nossa visão paradigmática, da interpretação do conhecimento científico de que dispomos, é neste sentido que o programa defendido por estes autores se evidencia útil para toda a comunidade académica.

Surge ainda o facto destes EES se encontrarem num contexto que pode ser potenciador de algumas vulnerabilidades locais, por pertencerem a um território de baixa densidade, com alguns défices, designadamente socioeconómicos e por consequência até de estímulos para o desenvolvimento (Morais e Rodrigues, 2018). Urge, neste sentido que os EES sejam estimulados a potenciar os seus recursos endógenos, como a Saúde Mental, o Desporto e o Lazer, entre outros, no sentido de otimizar as forças e gerir as fraquezas.

Percebe-se assim a necessidade de intervenções com vista à melhoria da LSM junto desta comunidade, e consequente melhoria das atitudes, para que num futuro próximo os défices nos conhecimentos em SM não sejam impeditivos de procura de ajuda, ou mesmo atitudes estigmatizantes quer com eles mesmos quer com os que os rodeiam, bem como se espera uma melhoria na saúde global desta população.

7.4. Saúde Mental Positiva e Conhecimentos em Saúde Mental

Dado tratar-se de itens invertidos, a correlação negativa entre a idade dos EES e a *Resolução de problemas e realização pessoal* sugere que à medida que a idade aumenta, a capacidade de Resolução de Problemas e realização pessoal também aumenta. Estes resultados remetem para a importância da prevenção neste âmbito, e o ensino superior, enquanto espaço onde os jovens passam grande parte do seu tempo e estabelecem as suas relações, assume um papel crucial na promoção da saúde, particularmente da saúde mental. Neste sentido, ressalta a importância do desenvolvimento de competências socioemocionais, e especialmente a resiliência, para que estes jovens sejam detentores de competências que os torne menos vulneráveis a todas as transições implícitas por esta etapa.

Apura-se, no que concerne ao ano de matrícula dos EES que as correlações existentes entre a Saúde Mental Positiva e os Conhecimentos em Saúde Mental entendem-se que à medida que o ano de matrícula aumenta, as *Habilidades de relação interpessoal* e as *Crenças na epidemiologia dos transtornos* também aumentam, aumentando também a *Conscientização sobre as atividades de promoção da saúde*. A saúde mental e a promoção de competências

socioemocionais são uma das áreas de intervenção do Eixo da Capacitação do Programa Nacional de Saúde Escolar. Porém, como mostrou a análise presente no relatório do Conselho Nacional de Saúde (2019), relativamente ao ano letivo de 2016/2017, apenas 18,8% dos alunos foram alvo de intervenções nesta área, tendo as percentagens mais baixas sido registadas no ensino secundário e ensino superior. Com estes dados, poderão as equipas de saúde e os Institutos de Ensino Superior continuar a negligenciar as intervenções de Promoção da Saúde neste *setting*, como grupos vulneráveis.

Relativamente à comparação da SM+ dos EES que já tiveram acompanhamento psicológico ou psiquiátrico (36,1%) verifica-se que existem evidências de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: *satisfação pessoal*, *autocontrolo*, *autonomia* e na globalidade do QSM+, o que indicia que os EES que já tiveram acompanhamento psicológico apresentam pior SM+ nas dimensões descritas. Estes resultados reforçam a necessidade de capacitação desta comunidade, Rafal [et.al] (2018) identificam como principal obstáculo o estigma das doenças mentais na procura de ajuda. Estes resultados poder-se-ão explicar, pelo menos em parte, com esta perspetiva, mas não só, poderá desconhecer-se a verdadeira realidade destes EES necessitando esta área ser mais e desenvolvida em futuros projetos neste âmbito.

Na comparação entre os EES que consomem bebidas alcoólicas e a SM+ verifica-se que existem evidências de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: *atitude pró-social* e *resolução de problemas e realização pessoal*. Nos dois casos, as diferenças devem-se à média mais elevada dos sujeitos que consome bebidas alcoólicas, o que indicia uma pior SM+ por parte deste grupo nas dimensões assinaladas. Deste modo, a relevância da promoção da saúde entre EES salienta-se assim com estes dados, e vem reforçar a estimulação das competências de *atitude pró-social* e *resolução de problemas e realização pessoal*, visto que estas envolvem a capacidade de análise que os EES possuem acerca das próprias vivências, bem como, a habilidade para tomar decisões por si próprios, a flexibilidade para se adaptarem às circunstâncias que surgem no quotidiano, e assim, adquirirem competências no sentido de se ajustar ao processo de crescimento e desenvolvimento pessoal. Considera-se, então, que o conjunto destas características, quando adquiridas, permite aos EES moldar positiva e objetivamente as próprias respostas face aos diferentes estímulos pessoais, ambientais, emocionais, e ainda, serem protetoras face ao desenvolvimento de algumas doenças mentais tais como depressão, ansiedade ou stress (Ferreira [et. al.], 2016; Nogueira e Sequeira, 2017; Selvaraj e Baht, 2018; Teismann, Brailovskaia e Margraf, 2019).

Verifica-se que existem evidências de diferenças estatisticamente significativas relativamente aos EES que apresentam outro tipo de consumos como haxixe, heroína, cocaína, LSD ou

outras, relativamente à dimensão *autonomia* do QSM+, o que indicia uma pior SM+ por parte deste grupo de EES. Poderá levantar-se a hipótese de que os EES que consomem estas substâncias possam apresentar défices relativamente à capacidade para ter critérios próprios, de independência de autorregulação da própria conduta e ainda de segurança pessoal e confiança em si mesmos. Estes dados estão em consonância com a literatura analisada anteriormente (Nogueira, 2017; Selvaraj e Baht, 2018; Teismann, Brailovskaia e Margraf, 2019). No entanto, são competências que podem ser desenvolvidas e estimuladas através de programas de promoção de SM+.

Em relação às dimensões do QSM+ e o QCSM verificam-se correlações estatisticamente significativas entre a *Resolução de problemas e realização pessoal* e o *Conhecimento das características da saúde mental e transtornos mentais*. Bem como, entre as *Habilidades de relação interpessoal* e a *Conscientização sobre as atividades de promoção da saúde*, que apesar de estatisticamente significativas são de fraca magnitude de acordo com Pestana e Gageiro (2014). Estas correlações vem reforçar a importância da Promoção da Literacia em Saúde Mental junto dos EES, e de acordo com o relatório do Conselho Nacional de Saúde (2019) que veio demonstrar uma relação forte entre a literacia, o nível de educação e nível de saúde, de tal forma que considera que é a literacia em saúde que liga a educação a resultados na saúde. Torna-se a LSM crucial para a capacitação das populações.

