

2º CICLO DE ESTUDOS

[SOCIOLOGIA – ESPECIALIZAÇÃO EM DESIGUALDADES E INTERVENÇÃO SOCIAL]

Literacia em Saúde Mental:

Um olhar sociológico sobre a deteção e prevenção precoce de patologias mentais

José Miguel Cordeiro Bola

M

2025



José Miguel Cordeiro Bola

Literacia em Saúde Mental: Um olhar sociológico sobre a deteção e prevenção precoce de patologias mentais

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em Sociologia, orientada pela Professora
Doutora Alexandra Cristina Ramos da Silva Lopes Gunes

Faculdade de Letras da Universidade do Porto

2025

À coragem de reconhecer, no outro, aquilo que também nos torna humanos.

Sumário

Declaração de honra	7
Agradecimentos	8
Resumo.....	9
Abstract	10
Índice de Figuras	11
Índice de Tabelas	12
Índice de Gráficos	14
Lista de abreviaturas e siglas	15
Introdução	16
1. Da Literacia à Literacia em Saúde Mental	21
1.1. Literacia: evolução do conceito	21
1.1.1. Literacia como prática social	23
1.1.2. Literacia em Saúde	24
1.2. Literacia em Saúde Mental	27
1.2.1. Sociologia da Saúde e da Doença: comportamento e condições mentais	28
1.2.2. Definição e dimensões	34
1.2.3. Importância para a deteção e prevenção precoce	37
1.3. Relação com a educação e o papel das escolas na promoção da saúde mental	40
1.3.1. Professores como agentes-chave na promoção de bem-estar	41
2. Entre a Reflexão e o Método na Construção do Saber	45
2.1. O paradigma científico associado a uma lógica falsificacionista.....	46
2.2. Inquérito por Questionário: seletividade, componentes e validação	48
2.2.1. Importância do anonimato e das questões éticas	53
2.3. Condicionantes empíricas e desafios no acesso ao campo	54
2.4. Etapas sequenciais do procedimento de recolha de dados	57
2.5. Dinâmicas sociodemográficas na formação docente	58
3. Capacitação dos professores para lidar, gerir e participar ativamente na deteção precoce de problemas de saúde mental	61
3.1. Níveis de Literacia em Saúde Mental entre professores em formação	62
3.1.1. Competências cognitivas, relacionais e sociais da LSM	65

3.2. Preparação dos professores em formação para lidar com a saúde mental em contexto escolar	71
3.2.1. Práticas pedagógicas de gestão de situações do foro mental	76
3.3. Literacia em Saúde Mental e predisposição para a ação: entre o saber, o estigma e a prática pedagógica	85
Considerações Finais	90
Referências Bibliográficas	94
Anexos	101
Anexo 1 – Inquérito por Questionário	102
Anexo 2 - Matriz de operacionalização das variáveis	113
Anexo 3 - Ofício Formal	116
Anexo 4 - Frequência de participantes que assinalaram, ou não, a utilização das práticas ...	118
Anexo 5 - Dispersão entre o nível de LSM e o número total de práticas adotado	119

Declaração de honra

Declaro que a presente dissertação é da minha autoria e não foi utilizada previamente noutro curso ou unidade curricular, desta ou de outra instituição. As referências a outros autores (textos, trabalhos, ideias) respeitam escrupulosamente as regras de atribuição de autoria e encontram-se devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referência. Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

Declaro, ainda, que não utilizei ferramentas de inteligência artificial generativa (*chatbots* baseados em grandes modelos de linguagem) para realização de parte(s) da presente dissertação, encontrando-se todas as interações (*prompts* e respostas) transcritas em anexo.

[FLUP, Porto, 26 de maio de 2025]

José Miguel Bola

Agradecimentos

A realização desta dissertação foi um processo exigente, desafiante e profundamente transformador. Olhando para trás, contrariando a ideia de uma responsabilidade solitária, torna-se claro que não foi um percurso, de todo, isolado. Gostaria de começar por enaltecer o trabalho da Professora Doutora Alexandra Lopes, orientadora exímia deste projeto. Pelo rigor, pela clareza e, sobretudo, pela disponibilidade constante. O acompanhamento prestado foi essencial para que o documento fosse estruturado com solidez, resultando numa profunda reflexão articulada. Cada orientação foi mais do que uma ajuda técnica, foi um estímulo intelectual e um convite ao pensamento autónomo e, principalmente, sociológico. Aos professores e investigadores com quem me cruzei ao longo dos anos académicos, agradeço pela partilha de conhecimento, pelas provocações teóricas e pela abertura ao diálogo. Em particular, à Professora Doutora Amélia Augusto, cuja paixão pela Sociologia da Saúde e da Doença e o seu compromisso ético foram, desde cedo, referência e inspiração. Aos meus colegas, amigos e companheiro, que acompanharam de perto esta etapa — entre bibliotecas, reuniões, mensagens fora de horas e pausas para respirar —, agradeço pela companhia e pelas conversas que tantas vezes me recentraram. Estou também grato a todos os que participaram neste estudo, pela sua disponibilidade e pelo contributo com respostas para um projeto que pretende pensar, com seriedade, numa escola mais atenta e inclusiva. Por fim, e com especial ênfase, agradeço à minha família, pilar discreto mas constante de tudo aquilo que aqui se construiu. À minha mãe, pela força tranquila com que sempre me acompanhou, pelo exemplo de dedicação e pela confiança que depositou em mim mesmo quando os caminhos eram incertos. Ao meu avô, cuja sabedoria feita de amor, trabalho e valores honestos moldou, sem nunca o dizer, muito daquilo que hoje reconheço como primordial. Este percurso académico é também herdeiro da bagagem emocional, ética e afetiva que me foi transmitida. A eles, mais do que agradecimentos, deixo uma parte deste trabalho. A todos os que, de forma direta ou indireta, deixaram marca neste processo, o meu sincero obrigado.

Resumo

Este trabalho procura compreender o que sabem os futuros professores, ou seja, estudantes atualmente a frequentar a formação superior para se tornarem docentes, sobre saúde mental, quais as experiências que já tiveram nesse âmbito e que atitudes e reações demonstram face à doença mental. A investigação parte da constatação de que os problemas de saúde mental são hoje uma preocupação crescente, com impacto em toda a população, mas com especial incidência entre os mais novos. Sendo a escola o espaço onde os jovens passam grande parte do seu tempo, torna-se fundamental perceber se este contexto está preparado para responder a tais desafios. Nesse sentido, procura ainda avaliar em que medida as competências, os conhecimentos e as disposições dos professores permitem auxiliar na deteção precoce e no apoio aos jovens com patologias deste foro.

Metodologicamente, o estudo adota uma abordagem quantitativa, recorrendo à aplicação de inquéritos por questionário a professores em formação. A análise dos dados permitirá: (1) medir os níveis de LSM dos docentes; (2) mapear práticas e comportamentos adotados na gestão de situações relacionadas com saúde mental em contexto educativo; (3) averiguar se existe uma correlação entre os níveis de LSM medidos e as estratégias pedagógicas aplicadas. Os resultados esperados permitirão identificar lacunas na formação docente. Um professor que tenha baixos níveis de LSM também não vai ser um elemento positivo na construção da LSM nos seus alunos. Mais do que um retrato diagnóstico, esta investigação pretende abrir caminho para a construção de estratégias educativas e pedagógicas mais inclusivas e eficazes, que capacitem os professores para atuar como agentes fundamentais na promoção da saúde mental.

Palavras-chave: Literacia em Saúde Mental; Deteção precoce; Prevenção precoce; Formação docente; Sociologia da saúde e da doença.

Abstract

This study aims to understand what future teachers, that is, students currently undertaking higher education to become educators — know about mental health, what experiences they have had in this field, and what attitudes and reactions they demonstrate toward mental illness. The research stems from the recognition that mental health issues are an increasingly pressing concern, affecting the entire population, but especially the younger generations. As school is the environment where young people spend most of their time, it becomes essential to assess whether this context is prepared to meet such challenges. Accordingly, the study seeks to evaluate to what extent the competencies, knowledge, and dispositions of trainee teachers enable them to contribute to the early detection of, and support for, young people with mental health conditions.

Methodologically, the study adopts a quantitative approach, using questionnaire surveys administered to teachers in training. The data analysis will allow: (1) measuring teachers' MHL levels; (2) mapping practices and behaviours adopted in managing mental health-related situations in educational settings; (3) assessing whether there is a correlation between measured MHL levels and applied pedagogical strategies. The expected results will help identify gaps in teacher training. A teacher with low MHL levels is unlikely to contribute positively to the development of MHL among their students. More than a diagnostic portrait, this research aims to pave the way for the development of more inclusive and effective educational and pedagogical strategies, equipping teachers to act as key-agents in promoting mental health.

Keywords: Mental Health Literacy; Early Detection; Early Prevention; Teacher Training; Sociology of Health and Illness

Índice de Figuras

FIGURA 1- NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE (ÍNDICE GERAL), EM PORTUGAL E NOS PAÍSES PARTICIPANTES NO QUESTIONÁRIO EUROPEU DE LITERACIA EM SAÚDE (HLS-EU)	26
---	----

Índice de Tabelas

TABELA 1 – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	59
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DE DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL, POR SEXO	59
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DE DIAGNÓSTICO NA REDE FAMILIAR PRÓXIMA, POR SEXO.....	60
TABELA 4 - ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DA LSM NA AMOSRA	63
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS NÍVEIS DE LSM PELAS CARATERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	64
TABELA 6 - LSM DIVIDIDA PELAS TRÊS DIMENSÕES AVALIADAS	66
TABELA 7 - COEFICIENTE DE FIABILIDADE DAS DIMENSÕES DA ESCALA DE LSM	68
TABELA 8 - PREPARAÇÃO PARA IDENTIFICAR E INTERVIR EM SITUAÇÕES DE SAÚDE MENTAL	72
TABELA 9 - CORRELAÇÕES ENTRE PERCEÇÕES DE PREPARAÇÃO PARA LIDAR COM DIFERENTES MANIFESTAÇÕES DE SAÚDE MENTAL	73
TABELA 10 - ASSOCIAÇÃO ENTRE “ABORDAR O ALUNO PARA DISCUTIR OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS” E “CONTACTAR OS SERVIÇOS HOSPITALARES E O ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO DO ALUNO”	78
TABELA 11 - ASSOCIAÇÃO ENTRE “GARANTIR QUE O ALUNO SE SENTISSE CONFORTÁVEL E SEGURO AO FALAR SOBRE A SUA CONDIÇÃO MENTAL” E “PROCURAR LIDAR COM O IMPACTO DA CONDIÇÃO DO ALUNO JUNTO À TURMA, DE MODO A INCLUI-LO”	79
TABELA 12 - ASSOCIAÇÃO ENTRE “OFERECER ALGUM TIPO DE SUPORTE EMOCIONAL IMEDIATO AO ALUNO” E “REALIZAR MODIFICAÇÕES NA SALA DE AULA OU NO ESTILO DE ENSINO PARA ACOMODAR AS NECESSIDADES DO ALUNO COM PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL”	80
TABELA 13 - IMPACTO DA DETERMINANTE SOCIOECONÓMICA - SEXO - NA PROBABILIDADE DE UM INQUIRIDO CONTACTAR OS SERVIÇOS HOSPITALARES E O E.E. DO ALUNO.....	81
TABELA 14 - IMPACTO DA DETERMINANTE SOCIOECONÓMICA - SEXO - NA PROBABILIDADE DE UM INQUIRIDO ABORDAR O ALUNO PARA DISCUTIR OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS	82
TABELA 15 - IMPACTO DA DETERMINANTE SOCIOECONÓMICA - DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL - NA PROBABILIDADE DE UM INQUIRIDO OFERECER ALGUM TIPO DE SUPORTE EMOCIONAL IMEDIATO	82
TABELA 16 - IMPACTO DA DETERMINANTE SOCIOECONÓMICA - DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL - NA PROBABILIDADE DE UM INQUIRIDO REALIZAR MODIFICAÇÕES NA SALA DE AULA OU NO ESTILO DE ENSINAR PARA ACOMODAR AS NECESSIDADES DO ALUNO	83
TABELA 17 - IMPACTO DA DETERMINANTE SOCIOECONÓMICA - IDADE - NA PROBABILIDADE DE UM INQUIRIDO PROCURAR LIDAR COM O IMPACTO DA CONDIÇÃO DO ALUNO JUNTO À TURMA, DE MODO A INCLUI-LO ...	83

TABELA 18 - IMPACTO DA DETERMINANTE SOCIOECONÓMICA - IDADE - NA PROBABILIDADE DE UM ALUNO TER UM PLANO INDIVIDUAL DE ACOMPANHAMENTO OU ALGUMA FORMA DE SUPORTE EDUCACIONAL ESPECIAL	84
TABELA 19 - CORRELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE LSM, AS RESPECTIVAS DIMENSÕES E O NÚMERO TOTAL DE PRÁTICAS ADOTADAS	87
TABELA 20 - IMPACTO DA PRIMEIRA DIMENSÃO DA LSM EM “COMUNICAR A SITUAÇÃO A OUTROS ELEMENTOS ESCOLARES, COMO PSICÓLOGOS OU CONSELHEIROS ESCOLARES”	88
TABELA 21 - IMPACTO DA SEGUNDA DIMENSÃO DA LSM EM “PROCURAR LIDAR COM O IMPACTO DA CONDIÇÃO DO ALUNO JUNTO À TURMA, DE MODO A INCLUI-LO”	88
TABELA 22 - FREQUÊNCIA DE PARTICIPANTES QUE ASSINALARAM, OU NÃO, A UTILIZAÇÃO DAS PRÁTICAS	118

Índice de Gráficos

GRÁFICO 1- COMPARAÇÃO ENTRE A PREVALÊNCIA DE DOENÇA MENTAL E A DESIGUALDADE DE RENDIMENTO NOS PAÍSES.....	30
GRÁFICO 2- EPISÓDIO DE DOENÇA POR CONDIÇÃO SOCIOECONÓMICA (%), EM 2023	32
GRÁFICO 3- SINTOMAS DE DEPRESSÃO ENTRE OS JOVENS EM VÁRIOS PAÍSES EUROPEUS.....	43
GRÁFICO 4 - NÚMERO DE PARTICIPANTES QUE ADOTARIA DETERMINADAS PRÁTICAS EM CASA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM SALA DE AULA	76
GRÁFICO 5 - DISPERSÃO ENTRE O NÍVEL DE LSM E O NÚMERO TOTAL DE PRÁTICAS ADOTADAS PELOS PROFESSORES EM FORMAÇÃO	119

Lista de abreviaturas e siglas

CNS	CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
DGS	DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE
E.E.	ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO
FLUP	FACULDADE DE LETRAS DA UNIVERSIDADE DO PORTO
HLS-EU	QUESTIONÁRIO EUROPEU DE LITERACIA EM SAÚDE
INE	INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
LSM	LITERACIA EM SAÚDE MENTAL
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
PNSM	PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL
RGPD	REGULAMENTO GERAL DA PROTEÇÃO DE DADOS
UP	UNIVERSIDADE DO PORTO
UTAD	UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Introdução

O que significa realmente compreender a saúde mental? Será conhecer os diagnósticos e a sintomatologia associada? Saber identificar sinais de sofrimento psicológico em si e/ou nos outros? Ou estará relacionado, particularmente, com a capacidade de agir, tendo por base esses conhecimentos? Num mundo onde as conversas sobre bem-estar mental se tornam cada vez mais rotineiras, a forma como os indivíduos interpretam, aplicam e transformam a sua LSM revela-se fundamental. No entanto, até que ponto a informação disponível se traduz em práticas eficazes, encarando o modo como a sociedade interage com as condições de saúde mental?

Nas últimas décadas, esta problemática tem emergido como uma das principais preocupações em diversas sociedades, incluindo questões que alertam para a população mais jovem. Dados da OMS (2022) apontam que transtornos mentais como depressão, ansiedade e suicídio correspondem às principais causas de incapacidade em indivíduos, onde pelo menos “um em cada quatro a cinco jovens da população em geral sofrerá de pelo menos um transtorno mental em qualquer ano” (Patel et al, 2007, p. 1303), demonstrando particular vulnerabilidade a tais condições. A adolescência e a juventude são, de facto, períodos críticos para o desenvolvimento biológico, emocional, psicológico e sociocultural, caracterizados por mudanças significativas não só a nível fisiológico, como também identitário e social. O reconhecimento precoce de transtornos, bem como a promoção de intervenções adequadas são, neste estudo, encarados como elementos-chave na mitigação de problemas mais graves ao longo da vida adulta.

Atualmente, a LSM tem sido amplamente estudada em várias populações, incluindo adultos, adolescentes e profissionais de saúde, com evidências que apontam para uma influência direta sobre o reconhecimento precoce de transtornos mentais e a qualidade interventiva. Em contextos escolares, a LSM dos professores é particularmente relevante, dado que são, frequentemente, os primeiros a identificar possíveis sinais de sofrimento psicológico entre alunos, o que pressupõe um papel crucial na prevenção

precoce. A sua formação em saúde mental é uma área emergente que procura equipar os docentes com ferramentas que permitam lidar com questões de saúde mental, particularmente em sala de aula. Vários estudos internacionais têm destacado o papel dos educadores como agentes-chave na deteção precoce de distúrbios mentais entre os alunos. A literatura afirma que os professores estão numa posição única para observar mudanças comportamentais e emocionais nos jovens, dado o tempo e a proximidade nas interações que ocorrem entre eles. Embora a sua função principal seja pedagógica, o contacto diário com os alunos também os torna figuras centrais na identificação de sinais iniciais. A eficácia em identificar e gerir problemas de saúde mental está profundamente ligada à sua formação em saúde mental. Existe, neste sentido, uma multiplicidade de professores que, quando inquiridos sobre LSM, indicam a “necessidade de formação para identificar se um aluno está em risco e se a sua saúde mental ou comportamento são motivo de preocupação” (Shelemy et al, 2019, p.104), não se sentindo suficientemente preparados para lidar com este tipo de questões. Em contrapartida, pesquisas como a de Reavley et al (2012) revelam uma maior capacidade dos docentes com maiores níveis de LSM em identificar sinais precoces de sofrimento psicológico e aplicar estratégias de apoio aos alunos, encaminhando-os, quando necessário, para recursos profissionais especializados.

De forma sintetizada, LSM é um conceito introduzido por Anthony Jorm e alguns colegas, num artigo publicado em 1997. Surge como extensão do próprio conceito de literacia em saúde, embora voltado especificamente para as questões relacionadas à saúde e à doença mental, procurando, efetivamente, destacar a importância do conhecimento público sobre tais condições. Na sua génese, encontra-se não só o reconhecimento do saber técnico e científico, como também de um conhecimento assente em elementos sociais e culturais, que orientam não só a ação dos indivíduos, mas também a sua capacidade percetiva. Sociologicamente, argumenta-se que as perspetivas e as experiências dos indivíduos e dos grupos sociais permitem compreender a saúde e a doença como uma experiência cultural profundamente enraizada, onde comportamentos e estilos de vida são manifestados pelos contextos individuais. Compreende-se, neste estudo, que a LSM “deve ser específica ao contexto

(por exemplo, desenvolvida e aplicada em situações do dia a dia)” (Kutcher et al, 2016, p.155), incluindo na sua análise: a capacidade de reconhecer transtornos específicos, o conhecimento e as crenças sobre causas e fatores de risco, intervenções de autoajuda e ajuda profissional disponível e as atitudes que facilitam ou prejudicam o reconhecimento e a procura de ajuda adequada, sendo fundamental notar que “muitas das informações sobre saúde mental mais facilmente disponíveis ao público são enganosas” (Jorm, 2000, p.396), podendo inclusive perpetuar o estigma e impedir a procura de tratamento e apoio adequados.

Desde a sua aparição, são vários os autores que têm explorado o fenómeno, destacando a sua importância na redução do estigma, no aumento do reconhecimento precoce dos transtornos mentais e na promoção de atitudes mais positivas em relação à procura de ajuda (ver Corrigan & Watson, 2002; Kitchener & Jorm, 2002; Wrigley et al, 2005; Furnham & Swami, 2018). Por um lado, estudos de diagnóstico e incidência, que procuram, essencialmente, medir os níveis de LSM em variadas populações. Outro grupo de interessados na área foca o seu trabalho no desenvolvimento de escalas de medição (ver Wilson et al, 2005; Lam, 2014; O’Connor & Casey, 2015; Rocha, 2016; Loureiro, 2018; Ferreira, 2021). Um terceiro conjunto de investigadores procura medir a LSM para, numa fase posterior, apreciar os impactos que diferentes níveis têm em diferentes domínios, seja no autocuidado ou no apoio aos outros (ver Jorm et al, 1997; Kelly et al, 2007; Reavley et al, 2012).

Com base nas pesquisas iniciais que consolidaram o conceito, é possível observar três dimensões interrelacionadas: o reconhecimento de sinais de problemas mentais, o conhecimento sobre os tratamentos disponíveis e as atitudes relacionadas à procura de ajuda (ver Jorm et al, 1997; Rickwood et al, 2005; Wilson et al, 2005; Furnham & Swami, 2018). No contexto português, particularmente, trabalhos recentes de autores como Morgado & Botelho (2014) exploram a falta de conhecimento sobre saúde mental entre diferentes faixas etárias, destacando a importância de intervenções educativas nas escolas e no ambiente de trabalho, de modo a aumentar a LSM entre jovens e adultos. O Plano Nacional de Saúde Mental (2017) também incluiu a temática como uma das suas prioridades, de forma a consciencializar sobre os problemas mentais e promover a

sua aquisição social. Não obstante, a pesquisa sobre LSM entre professores no contexto português continua limitada, onde a maioria dos estudos desenvolvidos atenta nos níveis de LSM entre estudantes universitários, dado que se compreende o sujeito “como elemento inclusivo de um grupo específico em desenvolvimento, sujeito a mudanças de natureza psicológica, social e cultural” (Ervedosa, 2021, p.30 e 31). Reconhece-se, nesta pesquisa, que a implementação de programas de formação em saúde mental para professores visa não só melhorar a sua capacidade de deteção precoce de transtornos mentais, mas também auxiliar a sua prevenção, que prevalece diminuta em muitas comunidades. Embora a DGS (2017) tenha incorporado a LSM como uma prioridade, a falta de integração sistemática da temática nos currículos de formação inicial e contínua dos professores é um aspeto em vias de progresso.

Esta investigação nasce, portanto, de um interesse profundo pela área da saúde e da doença, reconhecida como um dos grandes desafios sociais e educativos da atualidade. Importa, desde já esclarecer, que o percurso foi marcado por diversos percalços, nomeadamente, ao nível do envolvimento institucional, que resultou no silêncio por parte dos agrupamentos contactados face à sua participação. Este “afastamento” impediu a concretização de um plano inicial mais ambicioso, que previa a recolha de dados de docentes no terreno. A pesquisa aqui apresentada representa, por isso, uma segunda escolha, um plano alternativo que, embora conscientemente limitado, procura abrir caminho para uma reflexão importante.

Optámos por investigar os futuros docentes, ou seja, quem irá representar a profissão, com a convicção de que este exercício não permite inferir automaticamente os comportamentos que terão no futuro. Ainda assim, o retrato construído fornece pistas valiosas para compreender como este grupo encara a saúde mental em contexto educativo. A opção metodológica adotada deve também ser compreendida à luz de uma natureza temática sensível, que gera, frequentemente, desconforto entre indivíduos e instituições, dificultando o acesso à informação e à participação dos envolvidos. A reflexão sociológica, *per se*, implica, em várias circunstâncias, este confronto com temas difíceis, com resistências e com limites. Assumir esse desafio é também parte do trabalho científico. Apesar dos obstáculos, a escolha do objeto e da abordagem reflete

o reconhecimento da sua importância e da urgência de refletir sobre as formas como a escola — e quem nela atua — pode responder às questões da saúde mental entre os jovens.

A estratégia alternativa resultou, portanto, no contacto aos Diretores dos Cursos de Formação de Professores da Universidade do Porto e da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, motivando a circulação do questionário, adaptado para tal propósito, por estudantes a frequentar os cursos, ou seja, os profissionais a entrar no mercado de trabalho num prazo muito curto. Esta estratégia permitiu garantir a questão da LSM, e portanto, da capacidade dos indivíduos para, efetivamente, serem agentes de mudança e de apoio. Ao compreender a relação entre os níveis de LSM dos docentes e as práticas pedagógico-comportamentais em relação à saúde mental dos alunos, pretende-se investigar se professores com maior LSM têm uma maior capacidade de identificar e intervir em situações de risco, além de promover atitudes mais positivas em relação ao tratamento e apoio aos alunos com transtornos mentais.

O pretexto desta pesquisa reside na necessidade, urgente, de garantir que os professores possuam os “conhecimentos mais atuais, necessários para uma melhor educação” (Ferreira, 2013, p.85), dado o impacto que a LSM pode ter na qualidade de vida dos alunos e no seu desempenho académico. Além disso, este estudo poderá contribuir para o fortalecimento de políticas públicas voltadas para a formação de docentes em saúde mental, ajudando na criação de escolas mais inclusivas e sensíveis às necessidades emocionais e sociais dos estudantes.

1. Da Literacia à Literacia em Saúde Mental

Literacia é uma capacidade que tem vindo a ser discutida e valorizada ao longo de várias décadas, surgindo ramificações e subtipos que, quando cientificamente comprovados, podem e devem ser significativos no modo como cada indivíduo interpreta o mundo. Atualmente, é reconhecido que a definição de literacia é mais do que, de forma restritiva, a “capacidade para ler e escrever” (Azevedo, 2009, p.1), essencial à compreensão e produção de textos escritos. Neste sentido, a “«recapacitação» — reaquisição de conhecimentos e habilidades —, seja em relação às intimidades da vida pessoal ou a envolvimento sociais mais amplos” (Giddens, 2002, p.14) também deve ser incluída neste processo.