8. PROPOSTA DE RECOMENDAÇÕES, NO ÂMBITO DO ESTUDO E SETTING DE INTERVENÇÃO

Espera-se que este estudo possa contribuir para o conhecimento das necessidades desta população em matéria de Saúde Comunitária e Saúde Mental, constituindo-se como base de reflexão acerca de intervenções prioritárias nesta comunidade. Neste sentido, as instituições de ensino superior deverão encetar o delineamento de estratégias para melhorar, e se possível reverter, os resultados obtidos neste estudo. Da mesma forma, pretende-se que as equipas de saúde, e em particular as UCC possam ainda utilizar estes dados para reforçar as suas intervenções neste *setting*.

Posto isto, vislumbra-se melhorar as políticas e a legislação da SM Comunitária, bem como aprimorar o acesso dos serviços à SM na comunidade com recurso a mecanismos de proteção dos direitos humanos e ao desenvolvimento da formação dos vários atores envolvidos. Propõe-se o desenvolvimento de equipas comunitárias de SM, que incluam não só Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental, mas também EEEEC, uma realidade de muitos países da Europa que em Portugal apresenta uma expressão muito modesta.

O XXII Governo Constitucional de Portugal, que diz assumir o compromisso de responder mais e melhor às necessidades dos cidadãos, melhorando o acesso e reforçando as respostas de proximidade destes, criou um projeto-piloto de saúde mental por administração regional de saúde, incluindo cada projeto-piloto uma equipa comunitária de saúde mental, conforme descrito no Despacho n.º 2753/2020. Relativamente a esta equipa, e no que concerne aos enfermeiros, apenas faz referência a Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental deixando de parte a necessidade de incluir nesta equipa multidisciplinar EEEEC. Entende-se assim como primeira proposta: a inclusão dos EEEEC nestas equipas multidisciplinares, primeiro pelos conhecimentos que abarcam em relação à metodologia do Planeamento em saúde, relativamente à avaliação do estado de saúde de uma comunidade, e mais ainda, pelos contributos que são capazes de acrescentar no que refere à capacitação de grupos e comunidades, integrando a coordenação dos Programas de Saúde neste âmbito. Por outro lado, o facto de só existir um projeto, revela-se manifestamente insuficiente, deixando a descoberto abordagens mais orientadas para modelos salutogénicos, face às necessidades atuais de um mundo em mudança. Assim, uma das propostas de intervenção futuras seria o desenvolvimento de projetos baseados em modelos ecológicos nos Institutos de Ensino Superior, integrados nas unidades curriculares que permitissem aos EES desenvolver competências socioemocionais, transversais na promoção da sua própria saúde, isto é, uma intervenção que questione os modelos formativos, evitando que sejam necessários os modelos de intervenção biopsicossociais.

Existe hoje, em Portugal e na Europa, uma sociedade de modelos multiétnicos que exigem dos serviços de saúde abordagens diferenciadas (Cordeiro, 2018). A escola, e em específico as instituições de ensino superior, apresentam-se como um *setting* com especificidade na promoção da saúde mental e física, apoiando os jovens na gestão dos desafios que enfrentam durante o seu desenvolvimento académico e pessoal. Assim, é importante que os Institutos de Ensino Superior estejam conscientes do seu papel na formação não somente teórica e técnica, mas também ao nível das competências socioemocionais de todos os EES, mas em específico dos futuros enfermeiros, com base nas evidências emanadas, tanto pela Carta de Okanagan (2015) como pela OCDE (2015), e de como isso poderá transformar positivamente as vidas dos EES e futuras carreiras profissionais.

Nesta lógica, e em consonância com os resultados obtidos, identifica-se assim uma lacuna no desenvolvimento de competências socioemocionais, particularmente no curso de enfermagem. Importa refletir acerca da dimensão socioemocional, na medida que esta se assume como uma possibilidade para que os EES, e em específico os de enfermagem, sejam capazes de lidar com as mudanças implícitas a esta fase e ainda evoluir nas competências como futuros enfermeiros nas áreas da segurança, sensibilidade e criatividade. Tal como defendido por Cury (2013, 2019), e realçado por esta investigação, impõe-se também, como área de intervenção prioritária, repensar os planos de estudos dos cursos de saúde, com vista a que os EES terminem os seus estudos com mais conhecimentos sobre si mesmos, com mais aptidões para gerir todas as transições a que estão sujeitos nesta etapa, tornando-os menos predispostos a desenvolverem doenças mentais.

A devolução dos resultados obtidos na presente investigação aos EES, bem como a sua discussão com estes, assume-se uma intervenção fulcral, não só no sentido da conscientização, mas também de os envolver e torná-los parte integrante, ouvindo as explicações e as propostas que estes possam apresentar para melhorar a realidade agora conhecida.

Neste sentido, considera-se pertinente o desenvolvimento de mais estudos nesta área de conhecimentos, numa perspetiva salutogénica e com vista à efetividade de programas de capacitação dos EES para a SM+ e para a LSM aos diferentes níveis, para que os EES, e futuros profissionais de saúde, assumam um papel mais ativo face à saúde e menos reativo em relação à doença. Embora relevante e assumida como prioritária no âmbito das Políticas de Saúde, a área da SM+ e LSM é ainda deficitária em Portugal.

Seria também uma oportunidade e potencialidade cruzar estes dados dos EES do IPVC com os resultados obtidos com as diferentes instituições de ensino superior que decorrem deste projeto integrado na CINTESIS.

9. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Ainda que este seja um tema relativamente recente e pouco estudado, quer pela Enfermagem no geral, quer pela Enfermagem Comunitária, este estudo, apresenta genuinamente limitações.

Considera-se ainda, que uma das principais limitações deste estudo diz respeito a um dos instrumentos utilizados, nomeadamente o QCSM, por não ter demonstrado boas características psicométricas, carecendo assim, de mais investigação que confirme e lhe confira maior robustez. As limitações deste instrumento são desde logo admitidas pelos autores da validação deste instrumento. Considera-se ainda a necessidade de avançar com investigações de natureza mais abrangente e alinhada com a avaliação dos níveis de literacia interativo e crítico em saúde mental.

Acrescenta-se ainda o facto de os resultados não puderem ser generalizados a outros cursos do ensino superior, uma vez que a amostra incidiu apenas em estudantes de enfermagem.

CONCLUSÕES

O acesso ao ensino superior apresenta-se como uma transição múltipla, implicando respostas humanas, tanto positivas como negativas, que carecem de uma gestão adequada. Nesta medida, este estudo contribui com elementos que elevam a compreensão das necessidades dos EES. Este conhecimento é essencial para fundamentar intervenções de facilitação da transição neste âmbito. Apesar de relevantes e prioritárias, no âmbito das Políticas de Saúde, a SM+ e a LSM são áreas do conhecimento ainda deficitárias em Portugal.