A transição de uma abordagem mais limitada da literacia para uma compreensão mais ampla reflete a crescente importância da educação e da formação em diferentes áreas do saber. Segundo Nutbeam (2000), a literacia em saúde expande o entendimento de literacia ao incluir a capacidade de compreender, avaliar e utilizar informações sobre saúde, visando a promoção do bem-estar e a tomada de decisões informadas. A literacia em saúde mental, por sua vez, integra esses conceitos e aplica-os especificamente ao campo da saúde mental.

1.1. Literacia: evolução do conceito

Literacy derives from the Latin litteratus, which, in Cicero's time, meant "a learned person." In the early Middle Ages, the litteratus (as opposed to the illitteratus) was a person who could read Latin, but after 1300, due to the decline of learning in Europe, it came to signify a minimal ability with Latin. After the Reformation, literacy came to mean the ability to read and write in one's native language. According to the Oxford English Dictionary, the substantive literacy first appeared in English in the early 1880s, formed from the adjective literate, which occurred in English writing as early as the middle of the 15th century.

Hodges, R., 1999, p.19

O conceito de literacia passou por uma transformação significativa ao longo do tempo, refletindo as mudanças nas necessidades sociais e culturais das sociedades. Inicialmente, era definida como a habilidade técnica de ler e escrever, essencial à inserção no contexto educacional e no mercado de trabalho. Ao longo das décadas, essa definição tornou-se limitada e as noções de literacia foram expandindo, passando a englobar não apenas a capacidade de compreender e produzir textos, mas também envolve aspectos como a “acessibilidade das habilidades e informações especializadas” (Giddens, 2002, p.34), onde os atores sociais refletem e aplicam as suas aprendizagens de maneira eficaz em diferentes contextos do quotidiano.

A literatura contemporânea ressalta que, em vez de uma capacidade individual isolada, literacia apresenta-se como uma prática social contextualizada, através de uma “estreita inter-relação entre “o social”, os usos dos recursos literários e as formas resultantes” (Kress & Rousell, 2019, p.44), dependendo dos ambientes e das interações culturais em que se insere. De acordo com Gazzinelli et al (2005), envolve um conjunto de competências cognitivas e sociais que capacitam os indivíduos a participar ativamente da sociedade, a questionar as informações recebidas e a transformar o conhecimento em ação.

A expansão do conceito também foi acompanhada pela necessidade de adaptação às demandas individuais, incorporando múltiplas dimensões e canais, como a literacia em saúde, a literacia visual ou a literacia computacional. Segundo Street (2000), ao se desenvolver uma visão integradora, existe a tendência para adotar uma visão determinista, assumindo-se que a simples disponibilização de informações em diferentes formatos — como aplicativos, *websites* ou materiais impressos — produzirá automaticamente melhores resultados. Assim como no debate sobre as multi-literacias, deve-se reconhecer que “são as práticas sociais que dão significado e levam a efeitos, não o canal em si” (Street, 2000, p.20)¹, assumindo-se como uma ferramenta essencial

¹ Os efeitos da literacia em saúde, por exemplo, emergem das interações sociais, dos contextos culturais e das formas como os indivíduos e comunidades interpretam e utilizam esse conhecimento.

para a inclusão social, permitindo a indivíduos e grupos exercer um papel ativo nas sociedades.

1.1.1. Literacia como prática social

Como referido, a contemporaneidade tem vindo a realçar uma mudança na conceção do conceito de literacia. Ao ser introduzida a ideia de prática social, é interpretada neste contexto como “um fenómeno social complexo e heterogéneo” (Terra, 2013, p.30), algo profundamente enraizado nas práticas de diferentes comunidades. Este modelo sugere que as diversas formas de literacia variam de acordo com os contextos nos quais são aplicadas, refletindo as necessidades e as dinâmicas sociais específicas de cada grupo. Barton & Hamilton (2010) argumentam que a literacia não é uma prática isolada, mas está intrinsecamente ligada às situações e aos valores sociais, culturais e históricos, sugerindo que as formas de leitura e escrita utilizadas por diferentes grupos sociais têm propósitos distintos, dependendo do contexto em que são inseridas. Esta abordagem desloca o foco do indivíduo para processos sociais que estruturam a aquisição, transmissão e o próprio uso do conhecimento, que se aplica à LSM, como será possível discutir nos próximos capítulos.

A ideia de que a literacia é socialmente construída pode ser interpretada à luz daquilo que são factos sociais, definidos por Émile Durkheim como “formas de agir, pensar ou sentir que são externas aos indivíduos, tendo uma realidade própria exterior à vida e perceções das pessoas individualmente” (Giddens, 2001, p.9). Tal como Durkheim defendia, a literacia, assim como outros fenómenos sociais, deve ser investigada e interpretada não apenas através da perspetiva individual, mas considerando o seu carácter coletivo e externo ao indivíduo. Sociologicamente, isso implica que “os indivíduos são ativos naquilo que fazem, e as práticas de literacia têm objetivos precisos, estando inseridas em propósitos sociais e em práticas culturais mais amplas” (Branton & Hamilton, 2010, p.50), o que pressupõe não só um conjunto de saberes, mas também atitudes e comportamentos que se moldam de acordo com as dinâmicas sociais e culturais específicas de cada sociedade.

A aplicação deste modelo ao objeto de estudo proposto revela que o conhecimento e a compreensão das condições de saúde mental não são universais, mas dependem de práticas socioculturais. De modo a ser possível estudar, efetivamente, a LSM, é necessário considerar as especificidades de cada grupo social e adaptar as estratégias de educação e conscientização de acordo com as realidades locais. Os professores em formação, de acordo com esta abordagem, devem ter em conta não só o conhecimento das doenças mentais, mas também as atitudes e comportamentos em relação a essas condições, onde o “ambiente educacional influencia as interações sociais resultantes, bem como o desenvolvimento cognitivo e socioafetivo dos alunos” (Bluteau et al, 2022, p.2), sendo fulcral para uma melhor deteção e prevenção de patologias mentais.

1.1.2. Literacia em Saúde

No contexto da literacia como prática social, argumenta-se que a literacia em saúde não deve ser vista apenas como o conjunto de competências e comportamentos individuais, mas como uma abordagem que inclui “alguns dos determinantes sociais e ambientais subjacentes a esse comportamento” (Nutbeam, 2000, p.261). Assim, e de acordo com Barton & Hamilton (2010), fatores como o acesso à informação, as barreiras linguísticas, o nível de escolaridade e as desigualdades socioeconómicas desempenham um papel crucial na forma como a informação em saúde é recebida e empregada pelas populações. A OMS (2022) reconhece a literacia em saúde como uma competência essencial para a capacitação dos indivíduos no sentido de tomarem decisões informadas sobre a sua própria saúde e bem-estar.

Amplamente reconhecido como um agente determinante na expansão do fenómeno de literacia em saúde, Don Nutbeam (2000) propôs um modelo inovador que amplia a sua conceção tradicional, integrando aspetos sociais e interativos na utilização dos conhecimentos e crenças em saúde. Neste sentido, literacia em saúde pode ser compreendida dentro do quadro das “competências pessoais, cognitivas e sociais que determinam a capacidade dos indivíduos de aceder, compreender e utilizar informações para promover e manter uma boa saúde” (Nutbeam, 2000, p.263). Através das

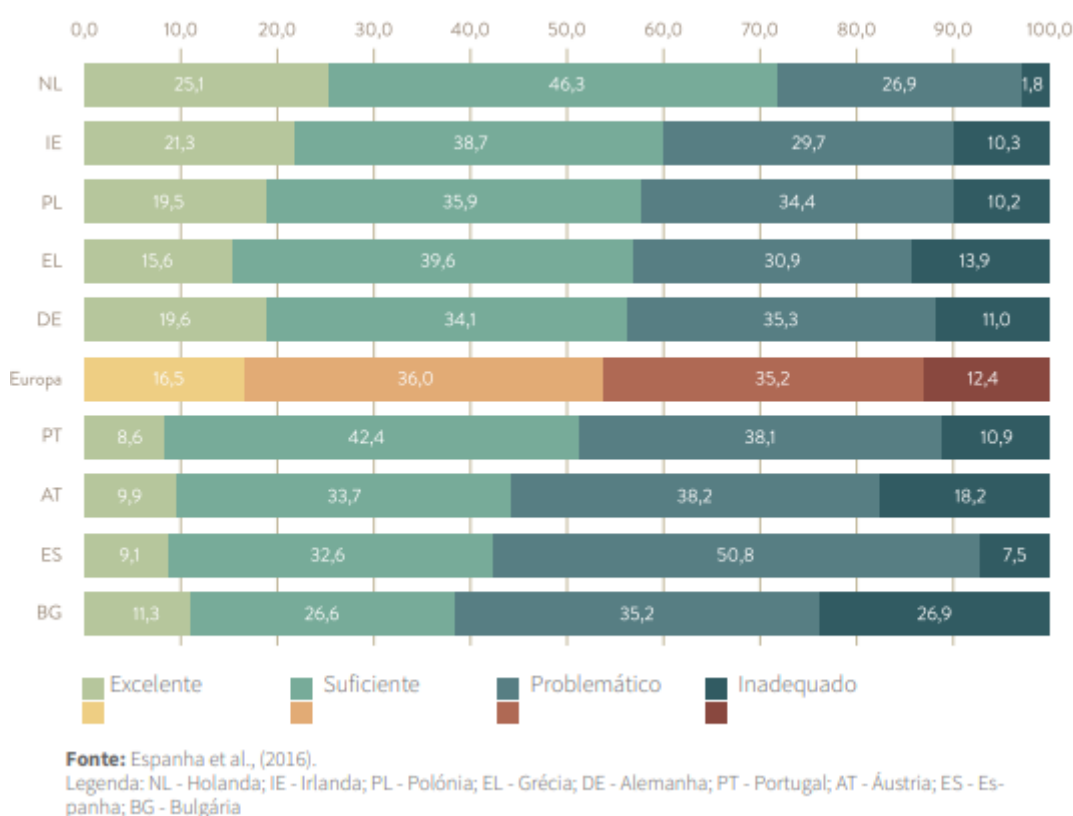
definições identificadas em Sørensen et al (2012), é possível reconhecer o fenómeno como um processo dinâmico, que envolve não apenas a capacidade de compreender informações médicas, mas também a competência para as interpretar e aplicar de forma ativa na tomada de decisões que afetam a saúde individual e coletiva. O conceito tem evoluído, ao longo de múltiplos estudos, “no sentido do paradigma patogénico para o paradigma salutogénico” (Loureiro, 2018, p.39), focado na doença, nos fatores de risco e na própria promoção de saúde e bem-estar.

O modelo de Nutbeam (2000) estrutura a literacia em saúde em três níveis interligados: A literacia funcional envolve competências básicas de leitura e compreensão de informações de saúde, como folhetos informativos, receitas médicas e avisos de saúde pública. Segundo Azevedo (2009), essa dimensão é essencial para que os indivíduos possam interpretar e seguir instruções médicas de forma eficaz. A literacia interativa refere um nível mais avançado, que inclui competências cognitivas e sociais, permitindo aos indivíduos questionar, discutir e aplicar informações de saúde em diferentes contextos. Este nível enfatiza o modo como cada indivíduo “consegue lidar com os desafios normais da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para a sua comunidade” (Askill-Williams & Cefai, 2014, p.61), ou seja, está relacionado com a participação ativa dos indivíduos na sua própria saúde e nas sociedades em que estão inseridos. Por fim, a literacia crítica representa o nível mais avançado da literacia em saúde e envolve a capacidade de avaliar criticamente a informação disponível, identificar desigualdades nos sistemas de saúde e agir em conjunto para promover mudanças estruturais. Este nível está “ligado ao benefício da população, além dos benefícios para o indivíduo” (Nutbeam, 2000, p.265), uma vez que permite um debate ativo sobre políticas públicas e melhorias nos serviços de saúde.

De forma indissociável, os diferentes tipos atuam progressivamente, e cada um apoia não só “uma maior autonomia e capacitação pessoal na tomada de decisões relacionadas à saúde” (Sørensen et al, 2012, p.5), assim como um conjunto de conhecimentos que envolve os determinantes sociais e a gestão da saúde. A relevância destes níveis tem sido amplamente evidenciada em diversos estudos, como o Questionário Europeu de Literacia em Saúde (HLS-EU), um dos inquéritos mais

abrangentes sobre o tema na Europa. Este estudo, realizado em oito países, incluindo Portugal, revelou disparidades significativas nos níveis de literacia entre as populações analisadas, indicando que fatores associados a “baixos níveis educacionais e de acesso a informação” (DGS, 2019, p.10) influenciam diretamente a capacidade das pessoas de acessar e aplicar informações de saúde. Essas disparidades refletem a complexidade dos determinantes sociais e culturais da saúde (FIGURA 1), fundamentais para uma compreensão mais detalhada do fenómeno em causa.

Figura 1 – Níveis de Literacia em Saúde (índice geral), em Portugal e nos países participantes no Questionário Europeu de Literacia em Saúde (HLS-EU)



Fonte: Adaptado do Manual de Boas Práticas em Literacia em Saúde – Capacitação dos Profissionais de Saúde (2019).

A análise dos dados fornecidos pelo HLS-EU revelou que uma percentagem considerável da população europeia apresenta níveis problemáticos ou inadequados de literacia em saúde, o que pode comprometer o acesso aos cuidados médicos e a adesão

a tratamentos. Portugal, em particular, registou valores abaixo da média europeia, evidenciando desafios significativos. O Manual de Boas Práticas da Direção-Geral da Saúde (2019) reforça a necessidade de estratégias para melhorar a literacia em saúde em Portugal, destacando a importância de intervenções educativas e da simplificação da linguagem utilizada nos serviços de saúde. Além disso, estudos como o de Almeida (2015) demonstram que grupos específicos, como adolescentes e populações vulneráveis, apresentam níveis mais baixos de LSM, o que pode reforçar as desigualdades no acesso a cuidados profissionais eficazes e significativos.

1.2. Literacia em Saúde Mental

A LSM é um conceito multidisciplinar que pode ser interpretado através de diversas perspetivas, dependendo da área que o analisa. Pode ser compreendida apenas como um conjunto de conhecimentos e crenças, mas também como uma prática social, um processo cognitivo ou até uma resposta biológica a estímulos internos e externos (ver Corrigan & Watson, 2002, Furnham & Swami, 2018; Begum et al, 2019, Aller et al, 2021). A Biologia, a Psicologia e a Sociologia oferecem perspetivas complementares, mas também distintas, sobre as questões de saúde mental. Embora diferentes, estão frequentemente interligadas, permitindo uma abordagem mais abrangente e profunda sobre a forma como a saúde mental é percebida e avaliada na sociedade.

A Sociologia está preocupada com a dimensão social da saúde mental e considera como indicadores sociais, culturais e estruturais moldam a compreensão e o tratamento das condições mentais. As representações sociais “são responsáveis pela organização do conhecimento numa sociedade, pelo estabelecimento das relações interindividuais no contexto do ambiente social e físico” (Moscovici, 2007, p.265) e pela percepção coletiva da saúde mental. Nesta ótica, LSM envolve não apenas o conhecimento sobre as condições mentais, mas também a forma como essas condições são vistas nas diversas culturas e estruturas sociais. De acordo com Gazzinelli et al (2005), a forma como a sociedade compreende e lida com a saúde mental é profundamente influenciada por normas sociais, estigmas e padrões culturais. Em

muitas sociedades, o estigma associado aos transtornos mentais pode ser identificado como um dos “fatores que contribuem para a relutância em procurar ajuda” (Wrigley et al, 2005, p.515), afetando diretamente a eficácia das estratégias de detecção e prevenção precoce. A LSM, portanto, não se limita a adquirir conhecimentos técnicos, mas envolve uma reflexão sobre os fatores sociais que influenciam as atitudes das pessoas em relação aos conhecimentos de saúde mental.

Do ponto de vista psicológico, o fenômeno está intimamente ligado ao conhecimento, aos sintomas e a possíveis formas de tratamento das condições mentais. A literacia, neste contexto, envolve “as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar informações” (Kutcher et al, 2016, p.154). Ferreira (2021), reforça a importância de se educar os indivíduos sobre os sinais precoces de condições como a ansiedade e a depressão, tornando possível o desenvolvimento de respostas mais rápidas e eficazes no tratamento.

A biologia, por sua vez, oferece uma explicação neurocientífica para muitas das condições mentais, “associadas a alterações nas funções cerebrais habituais” (Wei et al, 2024, p.3), através do estudo de processos neurológicos que regem o comportamento humano. Furnham & Swami (2018) destacam que a LSM, sob a ótica biológica, envolve compreender como é que a genética, os desequilíbrios químicos no cérebro e as alterações neurobiológicas afetam a saúde mental. Este conhecimento pode ser essencial para a detecção precoce e tratamento das condições mentais. Aumentar os aspetos biológicos da LSM, por exemplo, possibilita um indivíduo a comunicar as “queixas somáticas que influenciam o seu funcionamento” (Begum et al, 2019, p.66) de forma eficaz, facilitando a procura de tratamento médico.

1.2.1. Sociologia da Saúde e da Doença: comportamento e condições mentais

A Sociologia oferece uma perspetiva fundamental para compreender a LSM, destacando a influência dos contextos individuais e coletivos na forma como cada um

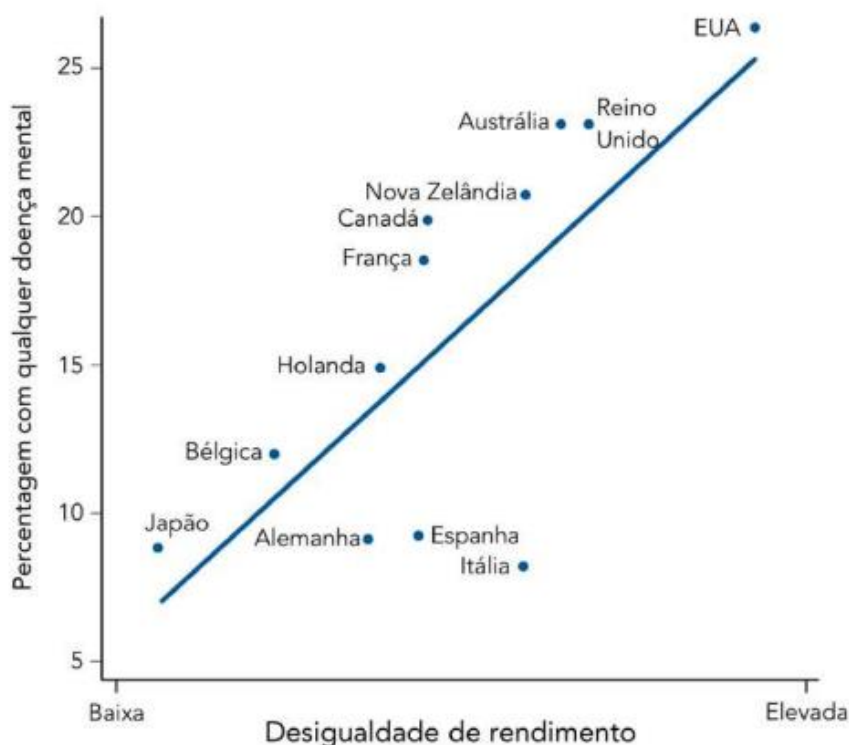
perceção, interpreta e responde às condições mentais. Ao contrário de abordagens que enfatizam os processos cognitivos ou biológicos, a Sociologia “compreende a realidade humana como uma realidade socialmente construída” (Berger & Luckmann, 2004, p.246), moldada por normas, valores e relações de poder específicas a cada sociedade. A Sociologia da Saúde e da Doença, por sua vez, é um domínio particular que mobiliza várias tradições para estudar como aspetos sociais, económicos e culturais da saúde e da doença influenciam a deteção, gestão e tratamento da saúde mental. Como já foi possível identificar, LSM não se reduz à capacidade individual de compreender informações médicas, mas está intrinsecamente ligada às condições estruturais da sociedade, aos determinantes sociais da saúde e às dinâmicas entre indivíduos e instituições de saúde.

É reconhecido que fatores individuais, como hábitos de vida e escolhas pessoais, são fortes preditores de bem-estar mental. Abordagens como o *Health Belief Model* enfatizam que a “perceção subjetiva do risco de contrair uma determinada condição” (Janz & Becker, 1984, p.2) e os benefícios esperados de determinada ação influenciam diretamente a procura de ajuda. No entanto, esta abordagem é limitada, dado que desvaloriza os fatores estruturais e sociais, cruciais na análise de comportamentos relacionados à saúde. A LSM deve, neste sentido, compreender também os determinantes sociais da saúde, que incluem indicadores como nível de escolaridade, condições socioeconómicas, emprego e habitação. As estatísticas demonstram que “sociedades mais desiguais são mais propensas à ocorrência de doença mental” (CNS, 2019, p.9), sugerindo, possivelmente, menores níveis de LSM na população.

Países com maior desigualdade de rendimento, como os EUA e o Reino Unido, apresentam uma maior prevalência de doenças mentais, enquanto países com menor desigualdade, como Japão e Alemanha, apresentam percentagens mais baixas (GRÁFICO 1). Esse padrão sugere que fatores socioeconómicos influenciam significativamente o bem-estar individual, o que afeta, diretamente, a LSM. Indivíduos em contextos mais desiguais “lutam pela sobrevivência” (CNS, 2019, p.10), ou seja, podem enfrentar maiores barreiras ao acesso à informação e a certos cuidados de saúde, reduzindo a

capacidade de reconhecer, gerir e prevenir condições mentais. Isso reforça a importância de incentivar a formação de políticas públicas que promovam tanto a equidade social quanto a LSM.

Gráfico 1 – Comparação entre a prevalência de doença mental e a desigualdade de rendimento nos países



Fonte: Adaptado do Relatório CNS: SEM MAIS TEMPO A PERDER - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década (2019).

As diferentes perspetivas e experiências dos indivíduos e dos grupos sociais sobre a doença permitem compreender a saúde como uma experiência cultural profundamente enraizada. O conhecimento popular “oferece-nos acesso *direto* a representações sociais” (Moscovici, 1961, p.198), que por sua vez, permitem, por exemplo, identificar se “um determinado sintoma provém, ou não, de uma doença” (Moscovici, 1961, p.34), o que influencia diretamente a LSM. Ao moldar narrativas, a cultura popular orienta atitudes e perceções sobre o que significa estar mentalmente doente e determina socialmente que comportamentos são aceites ou estigmatizados.

Por esse motivo, a associação entre doença mental e sentimentos de desvalorização pessoal persiste em muitas sociedades, onde "um indivíduo com doença mental pode experimentar uma autoestima/autoeficácia diminuída, raiva justa ou indiferença relativa, dependendo dos parâmetros da situação" (Corrigan & Watson, 2002, p.18), dificultando a procura de ajuda e a adoção de estratégias preventivas. Além disso, a popularização de conceitos médicos através dos *media* e da internet pode levar tanto à desinformação quanto à facilitação do acesso a conhecimento fidedigno sobre saúde mental.

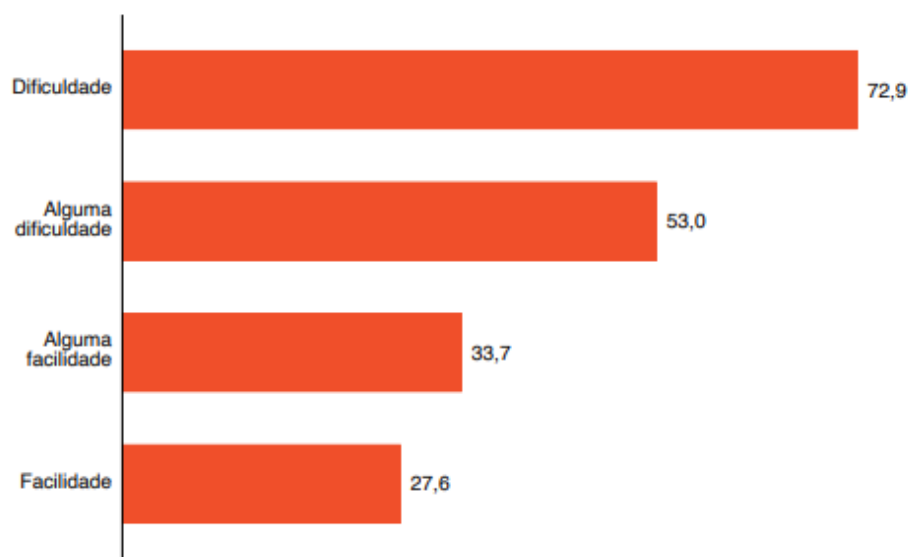
A medicalização da vida quotidiana é outro fenómeno amplamente discutido na Sociologia da Saúde e da Doença, pressupondo, neste estudo, uma relação com a LSM. O conceito, desenvolvido por autores como Peter Conrad, consiste em “definir um problema em termos médicos, usar a linguagem médica para descrever um problema, adotar uma abordagem médica para entender um problema ou usar uma intervenção médica para 'tratá-lo'” (Conrad, 1992, p.211), o que se traduz no processo pelo qual estados antes considerados normais passam a ser classificados como condições médicas. No contexto da LSM, a medicalização pode ter um duplo efeito: por um lado, pode contribuir para uma maior consciencialização sobre transtornos mentais, mas, por outro, pode levar a um excesso de autodiagnósticos e tratamentos farmacológicos.

A relação médico-paciente desempenha um papel crucial na interpretação da LSM. A teoria do papel do doente, desenvolvida por Talcott Parsons, descreve como os pacientes assumem um papel social específico quando adoecem. Uma das principais características desta teoria envolve um duplo sentido: “a gestão de crises como conformidade prolongada por um lado e a expectativa de desempenho, tanto quanto possível, nos papéis normais por outro” (Varul, 2010, p.14). No entanto, essa dinâmica de conformidade pode ser dificultada pela assimetria de poder entre médicos e pacientes. Essencialmente entre indivíduos com baixa literacia, a comunicação pode ser prejudicada. São vários os autores e pesquisas que se têm preocupado com os benefícios de melhorar a LSM, procurando demonstrar que maiores níveis de literacia, especificamente LSM, tendem a desenvolver uma “maior independência e

empoderamento entre os indivíduos e as comunidades” (Nutbeam, 2000, p.267), podendo inclusive esclarecer dúvidas em relação às recomendações médicas e envolver-se ativamente no tratamento.