Nesta medida, os resultados deste estudo permitem a extensão da compreensão sobre a SM+ e a LSM dos EES no contexto académico, e de uma forma geral estes estão em consonância com a literatura relevante no domínio.

O primeiro objetivo desta investigação, avaliar a SM+ dos EES confirmou as conclusões de estudos anteriores, na medida em que se verificou que a maioria dos EES apresenta nível alto de SM+. Apesar disso 32,8% encontra-se no nível intermédio, valor que não deve ser negligenciado, bem como o valor de 36,1% dos EES que referem ter acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Este facto fundamenta a necessidade em investir no potencial dos EES para lidar com as adversidades, e permite ainda, identificar as possíveis vulnerabilidades destes, reforçando assim as limitações presentes na gestão dos seus próprios problemas.

No segundo objetivo pretendeu-se avaliar a LSM dos EES, tendo-se confirmado valores diminuídos (60,7%) que corroboram os estudos encontrados previamente. Partindo do pressuposto que pessoas com maior nível de LSM procuram ajuda mais precocemente, no sentido de evitar complicações, este resultado apresenta-se como preocupante e reforça de facto o papel crucial da promoção da LSM.

O terceiro objetivo deste estudo, que consistiu em relacionar a SM+ dos EES com os aspetos socio-afetivos, permitiu confirmar que a SM+ está negativamente correlacionada com o sexo feminino, o facto dos EES terem sido acompanhados psicológica ou psiquiatricamente e com o consumo de bebidas alcoólicas, ou outro tipo de consumos como haxixe, heroína, cocaína, LSD ou outras, indiciando pior SM+ por parte destes.

Relativamente ao quarto objetivo, relacionar a LSM dos EES com os aspetos socio-afetivos, os resultados sugerem que quando aumenta o ano de matrícula aumentam também as *Crenças na epidemiologia dos transtornos*, aumentando a *Conscientização sobre as atividades de promoção da saúde*. Urge, neste sentido que os EES sejam estimulados a

potenciar os seus recursos endógenos, como a Saúde Mental, no sentido de otimizar as forças e gerir as fraquezas.

Correlacionar a SM+ e a LSM dos EES apresentou-se como quinto objetivo deste estudo, e em relação às dimensões do QSM+ e o QCSM verificam-se correlações positivas entre a *Resolução de problemas e realização pessoal* e o *Conhecimento das características da saúde mental e transtornos mentais*. Estes resultados indicam que à medida que aumenta o valor dos *Conhecimentos de Saúde Mental e Transtornos mentais* aumenta também a capacidade de *Resolução de problemas e realização pessoal*, corroborando assim uma relação forte entre a literacia, o nível de educação e nível de saúde dos EES.

Por último, o intuito do sexto objetivo foi identificar áreas de intervenção prioritárias. Propõe-se, nesta linha de ideias, o desenvolvimento de equipas comunitárias de SM, que incluam também EEEEC, no sentido de se desenvolverem projetos no Ensino Superior, que não se prendam apenas aos modelos biomédicos, mas que desenvolvam abordagens salutogénicas. Um ponto de partida interessante seria devolver estes resultados aos EES e perceber com eles qual a melhor forma para melhorá-los. Adicionalmente, sugere-se a inclusão das competências socioemocionais nos planos de estudos dos EES, e em particular nos cursos de enfermagem, para que, e tendo em conta a evidência encontrada neste estudo, sejam capazes de gerir as suas emoções e lidar com as transições implícitas pela exigência do ensino superior, como também durante as suas vidas como futuros profissionais. Na mesma linha as equipas de saúde, e em particular as UCC possam ainda utilizar estes dados para reforçar as suas intervenções neste *setting*, que tem sido negligenciado nos últimos anos.

Face ao exposto, as principais conclusões deste estudo apontam para a relevância das necessidades identificadas, que complementam informação para ajudar profissionais de saúde e instituições de ensino superior a desenhar e implementar programas dirigidos de promoção da saúde mental e prevenção de doença mental, com base na educação para a saúde. Sendo este um curso que prepara EES para o exercício de uma profissão cuja essência é cuidar do outro, revelando-se imprescindível que sejam preparados e munidos de recursos e ferramentas que lhes permitam cuidar deles próprios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa**. Ottawa, 1986.

ACADEMIAS GULBENKIAN CONHECIMENTO – **Metodologia para a Promoção de competências em crianças e jovens**. Movimento Transformers, nº9, 2020.

ARBOLEDA-FLÓREZ, Julio - A Public Health Perspective on the Stigmatization of Mental Illnesses. **Public Health Reviews**, Vol. 34, Nº 2 (2012). p. 1-18.

ALMEIDA, José - **A Saúde Mental dos Portugueses**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2018. ISBN 978-989-8863-64-5.

ALVES, Ana e RODRIGUES, Nuno - Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol. 28. (2010) p. 127-131.

AMSTRONG, Laura e YOUNG, Kaitlyn - Mind the gap: Person-centred delivery of mental health information to post-secondary students. **Colégio Oficial de Psicólogos de Madrid**. [Em linha]. 24 (2015) 83–87. [Consultado em 28/10/2019]. Disponível na WWW:URL: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=fdb05c2b-a8e8-45b4-a78f-ebc041e0760e%40sdc-v-sessmgr01>>.

ANTONOVSKY, Aaron - **Health, stress, and coping: new perspectives on mental and physical well-being**. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.

BAUER, Georg [et. al.] - Future directions for the concept of salutogenesis: a position article. **Oxford University Press**. Health Promotion International (2019). p.1-9.

BERKMAN, Nancy- In CROWE, Allison; MULLEN, Patrick; LITTLEWOOD, Kerry - Self-Stigma, Mental Health Literacy, and Health Outcomes in Integrated Care. **Journal of Counseling & Development**. Vol.96. (2018). p. 267-277.

BJORNSEN, Hanne [et. al.] - The Relationship Between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications for School Health Services. **The Journal of School Nursing**. Vol. 35 (2019). p. 107-116.

BORGES, António - Contextos, competências e bem-estar dos adolescentes. In MATOS, Margarida; TOMÉ, Gina - **Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade**. Lisboa: Placebo, Editora LDA, 2012. ISBN- 978-989-8463-33-3. p. 43-60.

BRITO, Irma; ARROYO-ACEVEDO, Hiram e PRÍNCIPE, Fernanda – Promoção da Saúde no Ensino Superior: Projetos em Escolas de Ensino de Enfermagem. In BRITO, Irma - **Pesquisa-Ação Participativa na Co-Criação de Instituições de Ensino Superior Promotoras de Saúde**. Coimbra: Palimage, 2018. ISBN 978-989-703-215-8.