Em relação ao contexto português, as estatísticas refletem muitas das tendências internacionais no que diz respeito à doença mental. Os dados do INE e de inquéritos europeus como o Eurostat mostram que uma parte significativa da população tem dificuldades em compreender e aplicar informações sobre saúde mental. Além disso, o número de indivíduos com doença mental, agravado por fatores socioeconómicos (GRÁFICO 2), reforça a necessidade de estratégias que promovam a LSM.

Gráfico 2 – Episódio de doença por condição socioeconómica (%), em 2023



Fonte: Adaptado do Relatório de Acesso a cuidados de saúde - Uma década de evolução (2023)

De acordo com Barton & Hamilton (2010), a forma como as condições mentais são reconhecidas e interpretadas está intimamente ligada a fatores estruturais, como o acesso aos serviços de saúde, o estatuto socioeconómico, a educação e as representações culturais da saúde mental. Em sociedades onde é reconhecido o impacto “da confusão e do estigma generalizado” (Begum et al, 2019, p.70) em torno da doença mental, a relutância em procurar ajuda pode ser reforçada por pressões sociais e pelo medo da discriminação. Além disso, a influencia das desigualdades desempenha um

papel central na explicação das doenças mentais, que “têm sido obscurecidas pela falta de disponibilidade de informações e evidências de boa qualidade” (Askell-Williams & Cefai, 2014, p.65), o que se verifica profundamente no caso de indivíduos em situações de vulnerabilidade económica ou social.

Outra abordagem sociológica relevante na LSM é a forma como as instituições sociais – família, escola e trabalho – moldam as atitudes e práticas relacionadas com a saúde mental. A família, sendo o primeiro agente socializador na vida de cada indivíduo, “desempenha funções importantes que contribuem para satisfazer as necessidades básicas da sociedade” (Giddens, 2001, p.177), o que releva, por sua vez, implicações ao nível da saúde mental. Neste sentido, é compreendida como um importante disseminador de conhecimento, incluindo sinais e sintomas de condições patológicas, em que um maior acesso a informações sobre saúde e doença, dentro do ambiente familiar, pode e deve aumentar a LSM. A escola, particularmente neste estudo, compreendida “como espaço sociocultural” (Kelsen, 2016, p.4), pode desempenhar um papel essencial na promoção da LSM entre jovens, fornecendo, segundo Aller et al (2021), ferramentas para o reconhecimento precoce de sintomas e para a procura de apoio adequado. Da mesma forma, o ambiente de trabalho pode ser um espaço de partilha, favorecendo, por um lado, “a criação de laços de amizade e a oportunidade de partilhar atividades com os outros” (Giddens, 2001, p.377), o que se irá repercutir no bem-estar psicológico, ou pode, pelo contrário, contribuir para o agravamento de condições mentais, como *stress* e ansiedade.

Ao enquadrar a temática a partir do quadro teórico da Sociologia da Saúde e da Doença, a LSM não deve ser vista apenas como uma competência individual, mas como um fenómeno socialmente determinado, que tende “a centrar o acesso a partir dos fatores socioeconómicos” (Loureiro et al, 2012, p.164), ao refletir as dinâmicas de desigualdade e os discursos culturais sobre saúde mental. Uma abordagem sociológica permite, assim, compreender as barreiras e os facilitadores da LSM, bem como as estratégias necessárias para a sua promoção.

1.2.2. Definição e dimensões

Originalmente, LSM foi definida como o “conhecimento e crenças sobre transtornos mentais que auxiliam no seu reconhecimento, gestão ou prevenção” (Jorm et al, 1997, p.182), incluindo diversos componentes essenciais que influenciam a capacidade dos indivíduos de lidar com questões de saúde mental de maneira eficaz e informada. Recentemente, através da integração de várias definições e pesquisas, LSM passa por “compreender como obter e manter uma saúde mental positiva; compreender os transtornos mentais e seus tratamentos; diminuir o estigma relacionado aos transtornos mentais; e, aumentar a eficácia na procura de ajuda” (Kutcher et al, 2016, p.155), integrando aspetos maioritariamente sociais num fenómeno profundamente analisado por fatores cognitivos.

Os componentes incluem (1) a capacidade de reconhecer transtornos específicos, (2) o conhecimento e as crenças sobre causas e fatores de risco, intervenções de autoajuda e ajuda profissional disponível e (3) as atitudes que facilitam ou prejudicam o reconhecimento e a procura de ajuda adequada, sendo fundamental notar que “muitas das informações sobre saúde mental mais facilmente disponíveis ao público são enganosas” (Jorm, 2000, p.396), podendo inclusive perpetuar o estigma e impedir as pessoas de procurarem tratamento e apoio adequados.

A capacidade de reconhecer sintomas e sinais de transtornos mentais é a primeira e uma das mais cruciais dimensões da LSM. Embora este reconhecimento se revele uma capacidade tardia, ineficaz no sentido em que as condições mentais “têm o primeiro surgimento durante a adolescência ou no início da idade adulta” (Jorm, 2012, p.232), este primeiro componente permite que os indivíduos, assim que forem capazes, identifiquem precocemente problemas de saúde mental. O estudo de Jorm et al (2007) demonstrou que a habilidade de reconhecer condições como depressão, ansiedade e outras perturbações é fundamental para a intervenção precoce. Apesar das vantagens evidentes deste reconhecimento eficaz, “há sempre o perigo de que isso possa aumentar o estigma” (Kelly et al, 2007, p.526), atuando, sociologicamente, numa dinâmica depreciativa entre o doente mental e o rótulo associado. Além disso, a

identificação precoce de sinais patológicos é fortemente influenciada por fatores socioculturais e educacionais. Em contextos onde o conhecimento sobre saúde mental é limitado, como evidenciado no estudo de Almeida (2015), a capacidade de reconhecer sintomas pode ser significativamente reduzida, levando a atrasos na procura de tratamento. Este reconhecimento não deve ser visto de forma isolada, mas como parte de um contexto social mais amplo.

A segunda dimensão da LSM envolve dois subcomponentes: o conhecimento e as crenças sobre causas e fatores de risco e os tratamentos disponíveis, incluindo intervenções de autoajuda, terapias psicológicas e opções de tratamento profissional. Embora os “fatores biológicos são vistos pelo público como menos importantes do que os fatores ambientais” (Jorm, 2000, p.397), as causas dos transtornos mentais podem variar entre explicações biológicas, psicológicas e sociais. As abordagens que enfatizam os aspetos psicossociais, como “escassez de comida, má nutrição, violência, educação inadequada e viver num bairro caracterizado pela ausência de redes sociais” (Patel et al, 2007, p.1304), são, neste estudo, fundamentais para uma compreensão mais holística da LSM. A forma como os indivíduos percebem os fatores de risco – incluindo predisposições genéticas, *stress*, consumo de substâncias ou isolamento social – influencia diretamente as suas atitudes em relação à procura de ajuda e à adesão ao tratamento. Furnham & Swami (2018) demonstram que crenças erróneas sobre causas patológicas podem levar à escolha de tratamentos inadequados ou à recusa da ajuda profissional.

O conhecimento sobre os tratamentos disponíveis é crucial para capacitar os indivíduos a tomar decisões informadas sobre a sua saúde mental, independentemente se estiverem relacionadas a autoajuda ou a recomendações médicas. Segundo Jorm (2000), muitas informações acessíveis ao público são falsas, o que pode perpetuar fortemente a desinformação. Esta falha pode levar a uma escassa procura por serviços de saúde mental adequados. A revisão de literatura realizada por Ferreira (2021) destaca a importância de aumentar o conhecimento sobre as opções de tratamento, principalmente em populações mais jovens, onde a desinformação pode ser prevalente.

Além disso, é reconhecida a importância de “estabelecer estratégias eficazes que possam ajudar” (Begum et al, 2019, p.68) a melhorar a LSM, concretizável através de uma expansão informacional sobre os tratamentos disponíveis, enfatizando o papel da educação e dos agentes sociais que atuam neste contexto.

A terceira dimensão da LSM diz respeito às atitudes que influenciam a procura de ajuda eficaz, moldadas, substancialmente, por fatores sociais, que incluem as normas sociais, “o hábito e a familiaridade” (Rickwood et al, 2005, p.25) provenientes das experiências individuais e o conjunto de crenças culturais próprio de cada sociedade. O estudo de Jorm & Wright (2008) revelou que a aderência pelos jovens de atitudes estigmatizantes consigo mesmos, tende a dificultar a sua vontade de procurar um tratamento adequado. Neste sentido, o estigma associado às atitudes perante transtornos mentais, orientado numa perspectiva pejorativa, pode levar ao isolamento e à relutância em procurar apoio, o que reforça a necessidade de estudos que promovam estratégias de intervenção, de modo a reformular esse tipo de atitudes.

Não obstante o apoio social e comunitário, que desempenham papéis cruciais na formação de atitudes positivas em relação à saúde mental, algumas características, “como a autoaceitação, a autoestima, e a auto percepção” (Ervedosa, 2021, p.41), foram apresentadas em estudos recentes, no sentido de promover uma atitude saudável perante as doenças mentais. Iniciativas que incentivam a compreensão dos transtornos mentais, sem necessidade de recorrer à estigmatização, podem facilitar a procura de ajuda. Este trabalho também enfatiza a necessidade de desenvolvimento de campanhas educativas, no âmbito da LSM, que abordem essa estigmatização e incentivem uma cultura compreensiva de apoio.

Atualmente, a LSM é perpetuada como um fator-chave que melhora, efetivamente, o bem-estar da população, que contribui para melhorar o “acesso e a procura de tratamentos baseados em evidência” (Evans-Lacko et al, 2011, p.1742) e que promove o desenvolvimento de uma autonomia individual. É uma questão multidimensional e multidisciplinar que deve ser abordada de maneira abrangente, considerando não apenas os conhecimentos biológicos e psicológicos, mas também os

contextos sociais e culturais que influenciam a saúde mental. No contexto português, o fenómeno tem sido abordado com crescente interesse, tanto em estudos académicos quanto em políticas públicas. Morgado & Botelho (2014) exploram a falta de conhecimentos sobre saúde mental entre diferentes faixas etárias, destacando a importância de intervenções educativas nas escolas e no ambiente de trabalho para aumentar a literacia entre jovens e adultos. Para que este fenómeno se torne uma realidade, é fundamental, ainda antes da implementação de estratégias, que se desenvolvam abordagens que facilitem o reconhecimento precoce de condições mentais, melhorem o conhecimento sobre tratamentos e promovam atitudes positivas em relação à procura de ajuda, contribuindo para o bem-estar populacional.

1.2.3. Importância para a deteção e prevenção precoce

A LSM, um componente essencial na promoção da saúde mental, especialmente em contextos educativos, refere-se à capacidade de compreender, processar e utilizar informações relacionadas à saúde mental, a fim de tornar possível tomar decisões eficazes e informadas. A deteção e prevenção precoce de condições mentais são elementos fundamentais na promoção da saúde mental. Essencialmente no contexto escolar, os jovens são “menos propensos a identificar problemas de saúde mental numa variedade de contextos” (Aller et al, 2021, p. 29), enquanto os professores desempenham um papel crucial e constante nas suas vidas quotidianas. Tanto a capacidade de identificar sintomas mentais numa fase precoce como de compreender a importância da intervenção são “fatores que influenciam positivamente a saúde mental” (Almeida, 2015, p.4), reduzindo a progressão de condições mais graves. O aumento da LSM, seja nos mais jovens, seja em indivíduos adultos, pode contribuir para a redução do estigma, o que por sua vez, promove ambientes mais inclusivos e favoráveis. Esta ideia é corroborada por Askill-Williams & Cefai (2014), que sublinham a necessidade de formação adequada para que docentes se sintam confiantes na promoção da saúde mental e na orientação da procura de ajuda.

A deteção de patologias mentais é crucial para uma prevenção eficaz e os “serviços de saúde escolar devem ser capazes de realizar a identificação precoce para

encaminhamento e suporte” (OMS, 2022, p.239), visando diminuir o seu impacto a longo prazo. Neste estudo, objetiva-se compreender se os professores, de um modo geral, com um elevado nível de LSM, são mais capazes de identificar sinais e sintomas de problemas mentais nos alunos, como alterações de comportamento, dificuldades de concentração, sinais de *stress* ou ansiedade ou outros igualmente sérios. Segundo Jorm et al (1997), se é verdade que os transtornos mentais devem ser reconhecidos precocemente na comunidade, de modo a se procurar uma prevenção adequada, isso significa que os indivíduos devem aumentar a sua LSM. É reconhecido que educadores que recebem formação em LSM ou que apresentem níveis mais elevados em relação aos componentes identificados, demonstram uma maior capacidade para reconhecer problemas de saúde mental, o que, “por sua vez, levaria a uma melhor saúde mental para as crianças que ensinam” (Ford et al, 2019, p.XIX), auxiliando na procura de apoio eficaz.

Além de facilitar a deteção precoce, a LSM também é fundamental na prevenção de problemas de saúde mental. Indivíduos com elevados conhecimentos sobre saúde e doença mental, não só são capazes de “manter uma boa condição de saúde, prevenir doenças e procurar tratamento adequado” (Rocha, 2016, p.16) de forma individual, como também adotar atitudes positivas e implementar estratégias que promovam o bem-estar mental nos que os rodeiam. Neste caso específico, a literatura sugere que iniciativas escolares promotoras de saúde mental, envolvendo uma “variedade de profissionais e programas [...] para complementar o trabalho realizado em sala de aula” (Giles-Kaye et al, 2023, p.1289), têm um impacto positivo na prevenção e posterior redução de condições mentais entre os alunos. A prevenção precoce é especialmente importante nos jovens, “atendendo à faixa etária da adolescência” (Almeida, 2015, p.VI), uma fase crítica para o desenvolvimento de problemas de saúde mental.

Promover a LSM é uma forma fulcral de aumentar a procura de ajuda eficaz e informada, reduzindo a probabilidade de cronificação dos transtornos mentais. A perspetiva da literacia como prática social, conforme defendida por Barton & Hamilton (2010), permite compreender que o conhecimento sobre saúde mental não se resume à aquisição individual de informação, mas está inserido em dinâmicas sociais e culturais.

Azevedo (2009) reforça esta ideia ao salientar que o desenvolvimento da literacia ocorre através da interação em contextos específicos, como o ambiente escolar, onde podem ser promovidas práticas de prevenção sustentadas em evidência.

Investir na promoção da LSM, particularmente nas escolas, através da formação de professores e do desenvolvimento de programas educativos, pode ser uma estratégia eficaz para a prevenção de transtornos mentais e para a promoção de um ambiente escolar mais saudável e inclusivo. Além disso, a integração de abordagens interdisciplinares, através de um “modelo de interação entre os alunos, o professor e o ambiente escolar” (Bluteau et al, 2022, p.2), pode potenciar a identificação precoce de sinais de alerta e facilitar o apoio especializado. Adicionar conteúdos sobre saúde mental nos currículos escolares pode não ser suficiente para capacitar os professores e reforçar a LSM dos alunos. Os próprios profissionais têm defendido a implementação de “estratégias práticas e estudos de caso relevantes” (Shelemy et al, 2019, p.110), integrando formações baseadas em cenários reais e adaptadas às necessidades de cada um.

A LSM é, neste sentido, essencial à deteção e prevenção precoce de condições mentais. Elevadas formações em LSM podem, e devem permitir que os indivíduos identifiquem rapidamente sinais de problemas, adotem atitudes positivas em relação a tais problemas e implementem estratégias preventivas eficazes. Fomentar a temática na formação de professores deve ser uma prioridade nas políticas educativas e de saúde, a fim de garantir que todos os alunos tenham acesso ao apoio necessário para um bem-estar mental. Pesquisas como Begum et al (2019) demonstram que um maior conhecimento sobre saúde mental está diretamente correlacionado com uma maior propensão para procurar ajuda atempadamente.

1.3. Relação com a educação e o papel das escolas na promoção da saúde mental

A escola é um contexto fundamental para o desenvolvimento emocional e social dos alunos, onde os “impactos educacionais podem ter consequências ao longo da vida” (Reavley et al, 2012, p. 46), e não apenas um espaço de aprendizagem. Em ambientes educativos, os professores desempenham um papel fundamental no bem-estar dos alunos. A LSM pode e deve ser um fator decisivo na deteção e prevenção precoce de condições mentais, contribuindo para a redução de comportamentos discriminatórios e estigmatizantes. Compreende-se, neste estudo, a necessidade de criação de um contexto juvenil saudável. Programas eficazes e previamente testados² “devem ser implementados no sistema escolar para maximizar os benefícios para os jovens” (Lam, 2014, p,6), promovendo a identificação, gestão e prevenção de problemas mentais e adoção de estratégias preventivas.

Atualmente, existe um forte reconhecimento da eficácia de “programas de aprendizagem social e emocional baseados na escola” (OMS, 2022, p.73), encarados como estratégias de promoção da saúde mental que envolvem toda a comunidade escolar. Segundo Askell & Cefai (2014), algumas escolas disponibilizam terapias como arteterapia, terapia assistida por animais e/ou consultas com psicólogos no próprio espaço escolar. Estas iniciativas revelam que a promoção da LSM no contexto educativo não se limita à transmissão de conhecimentos sobre saúde mental, mas envolve a criação de um ambiente de apoio que afeta o bem-estar geral. Apesar de serem o foco primordial, a promoção da LSM em contexto escolar não beneficia apenas os alunos, mas toda a comunidade educativa. É essencial que o processo incorpore não só os jovens, professores e educadores, mas também pais, cuidadores informais, auxiliares e administrativos.

De forma a facilitar a continuidade dos conhecimentos e das práticas aprendidas nas escolas, é importante “realizar ações de sensibilização, informação e de formação,

² Um exemplo destes programas é o curso *Youth Mental Health First Aids*, destinado a professores, desenvolvido por Kelly et al (2007).

dirigidas à população em geral, profissionais envolvidos, utentes e famílias” (DGS, 2017, p.17), elevando, exponencialmente, os seus níveis de LSM. As políticas educativas têm um papel vital no *empowerment* de LSM entre os indivíduos, com “programas sustentados e integrados na comunidade, com a LSM incorporada no currículo escolar” (Kutcher et al, 2016, p.155), através da implementação de diretrizes que incentivem a inclusão dos componentes anteriormente retratados. No entanto, é igualmente importante assegurar a eficácia e sustentabilidade dessas estratégias, através do monitoramento e da avaliação dos programas propostos.

A criação de um ambiente escolar positivo, onde as “instituições de ensino oferecem uma oportunidade única para melhorar a literacia em saúde mental” (Reavley et al, 2012, p.46), pode ter impactos duradouros na vida dos estudantes, ajudando-os a desenvolver competências de gestão do seu bem-estar mental ao longo da vida e de prevenção de condições mais graves no futuro. Desta forma, a escola deixa de ser apenas um espaço de aprendizagem cognitiva e passa a desempenhar um papel ativo na construção de uma sociedade mais consciente e preparada para lidar com os desafios da saúde mental no futuro. Assim como argumenta Anthony Jorm (2012):

“O objetivo final é uma sociedade onde as pessoas com transtornos mentais tomem medidas rápidas para procurar ajuda profissional, onde recebam e sigam tratamentos baseados em evidências, onde se sintam apoiadas por outros na sua rede social, onde as pessoas tomem ações preventivas para beneficiar a si mesmas e as suas famílias e onde os serviços de saúde mental sejam vistos como uma contribuição valiosa que merece o apoio público.” (p.240)

1.3.1. Professores como agentes-chave na promoção de bem-estar

Os professores, enquanto figuras-chave no quotidiano dos alunos, podem desempenhar um papel determinante na promoção da saúde mental. No entanto, para que consigam intervir de forma eficaz, é essencial que tenham formação adequada e capacidades relevantes em LSM. Como demonstram Askell-Williams & Cefai (2014), os educadores que recebem formação específica sobre saúde mental apresentam maior capacidade para reconhecer sinais precoces de dificuldades emocionais e encaminhar

os alunos para serviços de apoio adequados. Além disso, Almeida (2015) evidencia que a implementação de programas de LSM nas escolas contribui para a redução do estigma e para o aumento da procura de ajuda entre os estudantes, promovendo um ambiente mais inclusivo e propício ao bem-estar.

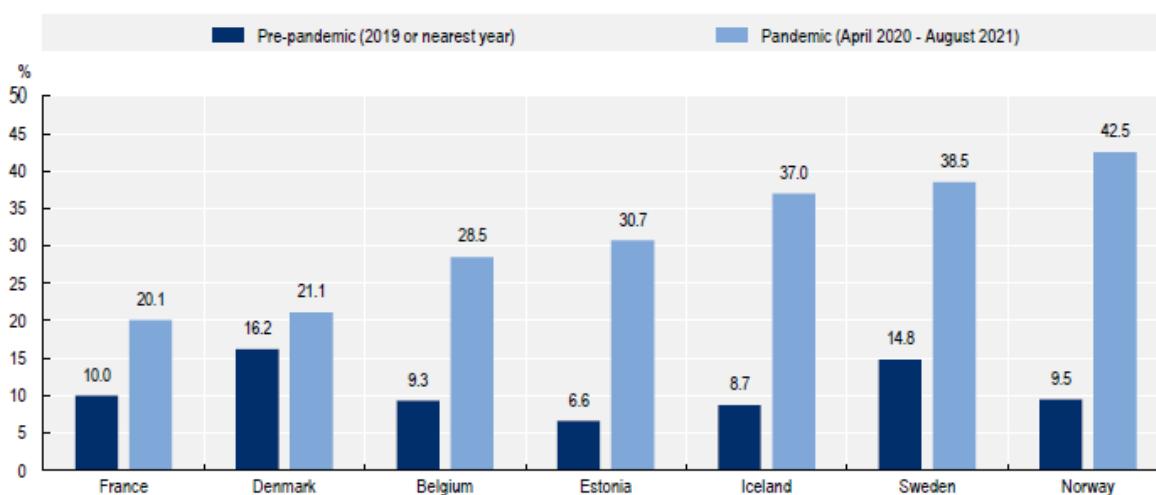
A classe profissional escolhida para este estudo foi selecionada tendo em conta que “os alunos passam uma proporção significativa do seu tempo em salas de aula com os mesmos professores e grupos de apoio.” (Johnson et al, 2023, p.570), o que recai numa reflexão sobre o seu papel na promoção do bem-estar emocional e psicológico dos alunos, atuando como agentes de mudança dentro do ambiente escolar. A formação de professores é essencial para capacitá-los a “reconhecer problemas de saúde mental em crianças e adolescentes e a encaminhá-los para os serviços apropriados” (OMS, 2022, p. 169), no entanto, isso não deve estar restrito à mera identificação de sinais de sofrimento emocional. Deve, inclusive, incluir estratégias práticas para criar um ambiente acolhedor e seguro onde os alunos se sintam confortáveis para discutir as suas preocupações.

A implementação de programas de formação em LSM pode proporcionar aos professores as ferramentas necessárias para desempenhar o papel discutido no parágrafo anterior. Neste sentido, uma intervenção que vise “promover a competência socioemocional tem o potencial de beneficiar não apenas as crianças que ensinam, mas também os próprios professores” (Ford et al, 2019, p.91), então capazes de fazer perguntas abertas e de escutar ativamente, um processo vital na compreensão das necessidades dos seus alunos. Ao estimular um diálogo honesto, os educadores podem ajudar a criar um ambiente onde as preocupações relacionadas à saúde mental sejam discutidas de forma voluntária e espontânea, sem serem alvo de estigmatização. As práticas de gestão de sala de aula que promovem um ambiente positivo e inclusivo também devem ser um foco de atenção dos professores. A gestão eficaz da sala de aula deve ir além do controle do comportamento. Não obstante, deve “fomentar entre a comunidade educativa estilos de vida saudáveis, maior bem-estar e consequentemente mais escolas promotoras de saúde mental” (Tomé et al, 2020, p.181), englobando a criação de um clima de apoio e confiança. De acordo com Wei et al (2024), os

professores podem implementar atividades que promovam a interação entre os alunos, que não só incentivam a socialização, mas também ajudam a desenvolver habilidades interpessoais. Essas interações podem ser fundamentais para que os alunos se sintam parte de uma comunidade escolar solidária, onde é possível compartilhar experiências e alertar para possíveis sinais patológicos.

Outra dimensão a ser considerada é o desenvolvimento de uma assistência imediata, que capacita os professores a “aplicar os seus conhecimentos e estratégias imediatamente após o evento” (Le Brocque et al, 2017, p.20), intervindo de forma eficaz em situações de crise. Ter um elevado grau de conhecimentos sobre que práticas adotar quando um jovem apresenta sintomas e como encaminhá-lo a serviços profissionais podem fazer uma diferença significativa. Essa preparação é crucial, especialmente em contextos onde os problemas de saúde mental, como a depressão, estão em ascensão entre os jovens (GRÁFICO 3). Além de atuarem diretamente no apoio aos alunos, os professores também têm a capacidade de, tanto em sala de aula quanto em eventos escolares, ajudar a promover um ambiente onde o bem-estar emocional é valorizado.

Gráfico 3 – Sintomas de depressão entre os jovens em vários países europeus.



Fonte: Adaptado do Relatório Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU cycle (2022)

Com o aumento patológico, o acesso a cuidados de saúde mental continua a ser um desafio em muitos contextos. Segundo Barros & Santos (2023), dotar os professores

de ferramentas para gerir possíveis situações de deteção precoce pode ser uma estratégia eficaz para reduzir a necessidade de serviços de apoio. Quando um professor identifica um aluno com uma condição de saúde mental, deve seguir o protocolo estabelecido pela escola, garantindo uma abordagem estruturada e eficaz. Criar um ambiente seguro e confortável para que o jovem se possa expressar livremente e oferecer suporte emocional imediato. Paralelamente, a situação deve ser comunicada a outros profissionais da escola, como psicólogos ou auxiliares, e, se necessário, contactar os serviços hospitalares e o encarregado de educação do aluno. Para melhor responder às suas necessidades, “os formadores de professores têm sido desafiados a transformar as suas perspetivas e práticas no que diz respeito à formação docente” (Forlin et al, 2014, p.247), sendo encorajados, quando a situação o ditar, a adaptar a sala de aula ou o estilo de ensino. Neste sentido, a implementação de um plano individual de acompanhamento ou outro suporte educacional especial pode contribuir significativamente para o bem-estar e o sucesso académico do aluno.

Outro aspeto a considerar e que também já foi discutido nesta pesquisa é a colaboração entre professores, pais e profissionais de saúde mental, essencial à criação de uma rede de apoio eficaz. Os educadores devem ser vistos como parte integrante dessa rede, “de modo a colmatar as dificuldades com os apoios adequados” (Santos, 2020, p.38), atuando como um elo entre os próprios alunos e os recursos disponíveis. Ao se tornarem agentes de mudança na promoção do bem-estar, os professores desempenham um papel vital na construção de ambientes escolares saudáveis e inclusivos. No entanto, “em vez de receber formação sobre como fornecer apoio a longo prazo para os alunos” (Shelemy et al, 2019, p.104), os professores têm vindo a referir como necessidades primordiais a deteção precoce de condições mentais e a prevenção efetiva de uma situação inicial. A literatura tem indicado que melhorar os níveis de LSM, implementar práticas de gestão eficaz em sala de aula e colaborar com a rede de apoio mais próxima do jovem são aspetos essenciais para capacitar os professores a contribuir significativamente para a saúde mental dos alunos.

2. Entre a Reflexão e o Método na Construção do Saber

A construção do conhecimento científico não se dá de forma neutra ou isolada das escolhas metodológicas que orientam a investigação. Uma abordagem científica, seja em que investigação for, “não pode ser uma mera questão de preferência” (Augusto, 2014, p.2), mas resulta da interação entre reflexão epistemológica e estratégia de pesquisa. A estruturação dos procedimentos de investigação e a definição de um desenho metodológico rigoroso estão, neste sentido, diretamente associados à conceção do objeto de estudo, enquadrado num conjunto de possibilidades de conhecimento que dele podem emergir.

Este capítulo visa apresentar e justificar as opções metodológicas da presente investigação, clarificando o percurso adotado desde a formulação do problema até à recolha prática dos dados. Fundamentalmente, o estudo permite sustentar uma discussão alargada que procura sinalizar necessidades de formação e aquisição de competências num campo específico do exercício da profissão de professor e que envolvem, precisamente, a sua capacitação para poderem lidar, gerir e participar ativamente na deteção precoce de problemas de saúde mental. Dada a complexidade fenomenológica do estudo em contínua ascensão, que envolve, de acordo com Kutcher et al (2016), tanto os conhecimentos sobre saúde mental e a estigmatização quanto a capacidade de reconhecer, gerir e intervir em situações relacionadas com o bem-estar psicológico, o percurso metodológico teve como foco garantir rigor na escolha do instrumento e adaptar a análise às especificidades do campo educativo.

Para tal, este estudo, tendo como objetivo quantificar a prevalência de fenómenos - LSM e práticas de gestão de situações em sala de aula -, está ancorado numa metodologia do tipo extensivo quantitativo, procurando operacionalizar uma base amostral através da aplicação de um questionário estruturado para uma amostra composta por cinquenta e nove indivíduos inscritos, no momento da pesquisa empírica,

em cursos de formação de professores da UTAD e da UP³. A escolha deste instrumento e do delineamento metodológico decorre da necessidade de obter dados sistemáticos e concretos, permitindo, essencialmente, interpretar padrões e tendências entre os participantes sobre a problemática em estudo.

O capítulo encontra-se estruturado em cinco secções principais: o paradigma epistemológico que sustenta a investigação e a estratégia metodológica adotada e o reconhecimento de um carácter (clássico) positivista, partindo dessa prerrogativa para definir e operacionalizar os objetivos; o instrumento de recolha de dados, nomeadamente os componentes que orientam a sua estrutura, a fundamentação teórica que advém da escala de LSM e o processo de validação que permitiu ser aplicado e exequível; as questões éticas e as estratégias utilizadas para garantir a fiabilidade da informação recolhida; por fim, a amostra e o contexto da investigação, detalhando os critérios de seleção dos participantes. Como alertam Creswell & Creswell (2018), o conhecimento científico exige uma postura reflexiva e crítica diante dos métodos utilizados, garantido que estes sejam alinhados aos objetivos e à natureza do problema de investigação.

2.1. O paradigma científico associado a uma lógica falsificacionista

A presente investigação inscreve-se num posicionamento epistemológico de inspiração (clássica) positivista, sustentado por uma abordagem de tipo extensivo que pretende “testar ou verificar uma teoria, em vez de a desenvolver” (Creswell & Creswell, 2018, p.116), sendo que o investigador confirma ou refuta hipóteses com base nos dados recolhidos. Especificamente neste estudo, procurámos identificar padrões, regularidades e tendências empíricas através da análise de variáveis mensuráveis, pelo que foi privilegiada uma lógica dedutiva, rigorosa, apoiada em instrumentos standardizados — nomeadamente, o inquérito por questionário — e numa análise quantitativa dos dados recolhidos.

³ Ver tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra – da página 59.

Parte-se da premissa de que o conhecimento pode ser produzido a partir da análise estatística de fenómenos sociais, recorrendo à medição objetiva de indicadores, de forma a permitir a comparação de resultados e a sua reflexão científica. Esta abordagem visa, assim, mapear o nível de LSM de professores em formação, identificar práticas e disposições face à doença mental e explorar associações estatisticamente relevantes entre as diferentes dimensões analisadas. O modelo adotado reflete, neste sentido, os seguintes fundamentos:

- A procura de explicações baseadas na correlação entre variáveis, visando identificar padrões e relações entre diferentes dimensões da realidade, como, neste caso, os níveis de LSM e as práticas ou atitudes pedagógicas;
- A adoção de uma linguagem descritiva e analítica que privilegie a neutralidade e a replicabilidade dos dados, assegurando que os procedimentos seguidos podem ser repetidos por outros investigadores e que os resultados obtidos são comunicados de forma clara, precisa e isenta de juízos de valor.

Estes princípios, orientadores de toda a construção metodológica da investigação, garante a coerência necessária entre o posicionamento epistemológico e as opções técnicas adotadas.

Além do enquadramento abordado, a pesquisa é informada pelo princípio do falsificacionismo, proposto por Karl Popper para “demarcar (distinguir) a ciência da não-ciência” (Mitra, 2020, p.2) por meio da refutação de hipóteses e não pela mera acumulação de observações que as confirmam. De acordo com o pensamento de Popper (2002), enquanto no método indutivo a ciência é concebida como um processo de verificação empírica, no qual uma teoria é considerada válida enquanto houver evidências que a corroborem, segundo o falsificacionismo, uma teoria é considerada cientificamente válida se for formulada de modo a ser possível testá-la e, eventualmente, refutada por novas evidências.

O princípio aqui discutido tem implicações diretas na presente investigação, pois orienta a forma como as hipóteses foram formuladas e testadas na análise dos dados sobre LSM. Seguindo esta lógica filosófica, a pesquisa adota três premissas

interrelacionadas. A ideia de que “uma teoria só é passível de ser testada se for, em princípio, refutável” (Pinto, 2006, p.22) é visível na formulação das hipóteses sobre a relação entre LSM e práticas pedagógicas, construídas de modo a ser possível rejeitá-las, caso os dados não corroborem as previsões iniciais. A análise estatística, por sua vez, não se restringiu à identificação de associações entre variáveis, mas incluiu testes rigorosos⁴, que permitiram avaliar se os padrões observados se sustentam sobre diferentes técnicas analíticas. Por fim, os resultados obtidos foram tratados como evidências provisórias – em vez de verdades absolutas –, sendo reconhecida a necessidade de aprofundamento temático em estudos futuros.

A adoção desta abordagem previne interpretações tendenciosas e garante que as conclusões sejam baseadas em critérios rigorosos de análise. Para se fazer investigação no âmbito das ciências sociais, nomeadamente na Sociologia, deve-se ter em consideração a interação entre a escolha do paradigma a adotar com as “questões que o investigador coloca, com a natureza do que se pretende conhecer e com o tipo de respostas que espera providenciar” (Augusto, 2014, p.2), realçando a complexidade dos fenómenos sociais e os múltiplos contextos em que estão inseridos. O falsificacionismo torna-se, essencialmente, um recurso fundamental para garantir que a análise dos dados seja conduzida de forma crítica e aberta a novas interpretações.

Ao integrar princípios positivistas e falsificacionistas, esta investigação não estrutura apenas um arcabouço metodológico sólido, mas também assume um compromisso com a transparência, a revisibilidade e a crítica constante das descobertas. Esta postura reforça a validade científica do estudo e contribui para um debate académico fundamentado sobre os desafios da LSM na prática docente.

2.2. Inquérito por Questionário: seletividade, componentes e validação

O instrumento de recolha de dados que permitiu reproduzir os efeitos esperados foi organizado em três grandes secções, descritas em detalhe ao longo deste ponto: uma

⁴ Exemplos de testes utilizados no seio desta investigação: Teste t e teste do qui quadrado.

focada na medição dos níveis LSM, com recurso a uma escala traduzida e validada para medir o fenómeno na população português, adaptado de Rocha, I. (2016)⁵; uma segunda parte do questionário identifica práticas e comportamentos em sala de aula e na comunidade educativa; a terceira e última secção procura recolher informação sociodemográfica dos inquiridos, para, conseqüentemente, ser mobilizada na análise e categorizada em variáveis de controlo.

Estima-se, portanto, duas componentes principais neste estudo. Por um lado, a avaliação dos conhecimentos que os indivíduos possuem, incluindo o que pensam sobre doença mental - LSM. Por outro lado, a medição de algumas das suas práticas, dado que quanto maior os níveis de LSM, maior equipado o professor estará para intervir. Neste sentido, também foi plausível reunir alguma informação sobre experiências individuais e sociais dos participantes, a fim de permitir discutir uma possível correlação entre literacia e ação. No fundo, o trabalho recai sobre as representações que os professores em formação têm, assim como o seu grau de conhecimento sobre saúde mental e, neste âmbito, surge a hipótese de que há défices, o que alimentará a discussão da necessidade de formação eficaz de indivíduos e desenvolvimento de conteúdos pedagógicos e ações de formação no sentido de melhorar este panorama. Prossegue-se, de imediato, a explicitação pormenorizada de cada grupo que compõe o instrumento final.

A escala original de LSM⁶ foi desenvolvida com o intuito de permitir “a avaliação de todos os atributos” (O’Connor & Casey, 2015, p.511) reconhecidos de forma robusta em termos psicométricos e metodológicos. De acordo com a teoria exposta, essencialmente através dos contributos de Jorm et al (1997), foram considerados aspetos relacionados ao conhecimento, às atitudes e aos comportamentos de estigmatização relativos à saúde mental. A adaptação e validação da escala original, protagonizada por Inês Rocha, foi fundamentada pelas teorias de Nutbeam (2000) e Jorm (2000), onde o último sugere que medir LSM vai além do conhecimento teórico,

⁵ Rocha, I. (2016) *Adaptação e Validação da Escala Mental Health Literacy para a População Portuguesa* [Master’s thesis, Instituto Piaget]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/24532>.

⁶ O’Connor, M. & Casey, L. (2015) The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health Literacy. *Psychiatry Research*, 229, 508-516.

envolvendo a capacidade de utilizar esse conhecimento na prática, em particular no contexto da intervenção e gestão de situações que envolvem saúde mental. Em termos empíricos, foi interpelada em três estágios. Uma tradução inicial, “realizada de forma independente” (Rocha, 2016, p.18) por três indivíduos portugueses, uma retradução com um tradutor bilingue e, por fim, uma comparação entre as duas versões. Ao confirmar a validade convergente da escala pela correlação significativa ($p < 0,01$) com outras medidas de LSM previamente validadas, a autora reforçou a precisão do instrumento em medir o fenómeno.

A versão aplicada nesta pesquisa foi adaptada ao contexto escolar e educativo, considerando as especificidades do papel do professor no reconhecimento e gestão de questões de saúde mental em sala de aula. A escala foi estruturada em quatro conjuntos de itens diferentes, que retratam as três dimensões da LSM avaliadas.

O primeiro remete para situações da vida das pessoas e para a forma como reagem em certos contextos (3 itens), explorando atitudes e reações emocionais como ansiedade, preocupações excessivas e sem motivo aparente ou alterações negativas de humor, apetite e sono que permanecem ao longo do tempo. A sua aplicação permite medir a sensibilidade dos inquiridos para identificar condições relacionadas à saúde mental, especialmente no que se refere a respostas emocionais exageradas e mudanças comportamentais que podem ser indicativas de condições de saúde mental. Posteriormente, surge um conjunto de 5 itens que procura identificar condições clínicas do campo da saúde mental, isto é, avaliar a capacidade dos professores para identificar sinais e sintomas de condições clínicas específicas, como perturbações de personalidade, distímia ou dependência de substâncias. O objetivo é, essencialmente, medir a familiaridade dos docentes em formação com as perturbações mentais, associada neste contexto à sua competência para reconhecer determinadas manifestações nos seus alunos.

O terceiro conjunto de itens da escala investiga o grau de concordância com afirmações frequentemente ouvidas em contextos sociais (9 itens), explorando as atitudes dos professores em relação a afirmações que podem ouvir frequentemente no seu dia-a-dia. A quarta secção aborda a disponibilidade para lidar com situações

relacionadas a interações entre inquiridos e indivíduos com perturbações mentais, através de 7 itens que medem a disponibilidade emocional e prática dos participantes para se envolverem em situações que envolvem outros indivíduos com perturbações mentais. Diretamente alinhado com os objetivos desta pesquisa, pretende-se avaliar a disposição dos docentes para fornecer apoio, ou seja, a sua abertura para lidar com questões aparentemente difíceis.

No total, a escala adaptada operacionaliza 24 variáveis, coerentes com as diversas dimensões da LSM, permitindo uma análise abrangente e fiável da capacidade dos professores em formação em detetar e prevenir questões de saúde mental no ambiente escolar. A confiabilidade interna da escala foi avaliada, tendo como referência o coeficiente de Cronbach ($\alpha = 0.776$)⁷, um indicador amplamente utilizado para medir a consistência dos itens dentro de um instrumento. O valor obtido demonstra uma consistência interna agradável e indica que, embora aos valores apresentados por Rocha (2016) sejam estatisticamente superiores, a escala é confiável.

A segunda parte do questionário tem como objetivo mapear práticas e comportamentos em sala de aula que envolvam estratégias de gestão de situações relacionadas com problemas de doença mental ou perturbações comportamentais. Como já foi possível verificar nos capítulos anteriores, um elemento crucial deste estudo parte do princípio de que os docentes desempenham um papel crucial na deteção precoce e na gestão de dificuldades emocionais e psicológicas dos estudantes, sendo frequentemente os primeiros a perceber alterações comportamentais que podem indicar sofrimento mental. De modo a capturar diferentes abordagens adotadas pelos professores, foram apresentadas várias alternativas de resposta, enquadradas no capítulo teórico apresentado e no “estabelecimento de práticas que melhorem a literacia em saúde mental” (CNS, 2019 p.96), altamente recomendadas para o contexto escolar.

Os inquiridos tiveram a possibilidade de selecionar todas as opções que aplicariam caso identificassem um aluno em situação de vulnerabilidade mental. As

⁷ Ver tabela 4 – Estatísticas descritivas da LSM na amostra – da página 63.

opções disponibilizadas cobrem um leque de estratégias que vão desde a aplicação de protocolos institucionais até iniciativas mais individuais de suporte ao aluno, nomeadamente, seguir o protocolo proposto pela escola, abordar o aluno para discutir os problemas identificados, garantir que se sinta confortável e seguro ao falar sobre a sua condição mental, oferecer algum tipo de suporte emocional imediato, comunicar a situação a outros elementos escolares, contactar os serviços hospitalares e o E.E. do aluno, realizar modificações na sala de aula ou no estilo de ensinar para acomodar as necessidades do aluno com problemas de saúde mental, procurar lidar com o impacto da condição do aluno junto à turma e criar um plano individual de acompanhamento ou alguma forma de suporte educacional especial.

Com mesmo grau de relevância, uma outra questão neste grupo envolve a preparação para detetar e lidar com situações de saúde mental em sala de aula e no exercício da profissão de professor. Consiste num conjunto de 8 itens que procuram avaliar o nível de preparação dos professores para identificar e reagir a situações que envolvem saúde mental, tanto no contexto imediato de sala de aula quanto em situações mais amplas do ambiente escolar. Os itens abordam questões relacionadas à gestão de crises, reconhecimento de sinais precoces de transtornos mentais e à confiança dos docentes em intervir de forma adequada.

Esta secção do questionário permite não apenas compreender quais estratégias os professores consideram mais apropriadas, mas também identificar padrões nas suas respostas e possíveis lacunas na sua preparação para lidar com questões de saúde mental no ambiente escolar. A inclusão de múltiplas opções reconhece a complexidade destas situações e a necessidade de abordagens complementares, reforçando a importância do papel do professor na promoção do bem-estar emocional dos alunos.

A última secção do questionário visa recolher informações sociodemográficas essenciais à análise dos dados, permitindo compreender o perfil dos participantes e identificar eventuais padrões na sua perceção e abordagem à saúde mental em contexto escolar. Os dados recolhidos neste grupo possibilitam explorar se fatores individuais e experiências pessoais influenciam a LSM e as estratégias adotadas pelos professores. As questões incluídas abordam os seguintes aspetos: sexo, idade, área científica que estará

habilitado a lecionar e possível experiência com diagnóstico pessoal e/ou na rede familiar próxima. A inclusão desta secção no questionário é fundamental para contextualizar os resultados e identificar possíveis associações entre características individuais dos professores e a sua LSM, bem como as práticas que adotam na gestão de situações em sala de aula.

2.2.1. Importância do anonimato e das questões éticas

As questões colocadas no instrumento de recolha de dados privilegiaram um formato estandardizado, recorrendo, como identificado no ponto anterior, a uma escala previamente traduzida e validada, bem como a perguntas que incidem essencialmente sobre a frequência de ocorrência de determinados eventos. Dado que não foram incluídas questões de carácter pessoal identificável, nem itens que abordassem experiências sensíveis, sentimentos ou memórias potencialmente perturbadoras, não se antecipou a necessidade de submissão a um comité de ética para verificação adicional.

A recolha dos dados foi realizada através de um questionário autoadministrado, enviado por endereço eletrónico aos potenciais participantes. No ecrã de abertura do questionário, foi incluída uma apresentação detalhada do estudo, onde se explicaram os objetivos da investigação, os procedimentos envolvidos e as garantias de confidencialidade, dada a necessidade “de proteger os participantes, desenvolver uma relação de confiança com eles e promover a integridade da investigação” (Creswell, 2014, p.92). Nesta fase, foi solicitado aos inquiridos que assinalassem explicitamente o seu consentimento informado, confirmando que participavam de forma voluntária, esclarecida e autónoma.

De modo a garantir o anonimato dos participantes, não foram recolhidos dados que permitissem a identificação direta dos inquiridos, como nomes ou contactos. Além disso, os dados recolhidos foram armazenados de forma segura, garantindo o cumprimento das diretrizes éticas e legais aplicáveis à proteção de dados⁸,

⁸ Segundo a Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto.

nomeadamente o RGPD. A abordagem adotada assegura que os participantes não sofreram qualquer tipo de constrangimento ou pressão para participar no estudo, reforçando o compromisso ético da investigação com o respeito pela privacidade, a confidencialidade e o bem-estar dos indivíduos.

2.3. Condicionantes empíricas e desafios no acesso ao campo

A delimitação amostral e o acesso ao terreno revelaram, neste estudo, um processo complexo, marcado por contingências práticas e reflexões que vão além da mera operacionalização técnica do trabalho de campo. A investigação empírica, mesmo quando cuidadosamente planeada segundo os melhores preceitos metodológicos, é inevitavelmente confrontada com as condições reais e concretas dos contextos sociais com que procura dialogar. Este confronto exige uma postura reflexiva constante, que permita não apenas registar dificuldades logísticas, mas compreender o que estas dificuldades podem significar no plano sociológico. No caso concreto desta pesquisa, o primeiro desafio foi revelado com a tentativa de estabelecer contacto com uma comunidade escolar, localizada numa região com histórico reconhecido de colaboração com o Departamento de Sociologia da Universidade do Porto. Partindo do pressuposto de que essa relação prévia poderia facilitar o acesso, foi encetado um processo de aproximação institucional, através de uma proposta formalizada e apoiada diretamente pela orientadora da investigação. Apesar dos esforços e da legitimidade conferida pelo enquadramento institucional, não foi possível obter resposta por parte das entidades contactadas. Esta ausência de retorno, que se prolongou mesmo após insistências, gerou uma sensação persistente de “fechamento”, cuja natureza importa problematizar e explorar.

Embora não seja possível afirmar com certeza os motivos deste silêncio, importa levantar a hipótese de que o tema da investigação, a saúde mental em contexto escolar, possa ter desempenhado um papel relevante nesta recusa implícita. Trata-se, evidentemente, de uma hipótese especulativa, dado não existirem elementos empíricos suficientes que permitam comprová-la. Ainda assim, o facto de, não apenas um, mas

três agrupamentos escolares, não se “abrirem” ao diálogo sobre esta temática, mesmo tendo um histórico de colaboração com a academia, levanta interrogações pertinentes sobre o desconforto que as questões de saúde mental ainda suscitam no seio da comunidade educativa. Neste sentido, o próprio obstáculo ao acesso constitui, em si mesmo, um dado relevante, que sinaliza uma possível dificuldade em priorizar, abordar ou sequer reconhecer a centralidade destas questões no espaço escolar.

Com efeito, um dos elementos mais significativos considerados para perpetuar a dificuldade assinalada é o próprio tema da investigação, ou seja, a saúde mental. Embora reconhecida como fundamental para o bem-estar individual e coletivo, esta área continua a suscitar tensões, ambivalências e resistências, particularmente em contextos institucionais como o educativo. A dificuldade em aceder ao campo pode, assim, ser interpretada não apenas como um obstáculo logístico, mas como um sintoma social. Ou seja, o silêncio ou a não-resposta institucional pode sinalizar, ainda que de forma indireta, o desconforto latente que a temática da saúde mental provoca — um desconforto que, por vezes, conduz à evasão, à invisibilidade ou à secundarização destas problemáticas. Neste sentido, a reação do aparente fechamento por parte dos agrupamentos escolares não deve ser desconsiderada ou tratada como um simples contratempo, mas sim compreendida como um fenómeno sociologicamente relevante. Pode refletir a persistência de estigmas, o receio da exposição ou mesmo a dificuldade em reconhecer que o mal-estar psicológico constitui um problema estrutural que atravessa a vida escolar. Ao recusar/evitar o diálogo sobre esta temática, as instituições escolares podem estar, involuntariamente, a reproduzir um mecanismo de supressão, precisamente, uma das barreiras à transformação cultural e política necessária para a sua integração plena nas práticas educativas.

A pertinência social do tema revela-se, assim, não apenas nos discursos ou políticas formais, mas também nos gestos subtis de retração institucional. A ausência de resposta, quando interpretada sociologicamente, pode ser lida como uma manifestação indireta da tensão entre o reconhecimento da importância da saúde mental e a dificuldade em incorporá-la de forma concreta nas dinâmicas escolares. Esta tensão,

longe de ser um dado marginal, constitui precisamente um dos elementos centrais que justificam a urgência de investigações nesta área e reforçam a necessidade de compreender, com profundidade, as resistências simbólicas que ainda rodeiam o cuidado psíquico em contexto educativo.

Perante este impasse, foi necessário reformular a estratégia amostral, enveredando por uma abordagem alternativa. Optou-se pelo envio do inquérito por questionário a docentes em formação inicial nas Universidades do Porto e de Trás-os-Montes e Alto Douro. O contacto foi estabelecido diretamente com os/as Diretores/as dos Cursos de Formação de Professores dessas instituições, que procederam à difusão do questionário junto dos estudantes. Esta opção assentou numa lógica pragmática, centrada na necessidade de garantir uma base suficientemente ampla de potenciais respondentes, tendo em conta as características típicas deste tipo de recolha — nomeadamente as taxas baixas de resposta que costumam acompanhar os inquéritos *online* em contexto académico. Importa sublinhar que, por questões éticas, não foram recolhidos dados que permitissem identificar a Universidade de origem de cada respondente. Esta escolha visou não só salvaguardar o anonimato e a confidencialidade dos participantes, como também prevenir leituras enviesadas que pudessem atribuir diferenças nos padrões de resposta a características institucionais específicas. O objetivo não era, portanto, comparar modelos de formação docente entre Universidades, mas assegurar uma amostra diversificada e suficiente para permitir uma análise robusta dos dados, respeitando os princípios éticos da investigação.

Este percurso metodológico, marcado por desafios inesperados e reformulações estratégicas, evidencia como a investigação empírica é, antes de mais, um processo de negociação contínua entre a intenção investigativa e a realidade do campo. A dificuldade em aceder a determinados contextos sociais, especialmente quando estão em causa temáticas sensíveis como a saúde mental, deve ser compreendida não apenas como obstáculo, mas também como um indicador sociologicamente significativo. Neste caso, a resistência (ainda que silenciosa) à participação pode ela própria ser lida como uma expressão da complexidade que envolve a abordagem da saúde mental na escola,

reforçando a pertinência da reflexão crítica sobre este tema no seio da comunidade educativa.

2.4. Etapas sequenciais do procedimento de recolha de dados

A recolha de dados foi conduzida de forma estruturada, garantindo a adequação metodológica e o cumprimento das normas institucionais e éticas. O primeiro passo consistiu na adaptação do inquérito por questionário ao contexto específico da investigação. Esta adaptação teve como objetivo assegurar a relevância e aplicabilidade do instrumento ao público-alvo da pesquisa. Ao concluir a versão final do questionário, o instrumento foi submetido ao Serviço de Proteção de Dados da U.Porto para avaliação e validação. Com a aprovação deste serviço, procedeu-se à submissão do inquérito na Plataforma de Inquéritos da U.Porto, onde passou por uma nova verificação institucional antes de ser autorizado para aplicação.