CAMPOS, Luísa [et. al.] - **Development and Psychometric Properties of a New Questionnaire for Assessing Mental Health Literacy in Young People**. Volume 15, Nº2 (2015) ISSN 1657-9267 p.61-72.

CAPUCHA, Luís – **Planeamento e Avaliação de Projetos - Guião prático**. 1ª ed. Lisboa: Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2008. ISBN 978- 972-742-285-2.

CARTAXO, Teresa e PEDROSO, Sara; CEREJEIRA, Joaquim - Psiquiatria da infância e da adolescência. In SARAIVA, Carlos e CEREJEIRA, Joaquim - **Psiquiatria fundamental**. Lisboa: Lidel, 2014. ISBN 978-989-752-071-6, p. 473-485.

CARVALHO, Daniel [et. al.] – O que sabem e pensam os enfermeiros sobre a doença mental: estudo do conhecimento e atitudes estigmatizantes em saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Especial 7, 2019. p-65-71.

CHAVES, Cláudia; SEQUEIRA, Carlos e DUARTE, João – Questionário de Conhecimento de Saúde Mental. Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2019.

COHEN, Benita e MARSHALL, Shelley - Does public health advocacy seek to redress health inequities? A scoping review. **Health and Social Care in the Community**. nº 25 (2017), p.309–328.

Conferência de alto nível da UE: juntos pela saúde mental e pelo bem-estar. **Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-Estar**. Bruxelas, 12-13 de junho, 2008.

CORDEIRO, Raul - Os novos desafios para a saúde mental na europa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Nº20, (2018), p.6-8.

CROWE, Allisson; MULLEN, Patrick; LITTLEWOOD, Kerry – Self-Stigma, Mental Health Literacy, and Health Outcomes in Integrated Care. **Journal of Counseling & Development**. Vol. 96 (2018). p.267-277.

CURY, Augusto – **O Código da inteligência**. A formação de mentes brilhantes e a busca da excelência emocional e profissional. Editora Pergaminho, 5ª Edição, 2013. ISBN 978-972-711-921-9.

CURY, Augusto – **Inteligência Socioemocional**. Ferramentas para pais inspiradores e professores encantadores. Editora Sextante, 2019. ISBN 978-85-431-0802-5.

DECRETO-LEI n.º 94/2016. **DR II Série**. 6401 (2016/05/16) 15239–15239.

DESPACHO n.º 2753/2020. **DR II Série C**. 42 (2020/02/28) 200-202.

FERREIRA, Michelle [et. al.] - Avaliação da saúde mental positiva de discentes de enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Especial 4, (2016), p. 57-62.

FREIRE, Paulo – **CONSCIENTIZAÇÃO**. Teoria e Prática da Libertação. Uma Introdução ao Pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Camara Brasileira do Livro, SP. 1979.

FREIRE, Paulo – **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25ªed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FONTE, Carla; FERREIRA, Cristiana e ALVES, Sónia - Estudo da Saúde Mental Positiva em Jovens Adultos: Relações entre Psicopatologia e Bem-estar. **PSIQUE**. Lisboa. ISSN 1647-2284. Volume XIII (2017), p. 57-74.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

GALVÃO, Ana [et. al.] - Ansiedade, stress e depressão relacionados com perturbações do sono - vigília e consumo de álcool em alunos do ensino superior. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Especial 5 (2017), p. 8-12.

GOLEMAN, Daniel - **Inteligência Emocional**. Lisboa: Temas e Debates. 2010. ISBN: 9789896440909.

GOLEMAN, Daniel - **Uma força para o bem**. 2015. Rio de Janeiro: Editora Schwarcz. ISBN 978-85-470-0013-4.

GRACIANO, Andréa [et al.] - Promoção da Saúde na Escola: história e perspectivas. **Journal of Health & Biological Sciences**, Fortaleza, vol. 3, nº 1, (2015), p. 34-38.

GRESS-SMITH, Jenna [et. al.] - Prevalence, severity and risk factors for depressive symptoms and insomnia in college undergraduates. **Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress**. [Em linha]. Vol. 31(2015), p. 63–70. [Consultado em 2/12/2019]. Disponível na WWW:URL: <http://doi.org/10.1002/smi.2509>>.

GUERRA, Fernando [et. al.] - Consumo de tabaco entre universitários: uma revisão sistemática. **REVISTA ONLINE DE PESQUISA**. Volume 9, nº2, 2017. p 558-565.

JAHODA, Marie - **Joint commission on mental health and illness monograph series**: Vol. 1. Current concepts of positive mental health. Basic Books.1958.

JORM, Anthony - Mental Health Literacy: Promoting Public Action to Reduce Mental Health Problems. In Loureiro, Luís - **Literacia em Saúde Mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir**. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde, nº 8.

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, p.27-39. 2014.

JORM, Anthony - Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. In AMORIM, Rosa; LOUREIRO, Luís; SEQUEIRA, Carlos - Literacia em saúde mental sobre abuso de álcool: um estudo com adolescentes portugueses. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. [Em linha]. Vol. 6 (2018), p.31-38 [Consultado em 27/11/2019]. Disponível na WWW:URL: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602018000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

KEYES, Corey - The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. **Journal of Health and Social Research**. Vol. 43, nº 2 (2002), p. 207-222.

KERAMATI, Mohammad - A comparison of health-related quality of life and job satisfaction in physically active and sedentary faculty members. **International Journal of Education and Applied Sciences**. Vol. 1, nº 2 (2014), p. 68-77.

KUTCHER, Stan [et. al.] - **School mental health: global challenges and opportunities**. Cambridge (GB): Cambridge University Press. ISBN-13: 978-1107053908. 2015.

KUTCHER, Stan [et. al.] - Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. **The Canadian Journal of Psychiatry**. Vol. 61 (2016), p.154-158.

LALONDE, Marc - **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada, 1974.

LAWAL, Abiodun; IDEMUDIA, Erhabor e SENYATSI, Tema - Emotional intelligence and mental health: an exploratory study with South African university students. **Journal of Psychology in Africa**. ISSN 1433-0237. Vol. 28, nº 6 (2018), p. 492-497.

LEITE, Artur - **Conceção de um Programa de Saúde Mental Positiva para docentes do Ensino Básico**. Porto: Universidade do Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2016. Tese de Mestrado.

LELIS, Karen - Sintomas de depressão, ansiedade e uso de medicamentos em universitários. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Nº 23 (2020), p. 9-14.

LIMA, Thainá e TAVARES, Cláudia – As competências socioemocionais na formação dos enfermeiros: um estudo sociopoético. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Especial 7 (2019), p. 57-64.

LOUREIRO, Isabel e MIRANDA, Natércia - **Promover a Saúde: dos fundamentos à acção**. Coimbra: Almedina, 2010. ISBN 978-972-40-4399-9.