Com o questionário devidamente aprovado, iniciou-se o processo de contacto com as instituições responsáveis pela formação de futuros professores. A Doutora Alexandra Lopes, orientadora do estudo, enviou um ofício formal⁹ aos Diretores dos Cursos de Formação de Professores da UP e da UTAD, detalhando os objetivos da investigação e solicitando a colaboração na disseminação do inquérito junto dos estudantes. Após concordarem em participar no estudo, disponibilizaram o *link* de acesso junto dos seus alunos, permitindo assim a recolha de dados de forma eficiente.

Os participantes responderam ao questionário de forma anónima e autoadministrada, garantindo liberdade e confidencialidade nas respostas. Durante o período de recolha, foi realizada uma monitorização contínua da Plataforma de Inquéritos para acompanhar a taxa de respostas. À medida que os dados eram recolhidos, verificou-se a estabilização do número de respostas, optando-se por encerrar a sua administração. Após a conclusão da fase de recolha de dados, as respostas foram extraídas da plataforma para uma base de dados no *software* estatístico *Jamovi*. Os dados foram então organizados para análise, garantindo que toda a

⁹ É possível consultar este ofício nos ANEXOS (Anexo 3) do presente documento.

informação estivesse devidamente estruturada para a fase subsequente de tratamento estatístico e interpretação dos resultados.

2.5. Dinâmicas sociodemográficas na formação docente

Tendo sempre em consideração a população infantil, o estudo remete especificamente para a formação docente, encarada num processo dinâmico que envolve atributos sociodemográficos, que impactam tanto a prática pedagógica quanto a forma como os professores compreendem e lidam com diferentes questões relacionadas à saúde mental. Refletir sobre essas dinâmicas é essencial para avaliar como as características dos participantes influenciam os seus comportamentos e a sua interação com os alunos, bem como a sua preparação para lidar com situações relacionadas à saúde mental em ambiente escolar.

Dados os parâmetros que permitem a exequibilidade do estudo, a amostra foi determinada por meios não probabilísticos, em que os inquiridos “são selecionados com base na sua conveniência e disponibilidade” (Creswell, 2014, p.158). Não só o tempo é limitado, como os recursos disponíveis e o contacto com professores em formação também o são. Não obstante, a recolha consagrou-se válida, sendo possível encontrar diversidade sociodemográfica em termos de idade, género, diagnóstico de condição mental em si mesmos ou na sua rede familiar próxima.

A seleção baseou-se nos seguintes critérios: (1) estar, no momento da pesquisa empírica, inscrito/a num curso de formação de professores e (2) estar matriculado/a na UP ou na UTAD. A amostra final é composta por 59 indivíduos (TABELA 1) com idades compreendidas entre os 21 e os 58, sendo que aproximadamente 83% dos inquiridos tinham entre 20 e 30 anos ($n = 49$). Embora exista a consciência de que era possível obter uma amostra mais ampla e representativa, estima-se uma variedade sociodemográfica necessária à concretização dos objetivos propostos.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

SEXO	Feminino	34
	Masculino	25
ÁREA CIENTÍFICA	C.S.C.	4
	C.E.T.	14
	C.N.S.	14
	Humanidades	27
IDADE	[20-30]	49
	[31-40]	6
	[41-50]	3
	[51-60]	1
Legenda: C.S.C. – Ciências Sociais e do Comportamento C.E.T. – Ciências Exatas e Tecnologias C.N.S. – Ciências Naturais e da Saúde		

A distribuição de participantes, neste estudo, revela uma predominância do sexo feminino ($n = 34$) em relação ao masculino ($n = 25$). No que diz respeito à área científica que vão estar habilitados a lecionar, observa-se uma maior representação de participantes provenientes das humanidades ($n = 27$), seguidos por indivíduos das ciências naturais e da saúde ($n = 14$) e das ciências exatas e tecnologias ($n = 14$). A área das ciências sociais e do comportamento apresenta um número menor de participantes ($n = 4$).

Além das características gerais da amostra, é relevante analisar fatores ligados à experiência dos participantes com condições de saúde mental, tanto a nível pessoal como familiar. As tabelas 2 e 3 apresentam, respetivamente, a distribuição dos participantes com diagnóstico individual e com existência de um diagnóstico na rede familiar próxima, considerando também a variável sexo.

Tabela 2 – Distribuição de diagnóstico individual, por sexo

DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL	SEXO	Contagem	%
Não	Feminino	18	30.5 %
	Masculino	19	32.2 %
Sim	Feminino	16	27.1 %
	Masculino	6	10.2 %

Os dados indicam que 37 participantes (62.7%) da amostra nunca receberam um diagnóstico de condição de saúde mental, enquanto 22 participantes (37.3%) já foram diagnosticados. A análise revela que a proporção de mulheres diagnosticadas (27.1%) é mais elevada do que a dos homens (10.2%), sugerindo possíveis diferenças na detecção, no acesso ao diagnóstico ou na predisposição para identificar e prevenir sintomas de condição de saúde mental.

Tabela 3 – Distribuição de diagnóstico na rede familiar próxima, por sexo

REDE FAMILIAR ¹⁰	SEXO	Contagem	%
Não	Feminino	7	11.9 %
	Masculino	13	22.0 %
Sim	Feminino	27	45.8 %
	Masculino	12	20.3 %

Quanto à presença de um diagnóstico na rede familiar próxima, observa-se que 39 participantes (66.1%) relataram conhecer indivíduos próximos da sua rede pessoal diagnosticados com alguma condição do foro mental, enquanto uma proporção menor (n = 20) afirma não ter esse histórico familiar. A análise por sexo indica que 45.8% das mulheres indicaram ter alguém próximo diagnosticado, comparativamente a 20.3% dos homens. Esta discrepância pode refletir diferentes padrões entre homens e mulheres em termos de envolvimento familiar, sensibilização para a saúde mental ou mesmo fatores culturais que possam influenciar maiores ou menores níveis de LSM.

A análise dos dados permite compreender a diversidade da amostra e avaliar como o género, a área de formação e a experiência com casos de saúde mental podem influenciar a LSM e a perceção dos indivíduos. A identificação de um diagnóstico individual ou na rede familiar pode estar associada à adoção ou compreensão de atitudes, crenças e conhecimentos sobre a temática, sendo um fator relevante para interpretar as respostas obtidas ao longo do estudo.

¹⁰ É possível consultar a matriz de operacionalização das variáveis nos ANEXOS (Anexo 2) do presente documento.

3. Capacitação dos professores para lidar, gerir e participar ativamente na detecção precoce de problemas de saúde mental

A saúde mental dos estudantes tem adquirido cada vez mais destaque no contexto educacional, não apenas pelas “taxas de prevalência de transtornos mentais em jovens” (Patel et al, 2007, p.1303), mas também pelo papel essencial que os professores desempenham na identificação precoce de sinais e no suporte que providenciam aos alunos. É neste contexto que nos permitimos investigar as suas habilidades de gestão de questões de saúde mental, fundamentais para a promoção do bem-estar escolar, bem como para a eficácia das estratégias pedagógicas adotadas. O desenvolvimento da LSM entre os professores em formação é, segundo a OMS (2022), encarado como um fator-chave na detecção de sinais precoces de distúrbios mentais e/ou comportamentais e responder de maneira adequada, sensível e informada às necessidades dos seus alunos.

Neste capítulo, serão analisados os dados recolhidos através do questionário, visando a exploração da relação entre a capacitação dos professores e as práticas pedagógicas adotadas para a gestão de questões de saúde mental em sala de aula. A análise será conduzida com base nos três objetivos principais do estudo: (1) medir os níveis de LSM dos professores em formação, (2) mapear as práticas pedagógicas utilizadas na gestão de situações de saúde mental e (3) investigar as relações entre esses dois fatores.

Inicialmente, será apresentada a análise dos níveis de LSM na amostra de professores em formação, permitindo compreender o grau de conhecimento e a preparação que estes possuem para lidar com questões de saúde mental no contexto escolar. Em seguida, serão abordadas as práticas pedagógicas adotadas pelos professores para gerir e apoiar os alunos que enfrentam desafios relacionados com a saúde mental. Por fim, será realizada uma análise das possíveis correlações entre os níveis de LSM e as práticas adotadas, com o intuito de compreender se uma maior LSM está associada a uma abordagem mais eficaz e inclusiva na gestão dessas questões em sala de aula.

O capítulo visa, efetivamente, apresentar uma visão integrada dos fatores que influenciam a capacitação dos professores para lidar com problemas de saúde mental, refletindo sobre a importância da formação e do desenvolvimento contínuo nesta área. A análise dos dados permitirá uma compreensão mais profunda das necessidades de formação dos docentes e das possíveis melhorias a serem implementadas nas práticas pedagógicas e no apoio aos alunos, apoiando o desenvolvimento de estratégias inclusivas e promotoras de sucesso escolar entre os jovens.

3.1. Níveis de Literacia em Saúde Mental entre professores em formação

A LSM, mais do que conhecimento e crenças sobre saúde mental, implica a detecção, prevenção e gestão de problemas que afetam, principalmente, as capacidades cognitivas e comportamentais dos indivíduos. No contexto educativo, a LSM dos professores é particularmente relevante, uma vez que as dificuldades que os alunos, muitas vezes mal preparados para compreender e lidar com tais situações, enfrentam, “afetam não apenas a criança em questão, mas também os seus colegas e o pessoal escolar, dificultando a aprendizagem e o ensino” (Giles-Kaye, 2023, p.1283), o que implica que os docentes mantenham um bom grau de conhecimento relacionado com condições do foro mental. Assim, um dos objetivos centrais deste estudo foi avaliar, particularmente, os níveis de LSM entre professores em formação (TABELA 4) e identificar potenciais fatores sociodemográficos associados a variações nesta competência.

Os dados recolhidos revelam que o nível mínimo registado foi 11, enquanto a maior pontuação obteve 23 valores, numa escala que poderia ir desde 1 a 24. De um modo geral, a amostra em estudo apresenta um nível alto de LSM, verificando-se alguma variabilidade entre os níveis dos participantes (desvio-padrão = 2.77), sugerindo que, apesar da maioria apresentar valores moderados a elevados, existem diferenças individuais que merecem ser exploradas. A mediana, ou seja, o valor central da distribuição, indica que a LSM entre os professores em formação é relativamente equilibrada, com a maioria dos valores a concentrar-se em torno dos resultados

médios¹¹. Ora, uma reflexão cuidada tende a indicar um padrão positivo no reconhecimento e valorização da saúde mental no seio da amostra, o que está em consonância com a literatura que aponta para uma crescente consciencialização social em torno destas temáticas (ver Jorm et al, 1997, Kutcher et al, 2016, Furnham & Swami, 2018).

Tabela 4 – Estatísticas descritivas da LSM na amostra

N	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	<i>Cronbach α</i>
59	18.2	19	2.77	11	23	0.776

De modo a obter uma análise consistente e em detalhe dos dados recolhidos, procedeu-se a verificação de possíveis diferenças entre os níveis de LSM em função de algumas variáveis sociodemográficas (TABELA 5), nomeadamente sexo, área científica de formação, diagnóstico pessoal de doença mental e existência de diagnóstico na rede familiar próxima. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre sexo nem entre áreas científicas, o que sugere alguma homogeneidade transversal nestas dimensões. Contudo, os dados revelam uma influência direta nos níveis de LSM entre os indivíduos com diagnóstico pessoal e os que afirmaram ter alguém na rede familiar próxima diagnosticado.

Os resultados apresentados permitem sustentar a hipótese, amplamente discutida na literatura, de que “as atitudes e comportamentos do público têm, de facto, uma associação clara com as perceções das pessoas com doença mental” (Evans-Lacko et al, 2011, p.1748), onde o contacto direto tende a favorecer o desenvolvimento da literacia. A experiência pessoal ou familiar parece atuar, neste sentido, como um fator potenciador de conhecimento, promovendo uma relação mais aberta e informada com a saúde mental. Do ponto de vista sociológico, esta constatação é particularmente

¹¹ Quando a média e a mediana se encontram com valores aproximados, isso sugere que não há assimetrias significativas na distribuição dos dados, ou seja, podemos afirmar que, neste estudo, estão distribuídos de forma simétrica, sem grandes distorções (valores muito baixos ou muito altos que influenciem a média).

relevante. A LSM não é apenas um produto de instrução formal, mas uma construção biográfica e relacional, moldada por trajetórias de vida e por experiências que interpelam diretamente os esquemas de compreensão do mundo de cada um.

Apesar do impacto positivo que uma condição mental possa ter no nível de LSM, Evan-Lacko et al (2012) realçam o facto de que indivíduos diagnosticados são, normalmente, alvo de forte estigmatização, o que pode remeter para a inibição social da patologia. A vergonha associada a ter um diagnóstico de saúde mental pode levar o doente a não procurar conhecer e compreender a sua doença, as estratégias de prevenção e a dificuldade em detetar situações semelhantes, podendo inclusive prejudicar os seus níveis de LSM.

Tabela 5 – Distribuição dos níveis de LSM pelas características sociodemográficas

NÍVEL DE LITERACIA	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Teste	p
Homens	25	17.5	18	2.69	11	22	1.69	0.097
Mulheres	34	18.7	19.5	2.76	12	23		
C.S.C.	4	17.3	16	3.2	15	22	0.464	0.712
C.E.T	14	18	18.5	2.25	14	21		
C.N.S.	14	17.8	18	2.97	13	22		
Humanidades	27	18.7	19	2.92	11	23		
Com diagnóstico	22	20	20	2.13	16	23	- 4.20	< .001
Sem diagnóstico	37	17.2	18	2.61	11	21		
Com diagnóstico na rede familiar	39	19.1	20	2.45	12	23	-3.78	< .001
Sem diagnóstico na rede familiar	20	16.5	17	2.61	11	20		
Legendas:								
C.S.C. – Ciências Sociais e do Comportamento								
C.E.T. – Ciências Exatas e Tecnologias								
C.N.S. – Ciências Naturais e da Saúde								

As evidências mencionadas reforçam a importância de considerar a saúde mental não apenas como um conteúdo a ser ensinado, mas como uma dimensão transversal à formação de professores. A aquisição de literacia exige mais do que conteúdos teóricos - requer contacto com realidades concretas, espaço para reflexão e desenvolvimento de competências críticas. Esta visão é profundamente discutida na literatura, observando-se que uma “menor experiência vicária com doenças mentais

tem sido associada a níveis mais baixos de literacia em saúde mental” (Furnham & Swami, 2018, p.248), reconhecendo o seu impacto neste estudo.

Em linha com o modelo proposto por Nutbeam (2000), que distingue entre literacia funcional, interativa e crítica, a formação docente para o desenvolvimento da LSM deve integrar estratégias que articulem o saber técnico com a experiência, o discurso com a prática, e a empatia com a capacitação para a ação. Se são esperados profissionais com competências para reconhecer sinais, agir com competência e contribuir para ambientes educativos mais inclusivos e preocupados com as questões da saúde mental, é essencial “disponibilizar oportunidades adequadas de formação profissional para os professores e reforçar as capacidades das escolas” (Askill-Williams & Cefai, 2014, p.70), permitindo o desenvolvimento, fulcral, das suas capacidades de deteção e prevenção.

Através dos dados interpretados, é possível refletir sobre a LSM entre professores em formação e a sua influência por fatores individuais e sociais. A presença de diagnóstico na rede familiar e a experiência pessoal com um diagnóstico de saúde mental atuam como fatores relevantes na diferenciação dos níveis de LSM. Como indicado, esta análise reforça a necessidade de programas de formação que considerem tanto o papel social como a importância da experiência individual na construção do conhecimento sobre saúde mental. Estudos futuros poderão aprofundar a análise destes fatores, considerando a influência de variáveis como a formação prévia, o contacto com alunos com necessidades emocionais, o impacto de programas específicos de capacitação em LSM e as atitudes (auto)estigmatizantes associadas a tais diagnósticos.

3.1.1. Competências cognitivas, relacionais e sociais da LSM

A operacionalização do principal conceito desta pesquisa ocorreu em três dimensões, que procuram captar, de forma complementar, os contributos propostos por Jorm et al (1997), que propôs um modelo multifatorial de LSM, assente na

articulação entre saberes técnicos, capacidades de reconhecimento, atitudes não estigmatizantes e comportamentos de ajuda: (1) conhecimentos e capacidade de identificar situações de saúde mental; (2) reação a essas situações; e (3) juízos de valor e estigmatização perante saúde mental. Neste quadro conceptual, a LSM ultrapassa a mera posse de informação, sendo analisada como uma competência que integra conhecimento, reflexão crítica e predisposição para agir.

À primeira vista, encorajador, o nível de LSM geral aponta para uma amostra que, no contexto da formação docente, manifesta alguma sensibilidade e conhecimento sobre as questões da saúde mental. Contudo, como sublinha Kutcher et al (2016), a literacia não deve ser avaliada apenas com base na média geral, mas na articulação entre as suas dimensões, uma vez que o modo como os sujeitos conhecem, reagem e julgam situações de saúde mental pode revelar tensões internas entre saber técnico e atitude social. A análise por dimensão (TABELA 6) permite aprofundar essa compreensão.

Tabela 6 – LSM dividida pelas três dimensões avaliadas

	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mín.	Máx.
DIMENSÃO 1	4.56	5	1.58	1	7
DIMENSÃO 2	7.51	8	1.36	4	9
DIMENSÃO 3	6.15	7	1.54	1	7

A primeira dimensão da escala avalia o conhecimento e a capacidade de reconhecimento de situações de perturbação mental. Os seus itens propõem, por um lado, descrições de sintomas associados a quadros clínicos como a depressão ou a ansiedade generalizada, e, por outro, apresentam nomes de categorias diagnósticas como “distímia”, “agorafobia” ou “perturbações da personalidade”. Esta dimensão corresponde diretamente à “capacidade de reconhecer perturbações específicas” (Jorm et al, 1997, p.182), ou seja, a componente central do modelo proposto inicialmente. Os participantes foram desafiados a identificar, com base em indícios sintomatológicos ou designações clínicas, se os casos apresentados podiam ou não ser considerados doença mental. A dimensão registou a média mais baixa (4.56 em 7), revelando uma fragilidade nos conhecimentos mais técnicos. Esta tarefa exigiu familiaridade com vocabulário

técnico e critérios de diagnóstico, convocando assim a literacia funcional, na aceção de Nutbeam, mas também um tipo de saber que, segundo Anthony Jorm, é fundamental para a deteção precoce e adequada intervenção em casos de sofrimento psíquico.

A segunda dimensão centra nas crenças e atitudes face às causas, legitimidade e tratamento da doença mental. Os seus itens abordam ideias como responsabilidade pessoal (“dar a volta por cima”), a visão da doença mental como sinal de fraqueza ou não pertencente ao campo médico e a descrença na eficácia dos profissionais. Esta dimensão articula-se com várias componentes do modelo de Jorm, nomeadamente o conhecimento sobre causas e fatores de risco, o conhecimento sobre opções de autoajuda e ajuda profissional, e as atitudes que promovem o reconhecimento e a procura de ajuda adequada. Ao apresentar a média mais elevada (7.51 em 9), sugere uma atitude relativamente positiva e proativa por parte dos futuros professores. Aqui, a literacia é menos um saber técnico e mais um conjunto de disposições culturais, muitas vezes inconscientes, que informam a forma como o indivíduo se posiciona face ao sofrimento psíquico, à sua legitimidade e ao seu tratamento.

A terceira dimensão avalia a predisposição dos inquiridos para conviver, incluir e aceitar pessoas com perturbações mentais em diferentes esferas da vida social - vizinhança, amizade, trabalho, família e política. Trata-se de uma dimensão claramente ligada às atitudes e comportamentos inclusivos, tal como definidos por Jorm, e que reflete o grau de distância social percebida em relação à doença mental. Esta dimensão, que avalia o grau de estigmatização (ex: perceções de perigo ou inferioridade associadas à doença mental), obteve uma média de 6.15 em 7, indicando baixos níveis de estigmatização. Responder a questões como se aceitariam votar num político com historial de perturbação mental ou empregar alguém com esse passado clínico, coloca o foco desta dimensão não tanto no conhecimento, mas na prática social, assumindo a forma crítica e emancipadora da LSM. Trata-se de saber agir, rejeitar o estigma e integrar a diferença no quotidiano.

Este padrão confirma aquilo que Moscovici (2007) já apontava no âmbito das representações sociais. A adesão a valores simbólicos como a empatia ou a aceitação

pode ser mais facilmente incorporada nos discursos sociais do que o domínio técnico-científico dos conteúdos. Em termos sociológicos, este dado levanta uma questão relevante: estará a formação docente a privilegiar posturas relacionais em detrimento da capacitação cognitiva no domínio da saúde mental?

A análise da consistência interna das três dimensões (TABELA 7) revela resultados díspares, com implicações relevantes do ponto de vista sociológico. A terceira dimensão — que avalia os juízos de valor e a estigmatização associados à doença mental — apresenta um valor elevado. Em contraste, as primeiras duas dimensões, relativas ao conhecimento técnico e à reação a situações de saúde mental, registam coeficientes bastante inferiores.

Tabela 7 – Coeficiente de fiabilidade das dimensões da escala de LSM

1 (item 1 – 8)	Conhecimentos e capacidade de identificar situações de saúde mental	0.445
2 (item 9 – 17)	Reações a situações de saúde mental	0.486
3 (item 18 – 24)	Juízos de valor e estigmatização em relação a situações de saúde mental	0.806

Os baixos níveis de consistência interna na primeira dimensão ($\alpha = 0.445$) podem indicar que o conhecimento não está igualmente distribuído entre os inquiridos. A assimetria nos resultados sugere uma familiaridade seletiva com certos termos clínicos — alguns mais conhecidos por efeito da mediatização (como “bipolaridade”), outros praticamente ausentes do discurso público (como “distímia”). Esta dispersão não revela apenas um défice, mas também uma fragmentação no modo como a saúde mental é aprendida fora dos circuitos formais, levantando questões sobre o acesso desigual à informação e sobre a ausência de conteúdos específicos na formação de professores.

O valor de α de Cronbach registado na segunda dimensão (0.486) sugere que há variações internas significativas nas respostas dos sujeitos. Essa variação pode refletir a coexistência de crenças contraditórias — por exemplo, aceitar a procura de ajuda, mas simultaneamente duvidar da eficácia do tratamento — revelando uma ambivalência social face à saúde mental, característica de contextos em transição cultural. Do ponto

de vista sociológico, esta oscilação exprime a tensão entre discursos tradicionais, que tendem a moralizar a doença mental, e discursos emergentes, que a enquadram num modelo biomédico ou biopsicossocial. Os futuros docentes, como sujeitos inseridos nestes discursos concorrentes, internalizam e reproduzem estas contradições, o que evidencia a necessidade de trabalhar criticamente as dimensões simbólicas da LSM.

O valor elevado de fiabilidade interna na terceira dimensão ($\alpha = 0.806$) indica uma consistência forte das atitudes dos inquiridos, o que pode ser interpretado como reflexo de mudanças culturais em curso. A crescente visibilidade pública da saúde mental, aliada a campanhas de sensibilização e à normalização do sofrimento psíquico no discurso mediático, contribui para uma maior aceitação da diferença. No entanto, esta aceitação pode ainda coexistir com lacunas ao nível do conhecimento técnico, como revelam as outras dimensões. Sociologicamente, isto significa que a saúde mental está a tornar-se menos *tabu*, mas ainda é pouco compreendida na sua complexidade clínica e social. O desafio, portanto, está em fazer convergir atitudes inclusivas com competências técnicas e críticas, transformando a aceitação simbólica em capacidade efetiva de reconhecimento, apoio e intervenção.

A caracterização das dimensões e dos valores de fiabilidade permitem discutir uma discrepância que pode ser interpretada à luz do conteúdo específico de cada conjunto de itens. A terceira dimensão capta, de forma mais direta, a representação social do que é ser uma pessoa com doença mental, isto é, como os sujeitos julgam, interpretam e simbolizam outro que sofre psicologicamente. Trata-se de uma dimensão que não exige, necessariamente, conhecimentos técnicos, mas que convoca a bagagem normativa e cultural com que os indivíduos são socializados ao longo da sua trajetória. Deste modo, a consistência elevada entre os itens desta dimensão pode ser explicada pela forte ancoragem social das crenças, estereótipos e atitudes face à doença mental — crenças essas que circulam na sociedade de forma mais estável e partilhada, independentemente da formação profissional específica dos inquiridos. Por outro lado, as dimensões com menor consistência remetem para conteúdos mais técnicos e cognitivos, exigindo não apenas predisposição ou posicionamento simbólico, mas

efetivo acesso a informação e familiaridade com conceitos específicos da saúde mental. Alguns itens incluem termos clínicos pouco comuns no discurso cotidiano, como por exemplo “distímia”, o que pode gerar disparidades nas respostas. A baixa fiabilidade pode, assim, refletir não apenas um déficit de literacia, mas uma distribuição errática do conhecimento entre os participantes. Ou seja, em vez de se verificar um padrão claro de desconhecimento, o que emerge é uma dispersão nas respostas: alguns indivíduos dominam certos conteúdos, enquanto outros não, mas não há consistência sobre quais conteúdos são mais ou menos conhecidos.

Este dado é particularmente relevante, pois aponta para um problema mais profundo do que a simples ausência de conhecimento. Ele sugere a existência de uma confusão conceptual, ou seja, uma assimetria nas bases cognitivas da amostra que dificulta a identificação precisa das suas necessidades formativas. Nestas circunstâncias, torna-se difícil desenhar programas de formação eficazes, já que não é claro onde se localizam exatamente as lacunas. Tal constatação reforça a importância de desenvolver estratégias pedagógicas que promovam não apenas a aquisição de informação, mas também a organização e clarificação do conhecimento, permitindo aos futuros docentes construir uma compreensão mais estruturada, coerente e funcional da saúde mental.

A articulação entre estas três dimensões e o modelo proposto por Jorm permite, assim, concluir que a LSM entre os futuros professores não é unidimensional. Ela exprime-se em saberes desiguais, atitudes em mutação e predisposições sociais múltiplas, que refletem tanto o contexto formativo como os processos mais amplos de socialização cultural. Este mapeamento é essencial para compreender onde se localizam as fragilidades e onde podem ser investidos os esforços de formação, de modo a construir comunidades escolares mais capacitadas, críticas e socialmente sensíveis face à complexidade da saúde mental.

3.2. Preparação dos professores em formação para lidar com a saúde mental em contexto escolar

Adotar práticas de gestão e prevenção de condições de saúde mental implica que os indivíduos tenham presente um conjunto complexo de abordagens que permita, efetivamente, lidar com comportamentos e situações que podem ocorrer regularmente. No caso dos professores em formação, as práticas incluem a capacidade de reconhecer sinais precoces de dificuldades emocionais ou comportamentais, promover um ambiente de sala de aula inclusivo e acolhedor e implementar estratégias de intervenção que favoreçam o bem-estar psicológico. No entanto, a sua eficácia está frequentemente condicionada pelo nível de preparação percebido pelos próprios profissionais.

Muitos docentes relatam sentir-se despreparados ou insuficientemente formados para identificar e lidar com certos aspetos associados à saúde mental (TABELA 8), o que, possivelmente, limita a sua capacidade para agir de maneira adequada em situações que envolvem alunos com dificuldades emocionais ou comportamentais. Além disso, os professores desempenham um papel fundamental na mediação entre os alunos e os recursos de apoio, como psicólogos ou serviços escolares de orientação (GRÁFICO 4). A formação contínua e o suporte institucional são cruciais para fortalecer as habilidades dos docentes para lidar com essas questões. A eficácia dessas práticas depende não apenas do conhecimento e da formação em saúde mental, mas também da construção de uma cultura escolar que valorize a saúde emocional e a prevenção do estigma associado a este tipo de problemas.

Os dados relativos à preparação dos professores em formação para lidar com diferentes situações de saúde mental em contexto escolar revelam níveis de preparação moderados, com médias variantes entre 2.02 e 2.75 numa escala de 1 a 4 (1 - 'Não me sinto nada preparado/a'; 2 - 'Estou pouco preparado/a'; 3 - 'Tenho alguma preparação'; 4 - 'Estou totalmente preparado/a'), somando uma pontuação que poderia variar entre 8 e 32.

A situação em que os participantes referem sentir-se mais preparados é identificar alunos que evitam interagir com outros e se isolam, mesmo em atividades de grupo – variável 31 (média = 2.75), seguida por identificar alunos com sintomas de ansiedade severa (ex.: tremores, dificuldade de concentração) e que demonstram inquietação e dificuldades em manter o foco – variáveis 25 e 29 (média = 2.64). Por outro lado, os níveis mais baixos são observados nas situações em que um aluno mostra sinais de autoagressão ou que comente sobre pensamentos suicidas – variável 28 (média = 2.02) e que responda de maneira agressiva ou violenta quando recebe críticas ou correções – variável 30 (média = 2.05). Os resultados apresentados sugerem que a amostra está mais preparada para abordar manifestações comportamentais ou emocionais, demonstrando alguma insegurança perante situações de maior gravidade ou risco, que envolvam comportamentos agressivos ou auto-prejudiciais.

Tabela 8 – Preparação para identificar e intervir em situações de saúde mental

Variável	Média	Desvio-padrão
SINTOMAS_ANSIEDADE	2.64	0.760
CRISES_PÂNICO	2.44	0.896
PAPEL_ESCOLAR_ATIVO	2.53	0.704
AUTOAGRESSÃO_PENS_SUICÍDAS	2.02	0.841
INQUIETAÇÃO_DIFICUL_FOCO	2.64	0.866
AGRESSIVIDADE	2.05	0.797
ISOLAMENTO_SOCIAL	2.75	0.756
MUDANÇAS_SÚBITAS	2.42	0.747
PREPARAÇÃO TOTAL	19.5	4.62
α de Cronbach da escala total = 0.870		
Média = 0.870 Desvio-padrão = 0.578		

Para além da variação nos níveis de preparação consoante o tipo de situação, observa-se também uma diferença sistemática entre os itens que envolvem deteção de comportamentos ou sinais e os que implicam lidar ou intervir diretamente. De forma consistente, as situações descritas com o verbo “identificar” apresentam níveis mais elevados de preparação, refletindo, possivelmente, uma maior confiança dos participantes em observar e reconhecer sintomas. Em contraste, as variáveis que envolvem ação direta – como lidar com comportamentos (auto)agressivos – apresentam pouca ou nenhuma preparação. Este padrão pode indicar que a formação atual dos

professores enfatiza mais a compreensão teórica e o reconhecimento de sinais do que o desenvolvimento de competências práticas de intervenção, sendo este um aspecto crítico a considerar na melhoria de programas de formação inicial de professores.

Para aprofundar esta análise, correlacionaram-se os diferentes itens de preparação (TABELA 9), com o objetivo de identificar padrões de associação entre os tipos de situações referidas. A análise entre os diferentes itens de preparação revelou padrões consistentes e estatisticamente significativos.

Tabela 9 – Correlações entre percepções de preparação para lidar com diferentes manifestações de saúde mental

Variáveis	Pearson's r
SINTOMAS_ANSIEDADE – CRISES_PÂNICO	0.614
SINTOMAS_ANSIEDADE – PAPEL_ESCOLAR_ATIVO	0.549
SINTOMAS_ANSIEDADE – INQUIETAÇÃO_DIFICUL_FOCO	0.642
SINTOMAS_ANSIEDADE – AUTOAGRESSÃO_PENS_SUICÍDAS	0.441
SINTOMAS_ANSIEDADE – AGRESSIVIDADE	0.372*
SINTOMAS_ANSIEDADE – ISOLAMENTO_SOCIAL	0.410
SINTOMAS_ANSIEDADE – MUDANÇAS_SÚBITAS	0.573
CRISES_PÂNICO – PAPEL_ESCOLAR_ATIVO	0.474
CRISES_PÂNICO – INQUIETAÇÃO_DIFICUL_FOCO	0.606
CRISES_PÂNICO – AUTOAGRESSÃO_PENS_SUICÍDAS	0.402
CRISES_PÂNICO – AGRESSIVIDADE	0.451
CRISES_PÂNICO – ISOLAMENTO_SOCIAL	0.448
CRISES_PÂNICO – MUDANÇAS_SÚBITAS	0.540
PAPEL_ESCOLAR_ATIVO – INQUIETAÇÃO_DIFICUL_FOCO	0.397
PAPEL_ESCOLAR_ATIVO – AUTOAGRESSÃO_PENS_SUICÍDAS	0.451
PAPEL_ESCOLAR_ATIVO – AGRESSIVIDADE	0.290**
PAPEL_ESCOLAR_ATIVO – ISOLAMENTO_SOCIAL	0.320**
PAPEL_ESCOLAR_ATIVO – MUDANÇAS_SÚBITAS	0.389*
INQUIETAÇÃO_DIFICUL_FOCO – AUTOAGRESSÃO_PENS_SUICÍDAS	0.454*
INQUIETAÇÃO_DIFICUL_FOCO – AGRESSIVIDADE	0.301**
INQUIETAÇÃO_DIFICUL_FOCO – ISOLAMENTO_SOCIAL	0.517
INQUIETAÇÃO_DIFICUL_FOCO – MUDANÇAS_SÚBITAS	0.583
AUTOAGRESSÃO_PENS_SUICÍDAS – AGRESSIVIDADE	0.333**
AUTOAGRESSÃO_PENS_SUICÍDAS – ISOLAMENTO_SOCIAL	0.441
AUTOAGRESSÃO_PENS_SUICÍDAS – MUDANÇAS_SÚBITAS	0.427
AGRESSIVIDADE – ISOLAMENTO_SOCIAL	0.594
AGRESSIVIDADE – MUDANÇAS_SÚBITAS	0.339**
ISOLAMENTO_SOCIAL – MUDANÇAS_SÚBITAS	0.407
Legenda: * p > .001 ** p < .005	

As correlações mais fortes ocorrem entre a preparação para lidar com sintomas de ansiedade, inquietação e crises de pânico ($r = 0.642$; $r = 0.606$; $r = 0.614$), indicando que os professores em formação que se sentem preparados para lidar com uma destas situações tendem a sentir-se igualmente preparados para as restantes. Esta convergência pode ser interpretada como evidência de um núcleo de preparação centrado nas manifestações emocionais internalizadas, que parecem ser mais facilmente reconhecidas e abordadas pelos participantes. Por outro lado, a preparação para situações de maior gravidade, como comportamentos agressivos ou autoagressivos, ainda que correlacionada com outras variáveis, apresentou associações mais baixas. Este padrão reforça a ideia de que a formação atual tende a privilegiar a sensibilização para sinais emocionais de baixo risco, enquanto deixa lacunas importantes nas competências para a intervenção direta em contextos de crise.

Sociologicamente, os resultados obtidos permitem inferir que o *habitus* profissional, entre os professores em formação, tende a privilegiar disposições orientadas para a observação, identificação e mediação emocional, em detrimento de competências interventivas em situações limite. Esta tendência não deve ser lida apenas como uma lacuna individual, mas como expressão de uma socialização profissional que, desde cedo, delimita o que é ensinar e o que é intervir. Como argumenta Bourdieu (1990), o *habitus* é um sistema de disposições duráveis e transponíveis que se forma num campo estruturado — neste caso, o campo escolar — e “que se constitui na prática e está sempre orientado para funções práticas” (Bourdieu, 1990, p.52), definindo os limites do que é considerado legítimo. Se os currículos de formação docente não incluem sistematicamente ferramentas práticas para lidar com comportamentos agressivos ou auto-prejudiciais, então é expectável que os futuros docentes interiorizem que esse tipo de ação não lhes compete. Assim, mesmo quando reconhecem o problema, hesitam ou recuam perante a sua resolução, delegando-a a outros profissionais, como psicólogos ou técnicos especializados. Reverter esta tendência exige, portanto, mais do que sensibilizar — requer reconfigurar a própria conceção de profissionalismo docente, integrando a saúde mental como uma dimensão legítima e estruturante da prática educativa.

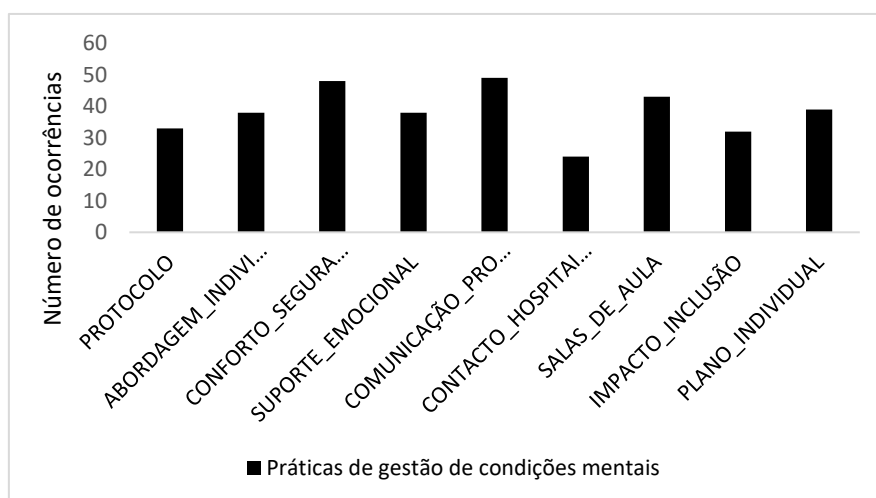
Refletindo de forma geral sobre a preparação dos professores em formação para lidar com situações de saúde mental em contexto escolar compreendemos que, em grande parte, é fragmentada, incerta e marcada por inseguranças face à intervenção direta. Embora haja sinais de sensibilidade e consciência do papel que podem desempenhar no reconhecimento de dificuldades mentais e comportamentais, muitos dos participantes não se sentem preparados para agir em situações de maior complexidade ou risco. Esta realidade não resulta apenas da ausência de conhecimento técnico, mas reflete uma estrutura de formação que continua a dissociar o trabalho pedagógico da dimensão do cuidado. A LSM, neste sentido, não pode ser compreendida como uma mera competência funcional. É também uma disposição ética, relacional e institucional, que “provoca alterações no delicado equilíbrio das relações e dos recursos, da especialização e da necessidade de apoio” (Barton & Hamilton, 201, p), que se legitima (ou não) nos percursos formativos, estando incluída nos pressupostos estabelecidos pela literacia enquanto prática social.

A escola continua, em muitos contextos, a operar segundo uma lógica de compartimentar funções, onde o sofrimento psíquico tende a ser remetido para os bastidores da ação pedagógica, ou relegado ao trabalho de profissionais especializados. Tal configuração reforça “uma verdadeira revalorização do ensino técnico e profissional” (Dubet, 2004, p.552), onde os professores devem ter em consideração as limitações dos jovens. A preparação para lidar com saúde mental não deve, portanto, ser vista como um acréscimo pontual à formação, mas como uma componente transversal e estruturante, que reconheça o papel da escola na promoção do bem-estar e da justiça. É neste cruzamento entre saber, compreender e intervir que se constrói uma escola verdadeiramente inclusiva — e um docente verdadeiramente preparado.

3.2.1. Práticas pedagógicas de gestão de situações do foro mental

Para compreender melhor as práticas adotadas pelos professores em formação¹² para lidar com situações de saúde mental, foi construído o gráfico 4, que procura fornecer uma visão geral e clara das práticas mais e menos frequentes entre os participantes.

Gráfico 4 – Número de participantes que adotaria determinadas práticas em caso de situação de saúde mental em sala de aula.



É possível observar, através do gráfico, que as práticas mais adotadas pelos professores incluem comunicar a situação a outros elementos escolares, como psicólogos ou conselheiros (83%), garantir que o aluno se sinta confortável e seguro ao falar sobre a sua condição mental (81%) e realizar modificações na sala de aula ou no estilo de ensino para acomodar as necessidades do aluno com problemas de saúde mental (73%). Estas práticas refletem uma postura proativa em relação à gestão de questões de saúde mental. A alta adesão à criação de um ambiente seguro para os alunos e à comunicação com outros profissionais do meio escolar sugere que os professores compreendem a importância de um trabalho coletivo e de uma abordagem que respeita o espaço dos alunos. Tais práticas indicam que a amostra está ciente da

¹² É possível consultar a frequência de participantes que utilizariam, ou não, determinadas práticas e as respetivas percentagens nos ANEXOS (Anexo 4) do presente documento.

necessidade de garantir que os alunos se sintam ouvidos e apoiados, além de procurar a integração entre todos os envolvidos no processo educacional. Modificar a sala de aula para acomodar as necessidades dos alunos demonstra que, apesar das dificuldades que podem emergir ao tentar adaptar métodos de ensino, há uma disposição em alterar a dinâmica da aula para garantir a participação plena de alunos com perturbações mentais. Esta flexibilidade no ensino é crucial para promover a inclusão e a acessibilidade de todos os alunos.

Além das mais assinaladas, o gráfico também revela que algumas práticas são menos adotadas, como contactar os serviços hospitalares e o encarregado de educação do aluno (41%) ou procurar lidar com o impacto da sua condição junto à turma, de modo a incluí-lo (54%). Os dados sugerem que essas áreas necessitam de mais atenção e desenvolvimento para garantir que os alunos recebam o suporte adequado, especialmente em momentos de risco.

De modo geral, os valores atingem todos uma percentagem acima dos 50%, à exceção da variável “CONTACTO_HOSPITAIS_E.E”, revelando que, apesar de um nível de preparação médio-baixo, a amostra em análise tem uma abordagem positiva e colaborativa em relação à gestão de dificuldades de saúde mental. Como já foi possível verificar pela literatura, é essencial que as escolas invistam na formação contínua dos docentes, de modo a melhorar a sua preparação para lidar com tais questões. A promoção de práticas mais inclusivas, como planos individuais de acompanhamento, é crucial para garantir que todos os alunos recebam o suporte necessário ao seu desenvolvimento académico e pessoal.

Com o objetivo de aprofundar a compreensão das práticas adotadas pelos professores em formação face à saúde mental dos alunos, foi realizada uma análise de associação entre as diversas estratégias. Esta análise procurou averiguar se determinadas práticas tendem a ocorrer conjuntamente, o que permite identificar padrões de ação mais coerentes ou articulados entre si. Para tal, foram construídas tabelas de contingência entre todas as combinações de práticas possíveis, recorrendo ao teste do qui-quadrado para avaliar a significância estatística das associações,

articulado pelo coeficiente *V Cramer*, permitindo, neste sentido, medir a força das relações entre as variáveis.

De todas as combinações analisadas, apenas três associações revelaram significância estatística ($p < 0.05$), sublinhando o seu interesse na análise sociológica do fenómeno. Estas associações oferecem pistas relevantes sobre lógicas docentes interventivas e o modo como “as escolas reforçam as variações nos valores culturais e nas perspectivas adquiridas” (Giddens, 2001, p.517), no que respeita à forma como se posicionam diante situações complexas como as relacionadas com a saúde mental em contexto escolar.

A primeira associação (TABELA 10) ocorreu entre as práticas ‘abordar o aluno para discutir os problemas identificados’ e ‘contactar os serviços hospitalares e o encarregado de educação do aluno’.

Tabela 10 – Associação entre “abordar o aluno para discutir os problemas identificados” e “contactar os serviços hospitalares e o encarregado de educação do aluno”

Tabela de Contingência	CONTACTO_HOSPITAIS_E.E		
ABORDAGEM_INDIVIDUAL	Não	Sim	Total
Não	16 (76.2%)	5 (23.8%)	21 (100%)
Sim	19 (50%)	19 (50%)	38 (100%)
Total	35 (59.3%)	24 (40.7%)	59 (100%)
Qui-Quadrado = 3.84 p = 0.05 Cramer V = 0.255			

Os dados observados revelam uma disposição para conjugar a escuta ativa e o acolhimento individual com uma atuação que ultrapassa os limites de sala de aula, mobilizando redes externas de apoio. Sociologicamente, esta combinação pode ser interpretada como expressão de um perfil profissional em formação que pressupõe “contextos diferentes de racionalidade das escolhas” (Dubet, 2004, p.542) e que integra a dimensão relacional com responsabilidade institucional. Os futuros professores demonstram, neste estudo, uma certa sensibilidade para a articulação entre “o sistema geral e o contexto cultural” (Forlin et al, 2014, p.251) na qual trabalham – um reflexo de

práticas orientadas por uma lógica de responsabilidade interinstitucional, típica de uma abordagem sistêmica como foi possível verificar no capítulo teórico.

A segunda associação significativa (TABELA 11), foi encontrada entre “garantir que o aluno se sentisse confortável e seguro ao falar sobre a sua condição mental” e “procurar lidar com o impacto da condição do aluno junto à turma, de modo a incluí-lo”.

Tabela 11 – Associação entre “garantir que o aluno se sentisse confortável e seguro ao falar sobre a sua condição mental” e “procurar lidar com o impacto da condição do aluno junto à turma, de modo a incluí-lo”

Tabela de Contingência	IMPACTO_INCLUSÃO		
	Não	Sim	Total
CONFORTO_SEGURANCA			
Não	8 (72.7%)	3 (27.3%)	11 (100%)
Sim	19 (39.6%)	29 (60.4%)	48 (100%)
Total	27 (45.8%)	32 (54.2%)	59 (100%)
Qui-Quadrado = 3.96 p = 0.047 Cramer V = 0.259			

Esta correlação, embora moderada (*Cramer V* = 0.259), evidencia uma abordagem simultaneamente individual e coletiva, sinalizando que os docentes que valorizam o bem-estar emocional dos alunos, garantindo que se sintam confortáveis e seguros, também se preocupam com os efeitos e a integração da situação de condição mental na dinâmica de grupo. Tal postura remete para a ideia de uma ecologia social, adaptada ao ambiente de sala de aula, na qual as necessidades do aluno não devem ser pensadas de forma isolada, mas integradas numa lógica de gestão da diversidade e promoção do bem-estar coletivo. A adoção destas duas práticas pode estar associada à anterior, compreendendo a inclusão dos jovens “numa perspectiva de desenvolvimento, mudança e transformação progressiva” (Santos, 2020, p.6) do espaço social e relacional da escola, mais do que apenas a sua adaptação individual.

A terceira associação verificou-se entre “oferecer algum tipo de suporte emocional imediato” e “realizar modificações na sala de aula ou no estilo de ensino para acomodar as necessidades do aluno”.

Tabela 12 – Associação entre “oferecer algum tipo de suporte emocional imediato ao aluno” e “realizar modificações na sala de aula ou no estilo de ensino para acomodar as necessidades do aluno com problemas de saúde mental”

Tabela de Contingência	SALAS_DE_AULA		
SUORTE_EMOCIONAL	Não	Sim	Total
Não	9 (42.9%)	12 (57.1%)	21 (100%)
Sim	7 (18.4%)	31 (81.6%)	38 (100%)
Total	16 (27.1%)	43 (72.9%)	59 (100%)
Qui-Quadrado = 4.09 p = 0.043 Cramer V = 0.263			

A última adoção conjunta, estatisticamente significativa, sugere que a sensibilidade emocional dos futuros docentes se traduz também numa predisposição para alterações ao nível pedagógico. Trata-se de um dado relevante visto que, embora o “hábito e a institucionalização limitam por si mesmos a flexibilidade das ações humanas” (Berger & Luckmann, 2004, p.159), os professores reconhecem a vulnerabilidade do aluno, levando à adaptação de metodologias e estratégias e a questionar o peso da pedagogia tradicional, normalmente limitada à partilha de conhecimento. A disposição para alterar o estilo de ensino em função das necessidades do aluno está alinhada com a atribuição de um suporte emocional imediato no sentido em que ambas as práticas refletem uma abordagem pedagógica centrada no aluno, que reconhece a importância de atender às suas necessidades individuais, tanto cognitivas quanto emocionais.

Em conjunto, estas três associações ilustram a emergência de um padrão de práticas interligadas que transcendem ações isoladas. São indicadores de uma racionalidade profissional que começa a ser construída ainda durante a formação inicial e que articula diferentes dimensões do trabalho docente: emocional, institucional, pedagógica e social. Ao contrário de uma abordagem fragmentada ou meramente normativa da saúde mental, os dados sugerem uma conceção mais integrada da resposta educativa, na qual o bem-estar dos alunos é compreendido como uma responsabilidade partilhada, exigindo, simultaneamente, capacidades de escuta ativa, uma rede de apoio eficaz e adaptação curricular e escolar. Estes resultados são

coerentes com o objetivo em análise, ao evidenciar que a adoção de práticas pelos professores em formação revela preocupações estruturais com a inclusão e o cuidado, antecipando, potencialmente, práticas pedagógicas mais equitativas e transformadoras.

Com o intuito de aprofundar a compreensão dos fatores que influenciam a adoção de determinadas práticas no contexto da gestão de situações de saúde mental em sala de aula, modelos de regressão logística binária foram conduzidos. Concretamente, a análise procurou verificar se certas características sociodemográficas, como sexo, idade ou histórico – pessoal ou na rede familiar – de doença mental, influenciam significativamente a probabilidade de os participantes adotarem práticas específicas. Das múltiplas combinações testadas, seis modelos apresentaram valores estatisticamente significativos ($p < 0.05$), indicando que existem associações relevantes entre as variáveis sociodemográficas e algumas práticas reportadas pela amostra (TABELAS 13 a 18). Empiricamente, isto permite refletir sobre o modo como experiências pessoais e identidades diferentes influenciam disposições para lidar com questões de saúde mental em contexto escolar.

Tabela 13 – Impacto da determinante socioeconómica - SEXO - na probabilidade de um inquirido contactar os serviços hospitalares e o E.E. do aluno

VARIÁVEL DEPENDENTE: “Contactar os serviços hospitalares e o E.E. do aluno.”					
Preditor	b	s	e ^b	IC 95%	
				Mín.	Máx.
SEXO					
Masculino – Feminino	1.4201	0.6554	4.137	1.14519	14.95
p < 0.05	Especificidade = 85.7%		Sensibilidade = 50%		Precisão = 71.2%

Tabela 14 – Impacto da determinante socioeconómica - SEXO - na probabilidade de um inquirido abordar o aluno para discutir os problemas identificados

VARIÁVEL DEPENDENTE: “Abordar o aluno para discutir os problemas identificados.”					
Preditor	b	s	e ^b	IC 95%	
				Mín.	Máx.
SEXO					
Masculino – Feminino	1.6821	0.7844	5.377	1.1557	25.02
p < 0.05	Especificidade = 47.6%		Sensibilidade = 84.2%		Precisão = 71.2%

A análise dos dados revelou que o sexo dos participantes está associado a duas práticas específicas: contactar os serviços hospitalares ou o E.E. do aluno (*odds ratio* = 4.137) e abordar o aluno para discutir os problemas identificados (*odds ratio* = 5.377). Em ambos os casos, ser homem parece aumentar a probabilidade de adotarem tais práticas, sugerindo uma possível tendência para ações mais diretas ou interventivas. Assume-se, neste estudo, a importância de se explorar como é que a diferenciação por género pode estar relacionada com diferentes formas de compreensão do papel docente, da autoridade em sala de aula ou de estratégias de resolução de situações complexas, como as que envolvem a saúde mental dos jovens.