LOUREIRO, Adriana – **Literacia e Saúde Mental Positiva**. Porto: Universidade do Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2018. Tese de Mestrado.

LOUREIRO, Luís - Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas. **Revista de Enfermagem Referência**. Série IV - N.º 4 (2015), p. 79-88.

LOUREIRO, Luís e COSTA, Lúcia - Avaliação do programa de primeiros socorros em saúde mental em estudantes de licenciatura em enfermagem. **Referência**. Coimbra: 2019. ISSN 0874-0283. - IV Série, n.º 20.

LOUREIRO, Luís [et. al.] - Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. **Revista de Enfermagem Referência**. 2012.p. 157-166. III Série, n.º 6.

SIMONDS, Scott - Health education as social policy. Health Education Monograph. 1974 In LOUREIRO, Luís [et. al.] - Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. **Revista de Enfermagem Referência**. 2012.p. 157-166. III Série, n.º 6.

LLUCH, Maria - **Construcción de una Escala para Evaluar la Salud Mental Positiva**. Barcelona: Universidade de Barcelona, Faculdade de Psicologia, Departamento de Metodologia das Ciências do comportamento, 1999. Tese de doutoramento.

LLUCH, Maria - Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. **Salud mental**. 2002, vol. 25, n.º 4.

LLUCH, Maria - Concepto de salud mental positiva: Factores relacionados.2008 In LEITE, Artur - **Conceção de um Programa de Saúde Mental Positiva para docentes do Ensino Básico**. Porto: Universidade do Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2016. Tese de Mestrado.

MANTAS, Susana [et.al.] - Evaluation of positive mental health and sense of Coherence in mental health professionals. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Nº 13 (2015), p. 34-42.

MELEIS, Afaf – **Transitions Theory, Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer Publishing Company, LLC, 2010. ISBN 978-0-8261-0534-9.

MELEIS, Afaf - **A Teoria das Transições**. Comunicação proferida pela autora na Conferência “A Teoria das Transições”, realizada na Escola Superior de Enfermagem do Porto, a 19 de Setembro de 2013. Porto.

MENDES, José [et. al.] - Qualidade do sono e sonolência em estudantes do ensino superior. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**. Vol. 5 (2019), p.38-48.

MORAIS, Carminda, BRITO, Irma e TOMÁS, Catarina – Pesquisa-Ação Participada na (Co)Construção de Percursos de Literacia em Saúde. In BRITO, Irma - **Pesquisa-Ação Participativa na Co-Criação de Instituições de Ensino Superior Promotoras de Saúde**. Coimbra: Palimage, 2018. ISBN 978-989-703-215-8.

MORAIS, Carminda e RODRIGUES, Carlos – Cidadania, saúde e bem-estar no ensino superior-IPVC In BRITO, Irma - **Pesquisa-Ação Participativa na Co-Criação de Instituições de Ensino Superior Promotoras de Saúde**. Coimbra: Palimage, 2018. ISBN 978-989-703-215-8.

MORAIS, Carminda [et.al.] – Estilos de Vida e Bem-estar de Estudantes do Ensino Superior. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Especial 7 (2019), p. 57-64.

MORGADO, Tânia e BOTELHO, Maria - Intervenções promotoras da literacia em saúde mental dos adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Especial da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Edição Especial 1 (2014), p. 90-96.

NAÇÕES UNIDAS - **Transforming Our World: The 2030 Agenda For Sustainable Development**. Nova Iorque, 2017.

NIGHTINGALE, Florence e STRACHEY, Ray - **Struggle: the stirring story of woman's advance in England**. Duffield and Company. London, 1930. p.20.

NOGUEIRA, Maria - **Saúde mental em estudantes do ensino superior: Fatores protetores e fatores de vulnerabilidade**. Lisboa: Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2017. Tese de Doutoramento.

NOGUEIRA, Maria; BARROS, Luísa e SEQUEIRA, Carlos - Psychometric Properties of the Psychological Vulnerability Scale in Higher Education Students. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**. [Em linha]. Vol. 23. (2017) [Consultado em 27/11/2019]. Disponível na WWW:URL: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1078390317695261>>.

NOGUEIRA, Maria e SEQUEIRA, Carlos - A saúde mental em estudantes do ensino superior. Relação com o género, nível socioeconómico e os comportamentos de saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Especial 5 (2017), p. 51-56.

NOGUEIRA, Maria e SEQUEIRA, Carlos - A Satisfação Com A Vida Académica. Relação com Bem-Estar e Distress Psicológico. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. [Em linha]. Vol. 73 ESPECIAL 6 (2018) [Consultado em 28/10/2019]. Disponível na WWW:URL: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0216>>.

NUTBEAM, Don - **Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century**. Health Promotion International, Vol. 15, nº 3, (2000), p. 259–267.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICOS—
Competências para o progresso social. O poder das competências socioemocionais.
OCDE, 2015. ISBN 978-85-633489-28-9.

**OKANAGAN CHARTER: An International Charter for Health Promoting Universities
and Colleges.** International Conference on Health Promoting Universities and Colleges /
VII International Congress. Kelowna, British Columbia, Canada, 2015.

O'NEILL, Ailish - **Promoting Health In The Youth Sector** – A Practice Manual. Ireland:
National Youth Council of Ireland. 2013.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos
comentários à análise de casos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Declaration of Alma-Ata: International
Conference on Primary Health Care.** Geneva: OMS, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Health promotion glossary.** Genebra: OMS,
1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Mental Health Action Plan 2013-2020.** Geneva:
OMS, 2013. ISBN 978 92 4 150602 1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Health literacy: the solid facts.** Copenhaga,
OMS, 2013a. ISBN: 978 92 890 00154.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Saúde mental depende do bem-estar físico e
social, diz OMS em dia mundial.** [Em linha]. Geneva. OMS, 2016. [Consultado em
28/01/2020]. Disponível na WWW:URL: <https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Salud mental: fortalecer nuestra respuesta:
Datos y cifras** [Em linha]. Geneva. OMS, 2018. [Consultado em 26/11/2019]. Disponível
na WWW:URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> >.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Global Status Report on alcohol and health. Geneva. OMS, 2018a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors: Background paper by WHO Secretariat for the development of a comprehensive mental health action.** [Em linha]. Geneva. OMS, 2012. [Consultado em 23/07/2019]. Disponível na WWW:URL:<https://www.who.int/mental-health/mhgap/risks-to-mental-health-EN-27-08-12.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Salud mental: fortalecer nuestra respuesta: Datos y cifras.** [Em linha]. 2019. Disponível na WWW:URL: <http://www.who.int/es/news-room/factsheetsdetail/mental-health-strengthening-our-response>>.

Plano Estratégico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo 2020-2024. [Em linha]. 2020. [Consultado em 17/07/2020]. Disponível na WWW:URL: http://www.ipvc.pt/sites/default/files/Plano_Estrategico_IPVC_20_24_0.pdf>.