Tabela 15 – Impacto da determinante socioeconómica - Diagnóstico Individual - na probabilidade de um inquirido oferecer algum tipo de suporte emocional imediato

VARIÁVEL DEPENDENTE: “Oferecer algum tipo de suporte emocional imediato.”					
Preditor	B	s	e ^b	IC 95%	
				Mín.	Máx.
Já fui diagnosticado(a) com alguma condição de doença mental					
Sim – Não	1.3211	0.6855	3.748	0.9772	14.37
p < 0.05 Especificidade = 33.3% Sensibilidade = 81.6% Precisão = 64.4%					

Tabela 16 – Impacto da determinante socioeconômica - Diagnóstico Individual - na probabilidade de um inquirido realizar modificações na sala de aula ou no estilo de ensinar para acomodar as necessidades do aluno

VARIÁVEL DEPENDENTE: “Realizar modificações na sala de aula ou no estilo de ensinar para acomodar as necessidades do aluno.”					
Preditor	b	s	e ^b	IC 95%	
				Mín.	Máx.
Já fui diagnosticado(a) com alguma condição de doença mental					
Sim – Não	1.7564	0.8491	5.791	1.0966	30.59
p < 0.05 Especificidade = 18.8%					
Sensibilidade = 95.3% Precisão = 74.6%					

No que diz respeito à experiência com diagnóstico de saúde mental, foram identificadas duas associações distintas. Por um lado, os participantes que já tenham sido diagnosticados com alguma condição apresentam maior probabilidade de oferecer suporte emocional imediato ao aluno (*odds ratio* = 3.748), o que poderá traduzir uma empatia acrescida, decorrente da vivência direta com a problemática, influenciando uma maior disponibilidade para intervir de forma emocional no espaço educativo. Este resultado demonstra coerência com a ideia de que a convivência próxima a situações de saúde mental, mesmo que indiretamente, contribui para o desenvolvimento de uma consciência prática sobre a importância da adaptação pedagógica e estrutural como forma de inclusão.

Tabela 17 – Impacto da determinante socioeconômica - IDADE - na probabilidade de um inquirido procurar lidar com o impacto da condição do aluno junto à turma, de modo a incluí-lo

VARIÁVEL DEPENDENTE: “Procurar lidar com o impacto da condição do aluno junto à turma, de modo a incluí-lo.”					
Preditor	b	s	e^b	IC 95%	
				Mín.	Máx.
IDADE	0.1892	0.0752	1.2083	1.0427	1.40
p < 0.05 Especificidade = 66.7% Sensibilidade = 65.6% Precisão = 66.1%					

Tabela 18 – Impacto da determinante socioeconómica - IDADE - na probabilidade de um aluno ter um plano individual de acompanhamento ou alguma forma de suporte educacional especial

VARIÁVEL DEPENDENTE: “O aluno ter um plano individual de acompanhamento ou alguma forma de suporte educacional especial.”					
Preditor	b	s	e^b	IC 95%	
				Mín.	Máx.
IDADE	0.1465	0.0747	1.1578	1.0001	1.34
p < 0.05 Especificidade = 18.8%					
Sensibilidade = 95.3% Precisão = 74.6%					

Por sua vez, à medida que a idade avança, maior é a probabilidade dos participantes na amostra procurarem não só lidar com o impacto da condição do aluno junto à turma, como também criarem planos individuais de acompanhamento ou alguma forma de suporte educacional especial. A interpretação dos dados aponta para a possibilidade de que professores mais velhos, potencialmente com maior maturidade ou maior bagagem formativa, tendem a valorizar abordagens mais estruturadas, focadas tanto no apoio individualizado ao aluno como na gestão do ambiente educativo como um todo, equitativo e inclusivo.

No seu conjunto, os resultados obtidos evidenciam que a adoção de determinadas práticas não ocorre de forma aleatória ou uniforme, estando condicionada por fatores individuais que configuram diferentes predisposições à ação. Esta constatação é particularmente relevante no âmbito do presente estudo, cujo objetivo passa por mapear práticas e comportamentos adotados por professores em formação perante situações de saúde mental, numa perspetiva que reconhece a influência de fatores sociais e individuais na construção dessas práticas. As diferenças observadas sugerem que a forma como os futuros docentes interpretam e respondem este tipo de situação pode estar enraizada em experiências pessoais, sociais e formativas distintas. Um exemplo claro é uma maior predisposição de indivíduos com vivências diretas ou indiretas para oferecer suporte emocional ou implementar adaptações pedagógicas, o que aponta para a relevância da experiência vivida como fator catalisador da proatividade e da sensibilidade educativa.

Do mesmo modo, o facto de participantes com mais idade demonstrarem uma maior tendência para planificar intervenções mais estruturadas e promover a inclusão levanta a hipótese de que a maturidade - académica e cultural – individual desempenha um papel crucial na complexificação de respostas educativas, isto é, professores mais experientes parecem reconhecer a importância da dimensão coletiva e da intervenção sistematizada, superando respostas imediatistas ou casuísticas.

Os dados fornecidos são particularmente significativos para a formação docente, uma vez que revelam potenciais assimetrias no repertório de respostas pedagógicas que os professores possuem no início da carreira, dependendo também de características sociodemográficas. Torna-se, neste sentido, evidente, a necessidade de programas de formação que não só informam sobre as dimensões da LSM, mas que também promovam a reflexão crítica sobre os fatores que moldam as atitudes e práticas da intervenção. Em termos sociológicos, os resultados aqui discutidos reforçam a ideia de que os futuros professores não constituem um grupo homogéneo, mas um conjunto diversificado de indivíduos cuja ação é moldada por trajetórias de vida, recursos simbólicos e disposições concretas. O reconhecimento desta diversidade deve ser interpretada como um ponto de partida para pensar políticas educativas e estratégias de formação inicial mais equitativas, capazes de potenciar o desenvolvimento de competências pedagógicas e sociais adaptadas às exigências de uma escola inclusiva e sensível à saúde mental.

3.3. Literacia em Saúde Mental e predisposição para a ação: entre o saber, o estigma e a prática pedagógica

O terceiro objetivo deste estudo visou averiguar se existe alguma correlação entre os níveis de LSM, medidos para cada participante, e os padrões de práticas e comportamentos que adotam na gestão de situações relacionadas com saúde mental no contexto escolar. Para tal, foram conduzidas análises entre os índices de LSM (total e por dimensão) e o número de práticas pedagógicas adotadas (TABELA 19), bem como

regressões logísticas binárias, de modo a identificar possíveis influências que a LSM possa exercer sobre a probabilidade de adoção de práticas específicas.

Os dados revelam que a correlação entre o índice de LSM e o número de práticas adotadas não atingiu significância estatística ($p = 0.072$), embora a proximidade do valor indique uma tendência que merece reflexão. À medida que os níveis de LSM aumentam, existe uma ligeira propensão a adotar um maior número de práticas ou comportamentos na gestão de situações relacionadas com saúde mental em contexto escolar¹³. Embora a relação não seja suficientemente forte para afirmar causalidade ou robustez, os dados apontam para um possível alinhamento entre o conhecimento e a ação, ou seja, professores com maiores níveis de literacia tendem a mobilizar mais recursos e estratégias preventivas na prática educativa.

Importa ainda destacar, quando se observa a segunda dimensão da LSM, um padrão referente às crenças e atitudes perante a saúde mental. Neste caso, verificamos uma correlação positiva ligeiramente superior (*Spearman* = 0.241; $p = 0.066$), sugerindo uma tendência estatística que, embora marginal, é sociologicamente relevante. Esta associação indica que os professores que demonstram atitudes menos estigmatizantes e mais abertas face à saúde mental tendem a adotar um conjunto mais alargado de práticas de gestão e intervenção em contexto educativo. A interpretação que daqui se extrai aponta para a influência determinante da dimensão simbólica da literacia — nomeadamente no que diz respeito ao modo como os docentes percecionam e se relacionam com o sofrimento psíquico — na sua disposição para agir de forma concreta e pedagógica. Tal como sustentado por Jorm et al (2007), a eficácia das práticas de apoio e a intervenção precoce dependem fortemente da superação de crenças estigmatizantes, que frequentemente inibem a ação, mesmo na presença de conhecimento técnico. Esta evidência sugere que, para ser eficaz na prática, a LSM deve

¹³ É possível consultar o gráfico de dispersão entre o nível de LSM e as práticas adotadas nos ANEXOS (Anexo 5) do presente documento.

integrar uma componente crítica e reflexiva, capaz de promover representações sociais justas e de promover disposições positivas perante o cuidado, a escuta e a inclusão.

Tabela 19 – Correlação entre o nível de LSM, as respetivas dimensões e o número total de práticas adotadas

Tabela de correlação Matrix		LSM_TOTAL	DIMENSÃO_1	DIMENSÃO_2	DIMENSÃO_3
N DE PRÁTICAS	<i>Spearman's rho</i>	0.237	0.025	0.241	0.187
	Valor p	0.072	0.853	0.066	0.156

Esta tendência foi posteriormente aprofundada por meio de regressões logísticas (TABELAS 20 e 21), nas quais se testou a influência de cada uma das três dimensões na adoção de práticas pedagógicas específicas. Duas associações revelaram significância estatística:

Em primeiro lugar, verificou-se que a dimensão 1 da LSM (conhecimentos técnicos que os indivíduos sabem sobre questões de saúde mental) é um preditor significativo da prática “comunicar a situação a outros elementos escolares, como psicólogos ou conselheiros”, sugerindo que quanto maior o conhecimento que o indivíduo detém sobre a temática, maior a probabilidade de mobilizar a rede institucional de apoio. A predisposição para reconhecer a importância de envolver outros profissionais pode ser compreendida como uma resposta multiprofissional mais empática, na qual o sofrimento mental é encarado como parte da responsabilidade educativa.

Em segundo lugar, foi identificada uma associação significativa entre a dimensão 2 da LSM (reações e atitudes) e a prática “procurar lidar com o impacto da condição do aluno junto à turma, de modo a incluí-lo. Este resultado reforça a ideia de que a adoção de uma atitude positiva e sem estigmas permite que os professores em formação reajam de maneira ativa e pedagógica na prevenção de situações de cariz mental, contrariando a tendência de isolar ou neutralizar o aluno com dificuldades.

Tabela 20 – Impacto da primeira dimensão da LSM em “Comunicar a situação a outros elementos escolares, como psicólogos ou conselheiros escolares”

VARIÁVEL DEPENDENTE: “Comunicar a situação a outros elementos escolar, como psicólogos ou conselheiros escolares.”					
Preditor	b	s	e^b	IC 95%	
				Mín.	Máx.
Dimensão 1	0.643	0.270	1.902	0.113	1.17
p < 0.05 Especificidade = 0.00% Sensibilidade = 98% Precisão = 81.4%					

Tabela 21 – Impacto da segunda dimensão da LSM em “Procurar lidar com o impacto da condição do aluno junto à turma, de modo a incluí-lo”

VARIÁVEL DEPENDENTE: “Procurar lidar com o impacto da condição do aluno junto à turma, de modo a incluí-lo.”					
Preditor	b	s	e^b	IC 95%	
				Mín.	Máx.
Dimensão 2	0.425	0.210	1.529	0.0128	0.837
p < 0.05 Especificidade = 55.6% Sensibilidade = 68.8% Precisão = 62.7%					

A ação pedagógica relacionada com a saúde mental não se sustenta apenas em atitudes de aceitação simbólica ou em juízos de valor favoráveis. Com efeito, a dimensão referente à aceitação social de pessoas com perturbação mental foi a única que não apresentou nenhuma correlação significativa com o número de práticas adotadas. Este dado sugere que a predisposição para agir não depende exclusivamente de uma postura inclusiva no plano das representações sociais, sendo necessária uma base mais sólida de conhecimento técnico e uma atitude crítica e consciente em relação às próprias crenças. Compreende-se que a intervenção eficaz exige mais do que empatia ou boas intenções: pressupõe competências cognitivas, recursos críticos e modelos de formação que permitam aos docentes reconhecer, interpretar e atuar de forma adequada perante situações de sofrimento psicológico.

Neste cenário, a formação atual parece promover uma literacia desconexa, onde se aprende por exposição informal, por experiências subjetivas ou por mediatização seletiva do tema, sem que haja uma articulação clara entre conhecimento, atitudes e práticas. Esta condição compromete o desenvolvimento de um profissionalismo educativo comprometido com o bem-estar psicológico dos alunos. O risco pressupõe uma atuação pedagógica reduzida à deteção de sinais e à observação passiva, sem capacidade real de intervenção. A reflexão imposta acompanha, neste sentido, a literatura: A LSM deve ser pensada como um todo integrado e coerente, e não como um conjunto de conteúdos dispersos e desassociados. As dimensões que compõem a LSM — conhecimentos, atitudes e juízos de valor — devem ser trabalhadas em conjunto na formação inicial dos professores, de forma sistemática e transversal, articulando saber técnico com uma abordagem crítica e afetiva da relação com o aluno. Só assim se poderá construir uma prática pedagógica que reconheça, acolha e intervenha no sofrimento mental, transformando a escola num espaço mais humano, inclusivo e justo.

Considerações Finais

Foi proposto neste projeto explorar o conceito de LSM sob uma ótica sociológica, reconhecendo a sua complexidade enquanto fenômeno social, cultural e educacional. Partimos da emergência fenomenológica no contexto atual para um domínio que ainda requer algum foco e curiosidade científica. Através da análise dos níveis de LSM entre professores em formação e das suas práticas pedagógicas associadas à detecção e gestão de situações de sofrimento psíquico, foi possível identificar assimetrias relevantes nos níveis de conhecimento, atitudes e comportamentos dos inquiridos. Os resultados obtidos evidenciam que o conhecimento técnico sobre saúde mental se encontra distribuído de forma desigual, sendo permeado por lacunas vocabulares, desinformação e representações pouco consistentes. Tal como salientado por Nutbeam (2000), a literacia em saúde não deve ser entendida apenas como competência funcional, mas como um processo social interativo e crítico, que exige não só o domínio de informação, mas também a capacidade de interpretação e ação contextualizada. A este respeito, os participantes revelaram maior confiança na identificação de sinais emocionais e comportamentais do que na atuação direta, sobretudo em situações de maior gravidade — um dado que aponta para a necessidade de reforço da componente prática da formação docente.

A análise das atitudes perante pessoas com perturbações mentais demonstrou, por sua vez, maior consistência interna, o que poderá refletir mudanças culturais recentes e o possível impacto politizado de campanhas de sensibilização e visibilidade pública do tema. No entanto, esta aquiescência simbólica não parece estar acompanhada por uma capacitação técnica compatível, reforçando a ideia de que o combate ao estigma deve ser complementado por uma formação sólida e crítica.

Sociologicamente, este estudo corrobora a ideia de que a saúde mental é um território de disputa simbólica entre diferentes discursos — biomédicos, psicossociais e morais — e que os professores, enquanto agentes socializadores, reproduzem as tensões

presentes no campo social. À luz da teoria das representações sociais, pode-se afirmar que as crenças e práticas analisadas não são apenas reflexo de ignorância ou falta de formação, mas o resultado de processos sociais de construção de sentido, profundamente enraizados na cultura escolar e no contexto social mais amplo. Outro elemento em destaque é a influência das trajetórias individuais e dos fatores sociodemográficos nos padrões de resposta. Professores com experiência pessoal ou familiar com doença mental indicaram maior predisposição para práticas de apoio emocional e adaptação pedagógica — reforçando a importância da vivência subjetiva na construção de disposições sociais e éticas. Esta evidência sugere que a LSM não é apenas um atributo individual, mas um campo permeável à biografia, aos afetos e às estruturas sociais e aos contextos onde os indivíduos se inserem.

Os resultados apresentados abrem caminho para várias possibilidades de aprofundamento. Em primeiro lugar, seria pertinente realizar um estudo com professores já em exercício, permitindo compreender como as práticas se consolidam (ou não) ao longo da carreira. Em segundo lugar, investigações qualitativas poderão explorar mais a fundo os sentidos atribuídos pelos docentes às suas experiências com saúde mental na escola, enriquecendo a análise sociológica com narrativas, dilemas e contradições vividas. Por fim, estudos comparativos entre contextos escolares distintos — públicos e privados, urbanos e rurais — poderão ajudar a clarificar o peso das estruturas institucionais na mediação da LSM enquanto facto social.

Importa ainda referir que o processo de recolha de dados foi marcado por constrangimentos significativos, nomeadamente a ausência de resposta de várias escolas e instituições educativas inicialmente contactadas. Esta dificuldade em aceder ao terreno empírico não deve ser lida apenas como um obstáculo metodológico, mas como um dado relevante em si mesmo. A resistência, o silêncio institucional ou a hesitação em colaborar numa investigação sobre saúde mental em contexto escolar podem ser interpretados como expressão de um mal-estar ainda presente em torno da temática. Tal como apontam Corrigan & Watson (2002), o estigma associado à doença mental não afeta apenas os indivíduos, mas também as instituições, moldando as

formas de visibilidade, de participação e de reconhecimento social. Neste sentido, o “fechamento” de algumas entidades educativas pode sinalizar não apenas questões organizacionais, mas uma certa insegurança cultural ou institucional perante o tema — o que reforça a pertinência e atualidade do objeto de estudo.

Como sublinha a OMS (2022), investir em saúde mental é investir num bem público coletivo. E, como esta dissertação procurou demonstrar, essa aposta começa, muitas vezes, com o adulto atento na sala de aula — aquele que reconhece no comportamento do aluno mais do que um problema disciplinar, que escuta para além do barulho e que se dispõe a ver o sofrimento, não como desvio, mas como expressão de uma necessidade individual e/ou relacional. Na ação pedagógica que acolhe, adapta ou encaminha, reside um potencial transformador que ultrapassa a transmissão de conteúdos. Trata-se de adaptar as escolas ao saber cuidar. Essa atenção quotidiana, tantas vezes invisível, é o primeiro elo de uma cadeia mais ampla de proteção e inclusão. Valorizar a saúde mental na escola é, pois, mais do que uma questão técnica ou institucional, é uma escolha ética e política, que implica reconhecer o ambiente escolar como espaço legítimo de afeto, de escuta e de justiça social.

Neste sentido, torna-se inadiável refletir sobre o lugar que a LSM deve ocupar nos programas educativos e, em particular, na formação inicial e contínua dos docentes. Esta dissertação partiu da hipótese de que os professores não são apenas transmissores de conteúdos, mas atores fundamentais na construção social da saúde mental entre os mais jovens. Se os professores constituem modelos de referência na forma como reconhecem, falam ou silenciam o sofrimento, então o seu próprio nível de literacia pode funcionar como fator facilitador ou inibidor do desenvolvimento da LSM nos alunos.

Um professor mal preparado, técnica ou simbolicamente, corre o risco de reforçar dinâmicas de ocultação, negligência e/ou estigmatização. Por outro lado, um professor bem formado, sensível ao tema e capaz de reconhecer sinais de sofrimento, está mais bem equipado para agir como agente de mediação, apoio e encaminhamento, promovendo práticas de inclusão, segurança e diálogo entre escola, aluno, profissionais

de saúde e comunidade. Como tal, o investimento na LSM dos docentes é também um investimento na cidadania plena dos alunos, na justiça educativa e na transformação da escola enquanto espaço relacional e ético.

Sociologicamente, importa ainda reconhecer que os professores não existem fora das dinâmicas culturais e simbólicas da sociedade em que se inserem. Enquanto agentes sociais, são também produtos de processos de socialização que influenciam as suas representações, atitudes e formas de atuação. As crenças sobre saúde mental que transportam para o espaço educativo não são formadas apenas na academia, mas resultam de uma complexa articulação entre experiências pessoais, valores familiares, discursos mediáticos e normas culturais partilhadas. Assim, as tendências sociais de silenciamento, estigmatização ou medicalização do sofrimento atravessam também o campo educativo, condicionando o modo como os docentes percecionam e respondem às manifestações de sofrimento psíquico nos seus alunos. Por isso, a promoção da literacia em saúde mental não pode ser pensada apenas como um desafio técnico-formativo, mas como uma estratégia de transformação cultural, que reconhece o papel dos professores enquanto mediadores das tensões entre o individual e o coletivo, o privado e o institucional, o sofrimento e o cuidado.

O que está em causa não é apenas formar professores “informados”, mas profissionais preparados para lidar com a complexidade do humano no espaço escolar — capazes de reconhecer que ensinar também é, muitas vezes, escutar, adaptar, cuidar. E que, como mostrou este estudo, essa escuta começa com uma formação que valorize, de forma transversal, a saúde mental como dimensão incontornável da prática pedagógica e da experiência de estar com o outro em contexto educativo.

Referências Bibliográficas

- Aller, T., Fauth, E., Novak, J. e Schwartz, S. (2021). Measuring Mental Health Literacy: Development of the Mental Health Awareness and Advocacy Assessment Tool. *Journal of Multidisciplinary Evaluation*, 17(39), 15-31.
- Almeida, T. (2015). *Literacia em Saúde Mental: Conhecimentos, Estigma e Preconceito numa Amostra de Adolescentes da Região Centro de Portugal*. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico. <http://hdl.handle.net/10400.19/2979>.
- Askill-Williams, H., & Cefai, C. (2014). Australian and Maltese teachers' perspectives about their capabilities for mental health promotion in school settings. *Teaching and Teacher Education*, 40, 61-72.
- Augusto, A. (2014). Metodologias quantitativas/metodologias qualitativas: Mais do que uma questão de preferência. *Forum Sociológico*, 24(24), 73-77. <http://journals.openedition.org/sociologico/1073>.
- Azevedo, F. (2009). *Literacias: Contextos e Práticas*. Sardinha, M. coord. Lisboa: Lidel, 1-16. ISBN 978-972-757-598-5.
- Barros, P., & Santos, C. (2023). *Relatório de Acesso a Cuidados de Saúde - uma década de evolução*. Fundação "La Caixa" em Economia da Saúde.
- Barton, D. & Hamilton, M. (2010). La littératie: une pratique sociale. *Langage et société*, (133), 45-62. <https://doi.org/10.3917/lis.133.0045>.
- Begum, R., Choudhry, F., Khan, T., Bakrin, F., Al-Worafi, Y. & Munawar, K. (2019). Mental health literacy in Pakistan: a narrative review. *Mental Health Review Journal*, 25(1), 63-74.
- Berger, P., & Luckmann, T. (2004). *A construção social da realidade: Tratado de sociologia do conhecimento*. (Trad. Floriano de Souza Fernandes) 24ª edição. Petrópolis: Vozes. DOI:10.5433/1980-511X.2017v12n2p316.

Bluteau, J., Aubenas, S. & Dufour, F. (2022). Influence of Flexible Classroom Seating on the Wellbeing and Mental Health of Upper Elementary School Students: A Gender Analysis. *Frontiers in Psychology*, 13(821227), 1-12.

Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice* (R. Nice Trad.). Stanford University Press. (Original work published 1980). <https://api.semanticscholar.org/CorpusID: 142794685>

Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 209-232.

Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. CNS: Lisboa.

Corrigan, P. W. e Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.

Creswell, J. (2014). *Research Design: Qualitative, quantitative and mixed method approaches*. Los Angeles, (4th ed.) Sage. ISBN: 0-8039-5254-6.

Creswell, J.W & Creswell, J.D. (2018). *Research Design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. (1st ed.) Sage.

Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017-2020*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: DGS.

Dubet, F. (2004). O que é uma escola justa?. *Cadernos de Pesquisa*, 34(123), 539-555. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742004000300002>.

Ervedosa, L. (2021). *Literacia e Saúde Mental Positiva dos Estudantes do Ensino Superior* [Master's thesis, Universidade do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/39339>.

European Union. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022 State of Health in the EU Cycle: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing.

Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R., & Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*, 42(8), 1741-1752.

Ferreira, C. (2021). Instrumentos de Medição de Literacia em Saúde Mental – Revisão sobre Escalas de Medida. *Revista de Psiquiatria e Saúde Mental do Alto Minho*, 1, 5-20.

Ferreira, R. (2013). *Inclusão de Alunos com Deficiência Mental no Ensino Regular* [Master's thesis, Universidade Fernando Pessoa]. RIUFP. <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4071/1/tese%20final.pdf>.

Ford, T. e outros. (2019). Training teachers in classroom management to improve mental health in primary school children: the STARS cluster RCT. *Public Health Research*, 7(6).

Forlin, C., Loreman, T. & Sharma, U. (2014). A system-wide professional learning approach about inclusion for teachers in Hong Kong. *Asia-Pacific Journal of Teacher Education*. 42(3), 247-260. <http://dx.doi.org/10.1080/1359866X.2014.906564>.

Furnham, A. & Swami, V. (2018). Mental Health Literacy: A Review of What It Is and Why It Matters. *American Psychological Association*, 7(4), 240-257.

Gazzinelli, M., Gazzinelli, A., Reis, D.C. & Penna, C. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad. Saúde Pública*, 21(1), 200-206.

Giles-Kaye, A., Quach, J., Oberklaid, F., O'Connor, M., Darling, S., Dawson, G. & Connolly, A. (2023). Supporting children's mental health in primary schools: a qualitative exploration of educator perspectives. *The Australian Educational Research*, 50, 1281-1301. <https://doi.org/10.1007/s13384-022-00558-9>.

Giddens, A. (2001). *SOCIOLOGIA* (4th ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.

Giddens, A. (2002). *Modernidade e identidade* (P. Dentzien Trad.). Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1991).

Hodges, R. E. (Ed.). (1999). *What is literacy? Selected definitions and essays from "The Literacy Dictionary: The Vocabulary of Reading and Writing"*. International Reading Association.

Instituto Nacional de Estatística (2022). Estatísticas da Saúde. Lisboa: INE, Ed. 2024. <https://www.ine.pt/xurl/pub/439489924>.

Janz, N. & Becker, M. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.

Johnson, C. L., Gross, M. A., Jorm, A. F., & Hart, L. M. (2023). Mental health literacy for supporting children: a systematic review of teacher and parent/carer knowledge and recognition of mental health problems in childhood. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(2), 569-591.

Jorm, A. F., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.

Jorm, A. F. (2000). Mental Health Literacy – Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.

Jorm, A. F., Wright, A. & Morgan, A. (2007). Where to seek help for a mental disorder? National survey of the beliefs of Australian youth and their parents. *MJA*, 187(10), 556-560.

Jorm, A. F. & Wright, A. (2008). Influences on young people's stigmatising attitudes towards peers with mental disorders: National survey of young Australians and their parents. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 144-149.

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>.

Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *The Medical Journal of Australia*, 187(57), 526-530.

Kelsen, L. (2016). A Escola como Espaço Sociocultural: apontamentos e relevâncias. *LENPES-PIBID de Ciências Sociais*, 1(6), 1-9.