PORDATA - **Alunos matriculados no ensino superior: total e por sexo.** [Em linha]. 2019. [Consultado em 20/07/2020]. Disponível na WWW:URL: <https://www.pordata.pt/Portugal/Alunos+matriculados+no+ensino+superior+total+e+por+sexo-1048>>.

PORTUGAL. Ministério Da Saúde, Direção-Geral Da Saúde – **Programa Nacional de Saúde Escolar.** Lisboa: DGS, 2015.

PORTUGAL. Ministério Da Saúde, Direção-Geral Da Saúde – **A saúde dos portugueses. Perspetiva 2015.** Lisboa: DGS, 2015a.

PORTUGAL. Ministério Da Saúde, Direção-Geral Da Saúde – **SAÚDE MENTAL EM SAÚDE ESCOLAR. Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar.** Lisboa: DGS, 2016.

PORTUGAL. Ministério Da Saúde, Direção-Geral Da Saúde – **Programa Nacional para a Saúde Mental 2017**. Lisboa: DGS, 2017.

PORTUGAL. Ministério Da Saúde, Direção-Geral Da Saúde – **Modelo de Governação a 2020**. Lisboa: DGS, 2017a.

PORTUGAL - **Relatório nacional sobre a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova Iorque, 2017b.

PORTUGAL. Conselho Nacional da Saúde - **RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE EM PORTUGAL**. Lisboa, 2017c.

PORTUGAL. Ministério Da Saúde, Direção-Geral Da Saúde – **Plano De Ação Para A Literacia Em Saúde 2019-2021 – PORTUGAL**. Lisboa: DGS, 2018.

PORTUGAL. Ministério Da Saúde, Direção-Geral Da Saúde - **RELATÓRIO SOCIAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE 2018**. Lisboa: DGS, 2018.

PORTUGAL. Conselho Nacional da Saúde - **SEM MAIS TEMPO A PERDER. Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década**. Lisboa, 2019. ISSN: 2184-6960.

PESTANA, Maria e GAGEIRO, João – **Análise de Dados Para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS**. 6ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2014. ISBN 978-972-618-775-2.

RAFAL, Gregor [et. al.] - Mental health literacy, stigma, and help-seeking behaviors among male college students. **Journal Of American College Health**. Nº4 Vol. 66 (2018) p. 284-291.

REGULAMENTO Nº 428/2018 de 16 de julho de 2018 – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar**. Lisboa: 2018. Diário da República II Série nº 135 19354-19359.

RIBEIRO, Vanessa e MESSIAS, Cristhiane - A educação em saúde no ambiente escolar: um convite à reflexão. **Impulso**. ISSN: 2236-9767. volume 26, nº67 (2016), p. 39-52.

ROJA, Julieta - La promoción de la salud durante de la adolescência. In MATOS, Margarida; SEQUEIRA, Carlos [et.al.] – Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. ISSN 1647-2160. Edição nº 11. 2014. p. 45-53.

ROSA, Amorim; LOUREIRO, Luís e SOUSA, Catarina - Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes In Loureiro, Luís - **Literacia em Saúde Mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir**. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde, nº 8. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, p.27-39. 2014.

ROSA, Amorim; LOUREIRO, Luís; SEQUEIRA, Carlos - Literacia em saúde mental sobre abuso de álcool em adolescentes: desenvolvimento de um instrumento de medida. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Nº16 (2016), p. 59-68.

ROSA, Amorim; LOUREIRO, Luís; SEQUEIRA, Carlos - Literacia em saúde mental sobre depressão: um estudo com adolescentes portugueses. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Nº 21 (2019), p. 40-46.

NUNES, Luís Saboga; BITTLINGMAYER, U. e OKAN, O. - **Salutogenesis and health literacy: the health promotion simplex!** in Okan [et. al.] - **International Handbook of Health Literacy. Research, practice and policy across the lifespan**. Bristol: The Policy Press, University of Bristol, England. 2019.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Hernández; LUCIO, María del Pilar Baptista – **Metodologia de Pesquisa**. 5º. Ed. São Paulo: Penso, 2013. ISBN 978-85-65848-28-2.

SCHMIDT, Kenya Reibnitz; PRADO, Marta Lenise, (compil.) - **Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde**. Brasil, 2016. ISBN 978-85-88612-76-1.

SELVARAJ, Priscilla e BHAT, Christine - Predicting the mental health of college students with psychological capital. **Journal of Ment Health**. ISSN:1360-0567. nº 27(3), (2018) p. 279–287.

SEQUEIRA, Carlos [et. al.] - Avaliação das propriedades psicométricas do questionário de saúde mental positiva em estudantes portugueses do ensino superior. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. nº11(2014), p. 45-53.

SEQUEIRA, Carlos [et. al.] - Questionário de Literacia e Saúde Mental Positiva Versão Estudantes do Ensino Superior. Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2018.

SEQUEIRA, Carlos e LLUCH, Maria - **Saúde Mental Positiva - Conferência apresentada no Dia Mundial da Saúde Mental na Escola Superior de Saúde de Viseu**. [Em linha]. Viseu: 2015. 50 diapositivos. [Consultado em 28/01/2020]. Disponível na WWW:URL: [https://www.researchgate.net/publication/282663073 Saude Mental Positiva](https://www.researchgate.net/publication/282663073_Saude_Mental_Positiva)>.

SEQUEIRA, Carlos e SAMPAIO, Francisco – **Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções**. Lisboa: Lidel, 2020. ISBN 978-989-752-413-4.

SERRÃO, Carla; VEIGA, Sofia; VIEIRA, Isabel- Literacia em saúde: resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Especial 2 (2015), p.33-38.

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS: SIDAC – **A situação do país em matéria de álcool**. Relatório anual de 2018. Lisboa, 2019.

SILVA, Armando - **Estilos de vida em estudantes do ensino superior**. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2016. Tese de Doutoramento.

Silva, Madalena [et. al.] - Sleep Quality Determinants among Nursing Students. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**. nº 217(2016), p. 999–1007.

SIMONDS, Scott - **Health education as social policy**. Health Education Monograph, 2, p. 1-25.1974.

SOARES, Andreia; PEREIRA, Anabela e CANAVARRO, José - Promoção da Saúde nas Instituições de Ensino Superior Portuguesas: Reflexões e Desafios. **Revista Portuguesa de Pedagogia**. Ano 49-2 (2015) p. 115-137.

TAVARES, António – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1990.

TEISMANN, Tobias; Brailovskaia, Julia; Margraf, Jurgen - Positive mental health, positive affect and suicide ideation. International. **Journal of Clinical and Health Psychology**. Nº 19 (2019), p.165-169.

TOMÉ, Gina - **Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade**. Lisboa: Placebo, Editora LDA, 2012. ISBN- 978-989-8463-33-3. p. 269-289.

VAILLANT, George - Positive mental health: is there a cross-cultural definition? **World Psychiatry**. Boston. Nº 11 (2012), p.93-99.

VIDOUREKE, Rebecca e BURGAGE, Michelle – Saúde Mental Positiva e o estigma em saúde mental: um estudo qualitativo na avaliação das atitudes dos estudantes. **Mental Health & Prevention**. United States. ISSN 2212-6570. Nº13 (2019) p.1–6.

YU, Yu [et. al.] - Assessment of mental health literacy using a multifaceted measure among a Chinese rural population. **BMJ Open**. ISSN: 009054. 2015. p. 1-9.

ANEXOS

ANEXO I - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO



45262



Código

ID

Questionário de Literacia e Saúde Mental Positiva Versão Estudantes do Ensino Superior

(Sequeira, Ferreira, Carvalho, Ribeiro & Pires, 2018)
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Exmo.(a) Sr. ou Sr(a),

Estamos a contactá-lo(a) para solicitar a sua colaboração numa investigação intitulada "Literacia e Saúde Mental Positiva" que tem como objetivo principal avaliar o nível de conhecimento e o índice de saúde mental positiva das pessoas, com o intuito de identificarmos necessidades de intervenção ao nível da promoção da saúde mental.

Trata-se de um estudo que não envolve qualquer risco para os participantes e que poderá trazer benefícios para a prestação de cuidados, na medida em que, nos irá fornecer dados sobre o nível da literacia e dimensões de saúde mental que carecem de maior atenção, por parte dos profissionais de saúde.

Com esta informação queremos dar-lhe a conhecer o projeto e o potencial impacto na melhoria da assistência às pessoas ao nível da promoção da saúde mental, pelo que lhe pedimos para responder ao questionário que lhe será apresentado por um investigador que o/a contactará, a partir de outubro de 2019.

O investigador estará devidamente identificado e fornecerá todos os pormenores do estudo.

Não há respostas certas ou erradas, apenas se pretende saber a sua opinião relativamente a cada item. O preenchimento de todos os itens é muito importante para a equipa de investigação e para os resultados do estudo.

As respostas ao questionário são anónimas e confidenciais.

A participação é voluntária: tem direito a decidir se quer ou não participar e poderá desistir a qualquer momento, sem qualquer transtorno.

As informações sobre o estudo serão disponibilizadas aos participantes que o solicitarem.

Ao prosseguir com o preenchimento do questionário está a dar o seu consentimento para a realização do mesmo, por favor continue e no final submeta o questionário.

Aceito participar no estudo?

Equipa de Investigação:

Carlos Sequeira; Teresa Ferreira; José Carlos Carvalho; Isilda Ribeiro; Regina Pires

Contactos: Prof. Doutor Carlos Sequeira

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Drº António Bernardino de Almeida, 830,844,856 - 4200 -072 Porto - Telefone: 225073500

E_mail: carlossequeira@esenf.pt



45262

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA**1- **Sexo:** Masculino Feminino2 - **Idade:** (anos completos)3 - **Estado civil:** Solteiro Casado/união de facto Divorciado/Separado Viúvo4 - **Formação académica [dos pais]:**

	Ensino Básico 1º ciclo	Ensino Básico 2/3º ciclo	Ensino Secundário	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5 - **Ano em que se encontra matriculado?** 1º ano 2º ano 3º ano 4º ano 5º ano 6º ano5.1 - **Instituição:** 5.2 - **Curso:** 6 - **Está deslocado da sua residência habitual para frequentar o curso?** Sim Não7 - **Recebe alguma bolsa de estudo?** Sim Não8 - **Conjuga algum emprego com os estudos?** Sim Não9 - **Número horas de trabalho por semana:** **História de Doença Mental**10 - **Tem algum problema de saúde mental?** Sim NãoQual 11 - **Nos últimos 3 meses recorreu a algum serviço de saúde, devido a um problema de saúde mental?** Sim Não12 - **Já teve algum acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?** Sim Não13 - **Tem ou teve familiares com doença mental?** Sim NãoQuem? **Comportamentos de Saúde relativamente ao último mês**14 - **Está satisfeito(a) com o seu sono?** Sim Não15 - **Considera que dorme as horas suficientes para as suas necessidades?** Sim Não16 - **Número médio de horas de sono por dia** 17 - **Toma medicação para dormir?** Sim Não18 - **Toma medicação de forma regular para algum problema de saúde mental?** Sim NãoQual 19 - **Pratica algum desporto ou exercício físico regular?** Sim Não19.1 - **Que modalidade?** 19.2 - **Número médio de horas por semana** 20 - **Considera a sua alimentação saudável?** Sim Não21 - **Número médio de refeições por dia?** 22 - **Ingere diariamente fruta/legumes?** Sim Não

ANEXO II - QSM+



55932

**QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA**

(Sequeira;Carvalho;Sampaio;Sá;Luch-Canut;Roldán-Merino, 2014)

Este questionário contém uma série de afirmações, sobre a sua forma de pensar, sentir e agir que são mais ou menos frequentes em cada um.

Para responder, leia cada frase e responda de acordo com a frequência que melhor caracteriza o seu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta:

1 «Sempre ou quase sempre»; 2 «Na maioria das vezes»; 3 «Algumas vezes» 4 «Raramente ou nunca».

Código ID

	Itens	1	2	3	4
1	Para mim, é difícil aceitar os outros quando tem atitudes diferentes das minhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Os problemas bloqueiam-me facilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Gosto de mim como sou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Sinto-me capaz de explodir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Para mim a vida é aborrecida e monótona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Para mim é difícil dar apoio emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Vejo o meu futuro com pessimismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Sou capaz de tomar as decisões por mim mesmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Procuo retirar os aspetos positivos das coisas "más" que me acontecem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Procuo melhorar como pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Considero-me um(a) bom/boa conselheiro(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Preocupa-me que as pessoas me critiquem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Considero-me uma pessoa sociável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Penso que sou uma pessoa digna de confiança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Penso nas necessidades dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Na presença de pressões desfavoráveis do exterior sou capaz de manter o meu equilíbrio pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Quando surgem alterações na minha vida procuro adaptar-me	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Perante um problema sou capaz de solicitar informação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	As alterações que ocorrem habitualmente no meu quotidiano estimulam-me	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Procuo desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Tenho dificuldades em ter opiniões pessoais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Quando tenho que tomar decisões importantes sinto-me muito inseguro(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	Sou capaz de dizer não quando o quero dizer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Gosto de ajudar os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39	Sinto-me insatisfeito(a) com o meu aspeto físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO III – QCSM



3803



QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO DE SAÚDE MENTAL
(Chaves, Sequeira & Duarte, 2019)

1 «Discordo totalmente»; 2 «Discordo parcialmente»; 3 «Nem concordo nem discordo»; 4 «Concordo parcialmente»; 5 «Concordo totalmente»

Código

ID

	Itens	1	2	3	4	5
1	A saúde mental é uma componente da saúde	<input type="radio"/>				
2	Os distúrbios mentais são causados por pensamentos incorretos	<input type="radio"/>				
3	Muitas pessoas têm problemas mentais, mas não se apercebem	<input type="radio"/>				
4	Todos os distúrbios mentais são causados por stressores externos	<input type="radio"/>				
5	Componentes da saúde mental incluem inteligência normal, humor estável, uma atitude positiva, relações interpessoais de qualidade e adaptabilidade	<input type="radio"/>				
6	A maioria dos distúrbios mentais não pode ser curada	<input type="radio"/>				
7	Devem ser procurados serviços psicológicos ou psiquiátricos se suspeitarmos da presença de problemas ou distúrbios mentais	<input type="radio"/>				
8	Problemas psicológicos podem ocorrer em qualquer idade	<input type="radio"/>				
9	Distúrbios mentais e problemas psicológicos não podem ser evitados	<input type="radio"/>				
10	Nos distúrbios mentais graves (por exemplo, esquizofrenia), os medicamentos devem ser tomados apenas por um determinado período de tempo	<input type="radio"/>				
11	Atitudes positivas, boas relações interpessoais e um estilo de vida saudável podem ajudar a manter a saúde mental	<input type="radio"/>				
12	Indivíduos com história familiar de distúrbios mentais tem maior risco de problemas psicológicos e distúrbios mentais	<input type="radio"/>				
13	Problemas psicológicos nos adolescentes não influenciam os resultados académicos	<input type="radio"/>				
14	É improvável que indivíduos de meia-idade ou idosos desenvolvam problemas psicológicos e distúrbios mentais	<input type="radio"/>				
15	Indivíduos com fraco temperamento são mais propensos a ter problemas mentais	<input type="radio"/>				
16	Problemas ou distúrbios mentais podem ocorrer quando um indivíduo está sob stress psicológico ou enfrenta uma situação significativa na sua vida (por exemplo, morte de membros da família)	<input type="radio"/>				
Atividades de promoção da saúde mental				Sim	Não	
17	Já ouviu falar sobre o Dia Mundial da Saúde Mental?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
18	Já ouviu falar do Dia Internacional contra o Abuso de Drogas e o Tráfico Ilícito de Drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
19	Já ouviu falar sobre o Dia Internacional de Prevenção do Suicídio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
20	Já ouviu falar do Dia Mundial do Sono?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

APÊNDICES

APÊNDICE I – COMISSÃO DE ÉTICA

R



Anexo 6 à Ata nº 5 / 2019

COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

CE-ESEP

Parecer ao Projeto: Literacia e Saúde Mental Positiva - Estudantes Ensino Superior

Fluxo: 2019/1945

Data da submissão: 05-07-2019

Documentos anexos ao pedido de parecer

Pedido de apreciação e parecer à comissão de ética modelo 102
Ficha de apresentação de projetos de investigação MOD.46.00
Questionário para submissão de projeto de investigação à comissão de ética MOD.92.00
Questionário de Literacia e Saúde Mental Positiva
Escala de vulnerabilidade psicológica
Questionário de saúde mental positiva
Questionário de conhecimento de saúde mental
O que é importante para uma boa saúde mental?
Declaração de consentimento informado

Investigador principal: Professor Doutor José Carlos Marques de Carvalho

Equipa de Investigação

Carlos Sequeira
Regina Pires
Teresa Rodrigues Ferreira
Isilda Ribeiro

Objetivos da investigação:

Avaliar os níveis de saúde mental positiva dos estudantes do ensino superior e a sua literacia.

Local/locais onde será realizada a investigação: Escola Superior de Enfermagem do Porto e mais 10 Instituições de Ensino Superior Portuguesas e 3 Instituições de Ensino Superior Espanholas,

População Alvo: estudantes dos cursos de enfermagem da ESEP

A amostra será constituída por todos os estudantes que de forma voluntária, aceitem participar no estudo, depois de validar e aceitar a sua participação (consentimento informado).

Investigação de cariz quantitativo, descritiva, correlacional e multicêntrica.

A colheita de dados será efetuada através de um instrumento de avaliação, criado para este efeito - "Questionário de Literacia e Saúde Mental Positiva, versão Estudantes do Ensino Superior",

composto por "Questionário de conhecimento de Saúde Mental" e "O que é importante para uma boa saúde mental?".

Questionário de caracterização sócio demográfica, constituído por 29 questões

- Escala de vulnerabilidade psicológica com 6 itens - Likert com 5 opções
- Questionário de saúde mental positiva com 39 itens - Likert com 4 opções
- Questionário de conhecimento de saúde mental com 16 itens (Likert com 5 opções) + 4 itens (Atividades de promoção da saúde mental)
- O que é importante para uma boa saúde mental? com 10 itens - Likert com 5 opções + N/A

A aplicação será em suporte digital, online através do link:

<http://survey.esenf.pt/index.php/856152?lang=pt>

Riscos/benefícios: benefícios imediatos poderão advir para os participantes:

Consideramos que tem benefício de caráter geral não direto à população estudada, mas com benefícios para futuros estudantes.

Confidencialidade: Os participantes não serão identificados em qualquer relatório ou publicação que possa advir da realização deste estudo.

Consentimento: Consentimento informado, livre e esclarecido. Aos participantes irá ser solicitado o preenchimento do termo de consentimento.

Data de início do projeto: 2018-01-01; **Data de fim do projeto:** 2021-10-31

Plano de Investigação:

Este estudo integra o Projeto - Literacia e Saúde Mental Positiva que é constituído por diferente subprojetos, nomeadamente:

Criação e validação de um instrumento de avaliação da literacia em saúde mental positiva, validação da Escala Europeia de literacia para a saúde (HLS-EU-PT) em adolescentes portugueses e avaliação dos níveis de literacia em saúde mental positiva da comunidade, nos profissionais de saúde, nos familiares cuidadores, nos dirigentes das instituições, assim como contribuir para a criação e validação de um programa de capacitação dos enfermeiros em literacia em saúde mental positiva e em adultos e adolescentes e por fim a criação de um portal Promotor de Literacia dos cuidadores (CuidaWeb).

Parecer:

Após análise dos documentos apresentados:

Consideramos que o estudo está bem estruturado, respeita os princípios éticos exigidos, pelo que damos parecer favorável à sua realização.

A relatora,



(Teresa Tome Ribeiro)