- Kitchener, B. & Jorm, A. (2002). Mental health first aid training for the public: Evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*, 2(1), 1-10.
- Kress, G. & Rowsell, J. (2019). Literacy as Social – Reflecting Back and Moving Forward. In Bloome, D., Castanheira, M., Leung, C & Rowsell, J. (Eds.). *Re-Theorizing Literacy Practices – Complex Social and Cultural Contexts*. (pp. 25-86). Routledge Taylor & Fran
- Kutcher, S., Wei, Y. & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158.
- Le Brocque et al. (2017). Schools and natural disaster recovery: The unique and vital role that teachers and education professionals play in ensuring the mental health of students following natural disasters. *Journal of psychologists and counsellors in schools*, 27(1), 1-23.
- Lei n.º 58/2019 do Diário da República. (2019). Diário da República: I série , n.º 152. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/58-2019-123817838>.
- Loureiro, A. (2018). *LITERACIA E SAÚDE MENTAL POSITIVA: Tradução e validação de um instrumento de avaliação em literacia de saúde mental* [Master's thesis, Universidade do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/25783>.
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R. & Ferreira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, III(6), 157-166.
- Mitra, S. (2020). An Analysis of the Falsification Criterion of Karl Popper: A Critical Review. *Tattva-Journal of Philosophy*, 12(1), 1-18. <https://doi.org/10.12726/tjp.23.1>.
- Morgado, T. & Botelho, M. (2014). Intervenções promotoras de literacia em saúde mental dos adolescentes: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1, 90-96.
- Moscovici, S. (2007). *Representações sociais: Investigações em psicologia social* (5ª ed.; G. Duveen, Ed.; P. A. Guareschi, Trad.). Vozes. ISBN 85.326.2896-6.

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- O'Connor, M. & Casey, L. (2015) The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health Literacy. *Psychiatry Research*, 229, 508-516.
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *Relatório mundial de saúde mental: Transformar a saúde mental para todos*. OMS.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313.
- Pinto, M. (2006). *Karl Popper: A vertente ética da ciência à luz da epistemologia e filosofia social*. [Master's Thesis, Universidade do Porto]. Repositório Aberto.
<http://hdl.handle.net/10216/18127>.
- Popper, K. (2002). *A lógica da descoberta científica* (L. do Rego & O. N. da Rocha, Trans.). Cultrix Editora (Obra original publicada em 1934).
- Reavley, N. J., McCann, T. V. & Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy in higher education students. *Early Intervention in Psychiatry*, 6, 45-52.
- Rickwood, D., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218-251. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218>.
- Rocha, I. (2016) *Adaptação e Validação da Escala Mental Health Literacy para a População Portuguesa* [Master's thesis, Instituto Piaget]. Repositório Comum.
<http://hdl.handle.net/10400.26/24532>.
- Santos, M. (2020). *Inclusão de Alunos com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual no 3º Ciclo do Ensino Básico: Perspetivas e Práticas*. [Master's thesis, Politécnico de Lisboa. Repositório IPL. <http://hdl.handle.net/10400.21/12780>.

- Shelemy, L., Harvey, K., & Waite, P. (2019). Supporting students' mental health in schools: what do teachers want and need?. *Emotional and behavioural difficulties*, 24(1), 100-116. <https://doi.org/10.1080/13632752.2019.1582742>.
- Sørensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. e Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 1-13.
- Street, B. (2000). Literacy Events and Literacy Practices: Theory and Practice in the New Literacy Studies. In *Literacy and Literacies: Texts, Power and Identity*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511486661.001>.
- Terra, M. (2013). Letramento & Letramentos: Uma perspectiva sociocultural dos usos da escrita. *D.E.L.T.A.*, 29(1), 29-58. <https://doi.org/10.1590/S0102-44502013000100002>.
- Tomé, G., Matos, M., Gomes, P., Camacho, I. e Gaspar, T. (2017). Promoção da Saúde Mental nas Escolas – Projeto Es’Cool. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 8(1), 173-184. <https://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2485>.
- Varul, M. Z. (2010). Talcott Parsons, the sick role and chronic illness. *Body & Society*, 16(2), 72-94. <https://doi.org/10.1177/1357034X10364766>.
- Venezky, R.L., Wagner, D.A., e Ciliberti, B.S. (Eds.) (1990). *Toward Defining Literacy*. Delaware: International Reading Association.
- Wei, Y., Sha, L., McWeeny, R., Johal, R., Easton, C., Baxter, A., Cao, B., Greenshaw, A. e Carr, W. (2024). Evaluating the effectiveness of a school-based mental health literacy intervention from a comprehensive demographic and social-cognitive perspective. *Scientific Reports*, 14(5901), 1-11.
- Wilson, C. J., Deane, F. P., Ciarrochi, J., & Rickwood, D. (2005). Measuring help-seeking intentions: Properties of the General Help-Seeking Questionnaire. *Canadian Journal of Counselling*, 39(1), 15-28.
- Wrigley, S., Jackson, H., Judd, F. & Komiti, A. (2005). Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 514-521.

Anexos

Anexo 1 – Inquérito por Questionário

Este questionário está a ser usado como parte do meu trabalho de preparação de dissertação de mestrado em Sociologia, na Faculdade de Letras da Universidade do Porto. O meu nome é José Bola e estou a desenvolver um estudo sobre literacia em saúde mental numa amostra de estudantes do ensino superior e politécnico que se encontram a frequentar formação que os habilitará ao exercício da profissão de professor.

A sua participação é muito importante porque quantas mais pessoas nos derem a sua opinião e partilharem a sua experiência, mais claros e úteis serão os resultados do meu estudo. Responder ao questionário não deverá tomar mais do que 8 a 10 minutos do seu tempo.

A sua participação neste questionário será voluntária, sendo garantidos a confidencialidade de toda a informação prestada. A mesma será exclusivamente utilizada na presente investigação, podendo esta ser divulgada no meio científico.

As respostas ao questionário são anónimas. Não será colocada nenhuma questão que permita a identificação de quem está a responder. Os dados são armazenados no servidor da U.Porto e só eu e a minha orientadora a eles podemos aceder.

A qualquer momento poderá desistir de colaborar neste projeto, bem como solicitar o exercício dos direitos de acesso, apagamento ou limitação ao tratamento dos seus dados, enviando esse pedido por e-mail para up202300280@edu.letras.up.pt. Dependendo do momento em que efetuar o pedido, o exercício de direitos poderá ser limitado se já não for possível identificar a informação que lhe diz respeito ou se se entender que o mesmo comprometerá a finalização do estudo.

Caso considere que os seus dados não estão a ser objeto de tratamento legítimo, tem também o direito de apresentar uma reclamação junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados (<https://www.cnpd.pt>). Quaisquer dúvidas relacionadas com o tratamento dos seus dados poderão também ser endereçadas à Encarregada da Proteção de Dados da Universidade do Porto (dpo@reit.up.pt).

Ao continuar, está a concordar participar no estudo.

Agradecemos desde já a sua participação!

Existem 14 perguntas neste questionário.

GRUPO 0

Antes de começarmos, diga-me por favor se o curso que frequenta o habilita um dia a poder ser professor/a no ensino básico ou secundário. *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

☐ Sim

☐ Não

Agradecemos a sua disponibilidade, mas este estudo foca apenas estudantes que estão em formação para poderem ser professores. A sua participação, nesse sentido, termina aqui. Muito obrigado!

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Não' na pergunta '[G01Q13]' (Antes de começarmos, diga-me por favor se o curso que frequenta o habilita um dia a poder ser professor/a no ensino básico e secundário.)

GRUPO 1

Vamos começar com algumas perguntas sobre aspetos relacionados com a saúde mental. O nosso objetivo não é avaliar os seus conhecimentos, mas apenas perceber qual o nível de reconhecimento que as pessoas têm do que é a doença mental.

Descrevem-se, abaixo, uma série de situações da vida das pessoas e da forma como reagem em certos contextos. Leia cada uma e indique, para cada uma, se considera que descrevem ou não situações em que provavelmente há doença mental. *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '[G01Q13]' (Antes de começarmos, diga-me por favor se o curso que frequenta o habilita um dia a poder ser professor/a no ensino básico ou secundário.)

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

Alguém fica extremamente nervoso ou ansioso numa ou mais situações de interação com outras pessoas (por exemplo, numa festa) ou em situações de desempenho profissional (por exemplo, falar numa reunião), sentindo medo de ser avaliado pelos outros ou de agir de forma humilhante ou embaraçosa.

É certo que tem doença mental	É muito provável que tenha doença mental	É pouco provável que tenha doença mental	De certeza que não tem doença mental	Não sei avaliar
☐	☐	☐	☐	☐

Alguém fica muito ansioso com eventos ou atividades onde este nível de preocupação é despropositado e tem dificuldade em controlar essa preocupação, apresentando sintomas físicos, como tensão muscular e fadiga.

É certo que tem doença mental	É muito provável que tenha doença mental	É pouco provável que tenha doença mental	De certeza que não tem doença mental	Não sei avaliar
☐	☐	☐	☐	☐

Alguém experienciou um humor negativo por duas ou mais semanas, teve perda de prazer ou interesse nas suas atividades normais e experimentou mudanças no seu apetite e sono.

É certo que tem doença mental	É muito provável que tenha doença mental	É pouco provável que tenha doença mental	De certeza que não tem doença mental	Não sei avaliar
☐	☐	☐	☐	☐

De seguida, apresento-lhe uma série de designações e peço que me indique, para cada uma, se corresponde ou não a uma condição clínica do campo da saúde mental. Caso não saiba ou não reconheça a designação, indique-o. *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: A resposta for 'Sim' na pergunta '[G01Q13]' (Antes de começarmos, diga-me por favor se o curso que frequenta o habilita um dia a poder ser professor/a no ensino básico ou secundário.)

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	É uma doença mental	Não é uma doença mental	Não sei dizer
Perturbações da personalidade	☐	☐	☐
Distímia	☐	☐	☐
Agorafobia	☐	☐	☐
Perturbação bipolar	☐	☐	☐
Dependência de substâncias	☐	☐	☐

Abaixo vai encontrar algumas afirmações que por vezes ouvimos das pessoas. Peço que leia cada uma e que indique, com base naquilo que pensa, qual o seu grau de concordância com cada afirmação. Não existem respostas certas ou erradas. Apenas queremos conhecer a opinião das pessoas. *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '[G01Q13]' (Antes de começarmos, diga-me por favor se o curso que frequenta o habilita um dia a poder ser professor/a no ensino básico ou secundário.)

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

Pessoas com perturbação mental poderiam "dar a volta por cima" se quisessem.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
☐	☐	☐	☐	☐

A perturbação mental é um sinal de fraqueza pessoal.

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
☐	☐	☐	☐	☐

Perturbação mental não é uma doença médica real.

**Discordo
totalmente**

☐

Discordo

☐

**Nem concordo
nem discordo**

☐

Concordo

☐

**Concordo
totalmente**

☐

Pessoas com perturbação mental são perigosas.

**Discordo
totalmente**

☐

Discordo

☐

**Nem concordo
nem discordo**

☐

Concordo

☐

**Concordo
totalmente**

☐

É melhor evitar pessoas com perturbação mental de forma a não desenvolver este problema.

**Discordo
totalmente**

☐

Discordo

☐

**Nem concordo
nem discordo**

☐

Concordo

☐

**Concordo
totalmente**

☐

Se eu tivesse uma perturbação mental, não contaria a ninguém.

**Discordo
totalmente**

☐

Discordo

☐

**Nem concordo
nem discordo**

☐

Concordo

☐

**Concordo
totalmente**

☐

Consultar um profissional de saúde mental significa que não se é forte o suficiente para gerir as próprias dificuldades.

**Discordo
totalmente**

☐

Discordo

☐

**Nem concordo
nem discordo**

☐

Concordo

☐

**Concordo
totalmente**

☐

Se eu tivesse uma perturbação mental, não procurava ajuda de um profissional de saúde mental.

**Discordo
totalmente**

☐

Discordo

☐

**Nem concordo
nem discordo**

☐

Concordo

☐

**Concordo
totalmente**

☐

Eu acredito que o tratamento para a perturbação mental, prestado por um profissional de saúde mental, não seria eficaz.

Discordo totalmente

☐

Discordo

☐

Nem concordo nem discordo

☐

Concordo

☐

Concordo totalmente

☐

Por favor, indique em que medida estaria disponível para cada uma das seguintes situações: *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '[G01Q13]' (Antes de começarmos, diga-me por favor se o curso que frequenta o habilita um dia a poder ser professor/a no ensino básico ou secundário.)

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

Estaria disponível para mudar para a casa ao lado de alguém com perturbação mental?

Definitivamente indisponível

☐

Provavelmente indisponível

☐

Provavelmente disponível

☐

Definitivamente disponível

☐

Estaria disponível para passar uma tarde a socializar com alguém com uma perturbação mental?

Definitivamente indisponível

☐

Provavelmente indisponível

☐

Provavelmente disponível

☐

Definitivamente disponível

☐

Estaria disponível para ser amigo de alguém com perturbação mental?

Definitivamente indisponível

☐

Provavelmente indisponível

☐

Provavelmente disponível

☐

Definitivamente disponível

☐

Estaria disponível para ter alguém com perturbação mental a trabalhar junto de si?

**Definitivamente
indisponível**

☐

**Provavelmente
indisponível**

☐

**Provavelmente
disponível**

☐

**Definitivamente
disponível**

☐

Estaria disponível para ter alguém com perturbação mental casada com um familiar seu?

**Definitivamente
indisponível**

☐

**Provavelmente
indisponível**

☐

**Provavelmente
disponível**

☐

**Definitivamente
disponível**

☐

Estaria disponível para votar num político que soubesse que tinha sofrido de uma perturbação mental?

**Definitivamente
indisponível**

☐

**Provavelmente
indisponível**

☐

**Provavelmente
disponível**

☐

**Definitivamente
disponível**

☐

Estaria disponível para empregar alguém se soubesse que tinha tido uma perturbação mental?

**Definitivamente
indisponível**

☐

**Provavelmente
indisponível**

☐

**Provavelmente
disponível**

☐

**Definitivamente
disponível**

☐

GRUPO 2

Agora vamos colocar algumas questões que remetem para o contexto da sala de aula e para o exercício da profissão de professor. Peço que pense no futuro exercício da atividade de professor e responda às perguntas seguintes.

Até que ponto se sente preparado/a para lidar com cada das seguintes situações, em sala de aula, e quando estiver a exercer a profissão de professor? *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '[G01Q13]' (Antes de começarmos, diga-me por favor se o curso que frequenta o habilita um dia a poder ser professor/a no ensino básico ou secundário.)

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

Identificar um aluno com sintomas de ansiedade severa (ex.: tremores, dificuldade de concentração).

**Não me sinto
nada preparado/a**

☐

**Estou pouco
preparado/a**

☐

**Tenho alguma
preparação**

☐

**Estou totalmente
preparado/a**

☐

Lidar com um aluno que apresente crises de pânico ou choro repentino em sala de aula.

**Não me sinto
nada preparado/a**

☐

**Estou pouco
preparado/a**

☐

**Tenho alguma
preparação**

☐

**Estou totalmente
preparado/a**

☐

Identificar alunos que têm dificuldade em comparecer à escola ou envolver-se em atividades de aula devido a sinais como ansiedade e/ou stress.

**Não me sinto
nada preparado/a**

☐

**Estou pouco
preparado/a**

☐

**Tenho alguma
preparação**

☐

**Estou totalmente
preparado/a**

☐

Lidar com um aluno que mostre sinais de autoagressão ou que comente sobre pensamentos suicidas.

**Não me sinto
nada preparado/a**

☐

**Estou pouco
preparado/a**

☐

**Tenho alguma
preparação**

☐

**Estou totalmente
preparado/a**

☐

Identificar alunos que demonstram inquietação e dificuldades frequentes em manter o foco.

**Não me sinto
nada preparado/a**

☐

**Estou pouco
preparado/a**

☐

**Tenho alguma
preparação**

☐

**Estou totalmente
preparado/a**

☐

Lidar com alunos que respondam de maneira agressiva ou violenta quando recebem críticas ou correções.

**Não me sinto
nada preparado/a**

☐

**Estou pouco
preparado/a**

☐

**Tenho alguma
preparação**

☐

**Estou totalmente
preparado/a**

☐

Identificar alunos que evitam interagir com outros e se isolam, mesmo em atividades de grupo.

**Não me sinto
nada preparado/a**

☐

**Estou pouco
preparado/a**

☐

**Tenho alguma
preparação**

☐

**Estou totalmente
preparado/a**

☐

Detetar mudanças súbitas no comportamento ou desempenho escolar de um aluno que possam estar relacionadas com problemas de saúde mental.

**Não me sinto
nada preparado/a**

☐

**Estou pouco
preparado/a**

☐

**Tenho alguma
preparação**

☐

**Estou totalmente
preparado/a**

☐

Abaixo apresentam-se algumas alternativas para lidar com as situações que acabamos de descrever. Assinale quais as que preferia adotar para responder a situações como as descritas. *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '[G01Q13]' (Antes de começarmos, diga-me por favor se o curso que frequenta o habilita um dia a poder ser professor/a no ensino básico ou secundário.)

Por favor, selecione **todas** as que se aplicam:

☐

Segui o protocolo proposto pela escola.

☐

Abordei o aluno para discutir os problemas identificados.

☐

Garanti que o aluno se sentisse confortável e seguro ao falar sobre a sua condição mental.

☐

Ofereci algum tipo de suporte emocional imediato ao aluno.

- ☐ Comuniquei a situação a outros elementos escolar, como psicólogos ou conselheiros escolares.
- ☐ Contactei os serviços hospitalares e o encarregado de educação do aluno.
- ☐ Realizei modificações na sala de aula ou no estilo de ensinar para acomodar as necessidades do aluno com problemas de saúde mental.
- ☐ Procurei lidar com o impacto da condição do aluno junto à turma, de modo a incluí-lo.
- ☐ O aluno teve um plano individual de acompanhamento ou alguma forma de suporte educacional especial.

GRUPO 3

Estamos mesmo a terminar. Queria apenas colocar algumas questões para caracterização sociodemográfica que nos ajudarão depois a fazer a análise dos dados.

Indique qual o grupo de género com que se identifica. *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '[G01Q13]' (Antes de começarmos, diga-me por favor se o curso que frequenta o habilita um dia a poder ser professor/a no ensino básico ou secundário.)

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Outro: _____

Por favor, indique a sua idade atual, em anos. *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '[G01Q13]' (Antes de começarmos, diga-me por favor se o curso que frequenta o habilita um dia a poder ser professor/a no ensino básico ou secundário.)

Por favor, escreva aqui a sua resposta: _____

Indique, por favor, que nível de ensino está a frequentar neste momento. *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '[G01Q13]' (Antes de começarmos, diga-me por favor se o curso que frequenta o habilita um dia a poder ser professor/a no ensino básico ou secundário.)

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

Tenho alguém, na minha rede familiar próxima, com diagnóstico de alguma condição do foro de saúde mental. *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '[G01Q13]' (Antes de começarmos, diga-me por favor se o curso que frequenta o habilita um dia a poder ser professor/a no ensino básico ou secundário.)

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim
- ☐ Não

Já fui diagnosticado/a com alguma condição de doença mental. *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '[G01Q13]' (Antes de começarmos, diga-me por favor se o curso que frequenta o habilita um dia a poder ser professor/a no ensino básico ou secundário.)

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim
- ☐ Não

Submeta o seu questionário. Obrigado por concluir o inquérito.

Uma vez mais, muito obrigado pela colaboração!

Anexo 2 – Matriz de operacionalização das variáveis

OBJETIVOS DA PESQUISA	NOMES DAS VARIÁVEIS	ITENS NO QUESTIONÁRIO
“Medir níveis de literacia em saúde mental numa amostra de professores em formação da UP e da UTAD.” + “Averiguar se existe alguma correlação entre os níveis de LSM medidos e o padrão de práticas e comportamentos na gestão de situações relacionadas com saúde mental.”	ANSIEDADE_SOCIAL	“Alguém fica extremamente nervoso ou ansioso numa ou mais situações de interação com outras pessoas (por exemplo, numa festa) ou em situações de desempenho profissional (por exemplo, falar numa reunião), sentindo medo de ser avaliado pelos outros ou de agir de forma humilhante ou embaraçosa.”
	ANSIEDADE_GERAL	“Alguém fica muito ansioso com eventos ou atividades onde este nível de preocupação é despropositado e tem dificuldade em controlar essa preocupação, apresentando sintomas físicos, como tensão muscular e fadiga.”
	ALTERAÇÕES_NEGATIVAS	“Alguém experienciou um humor negativo por duas ou mais semanas, teve perda de prazer ou interesse nas suas atividades normais e experimentou mudanças no seu apetite e sono.”
	PERTUR_PERSONALIDADE	“Perturbações da personalidade”
	DISTIMIA	“Distímia”
	AGORAFOBIA	“Agorafobia”
	BIPOLARIDADE	“Perturbação bipolar”
	DEPEN_SUBSTÂNCIAS	“Dependência de substâncias”
	AUTORECUPERAÇÃO	“Pessoas com perturbação mental poderiam “dar a volta por cima” se quisessem.”
	FRAQUEZA_PESSOAL	“A perturbação mental é um sinal de fraqueza pessoal.”
	REALIDADE_CLÍNICA	“Perturbação mental não é uma doença médica real.”
	PERIGOSIDADE	“Pessoas com perturbação mental são perigosas.”
	ESTIGMATIZAÇÃO	“É melhor evitar pessoas com perturbação mental de forma a não desenvolver este problema.”
	OCULTAÇÃO	“Se eu tivesse uma perturbação mental, não contaria a ninguém.”
	GESTÃO_DIFICULDADES	“Consultar um profissional de saúde mental significa que não se é forte o suficiente para gerir as próprias dificuldades.”
	AJUDA_PROFISSION	“Se eu tivesse uma perturbação mental, não procurava ajuda de um profissional de saúde mental.”
	EFICÁCIA_TRATAMENTO	“Eu acredito que o tratamento para a perturbação mental, prestado por um profissional de saúde mental, não seria eficaz.”

	VIZINHANÇA	“Estaria disponível para mudar para a casa ao lado de alguém com perturbação mental?”
	SOCIALIZAÇÃO	“Estaria disponível para passar a tarde a socializar com alguém com uma perturbação mental?”
	AMIZADE	“Estaria disponível para ser amigo de alguém com uma perturbação mental?”
	TRABALHO_PROFISSIONAL	“Estaria disponível para ter alguém com perturbação mental a trabalhar junto de si?”
	MATRIMÓNIO_FAMILIAR	“Estaria disponível para ter alguém com perturbação mental casada com um familiar seu?”
	VOTO_POLÍTICO	“Estaria disponível para votar um político que soubesse que tinha sofrido de uma perturbação mental?”
	EMPREGABILIDADE	“Estaria disponível para empregar alguém se soubesse que tinha tido uma perturbação mental?”
	LSM_BINÁRIA_TOTAL	Nível de literacia em saúde mental da amostra.
	DIMENSÃO_1	“Conhecimentos e capacidade de identificar situações de saúde mental”
	DIMENSÃO_2	“Reações a situações de saúde mental”
	DIMENSÃO_3	“Juízos de valor e estigmatização perante saúde mental”
“Mapear práticas e comportamentos em sala de aula que envolvam estratégias de gestão de situações relacionadas com problemas de doença mental ou perturbações comportamentais.” +	SINTOMAS_ANSIEDADE	“Identificar um aluno com sintomas de ansiedade severa (ex: tremores, dificuldade de concentração).”
	CRISES_PÂNICO	“Lidar com um aluno que apresente crises de pânico ou choro repentino em sala de aula.”
	PAPEL_ESCOLAR_ATIVO	“Identificar alunos que têm dificuldade em comparecer à escola ou envolver-se em atividades de aula devido a sinais como ansiedade e/ou stress.”
	AUTOAGRESSÃO_PENS_SUICÍDAS	“Lidar com um aluno que mostre sinais de autoagressão ou que comente sobre pensamentos suicidas.”
	INQUIETAÇÃO_DIFICUL_FOCO	“Identificar alunos que demonstram inquietação e dificuldades frequentes em manter o foco.”
	AGRESSIVIDADE	“Lidar com alunos que respondem de maneira agressiva ou violenta quando recebem críticas ou correções.”
	ISOLAMENTO_SOCIAL	“Identificar alunos que evitam interagir com outros e se isolam, mesmo em atividades de grupo.”
	MUDANÇAS_SÚBITAS	“Detetar mudanças súbitas no comportamento ou desempenho escolar de um aluno que possam estar relacionadas com problemas de saúde mental.”

“Averiguar se existe alguma correlação entre os níveis de LSM medidos e o padrão de práticas e comportamentos na gestão de situações relacionadas com saúde mental.”	PROTOCOLO	“Seguir o protocolo proposto pela escola.”
	ABORDAGEM_INDIVIDUAL	“Abordar o aluno para discutir os problemas identificados.”
	CONFORTO_SEGURANÇA	“Garantir que o aluno se sentisse confortável e seguro ao falar sobre a sua condição mental.”
	SUORTE_EMOCIONAL	“Oferecer algum tipo de suporte emocional imediato ao aluno.”
	COMUNICAÇÃO_PROFISSIONAIS	“Comunicar a situação a outros elementos escolares, como psicólogos ou conselheiros escolares.”
	CONTACTO_HOSPITAIS_E.E	“Contactar os serviços hospitalares e o encarregado de educação do aluno.”
	SALAS_DE_AULA	“Realizar modificações na sala de aula ou no estilo de ensinar para acomodar as necessidades do aluno com problemas de saúde mental.”
	IMPACTO_INCLUSÃO	“Procurar lidar com o impacto da condição do aluno junto à turma, de modo a incluí-lo.”
	PLANO_INDIVIDUAL	“O aluno ter um plano individual de acompanhamento ou alguma forma de suporte educacional especial.”
	N_PRÁTICAS	Número de práticas adotado por cada inquirido da amostra.
Caraterísticas sociodemográficas consideradas na análise dos três objetivos.	SEXO	“Indique qual o grupo de género com que se identifica.”
	IDADE	“Por favor, indique a sua idade atual, em anos.”
	NÍVEL_DE_ENSINO	“Indique, por favor, que nível de ensino está a frequentar neste momento.”
	ÁREA_CIENTÍFICA	“Indique, por favor, qual a grande área científica do grau que frequenta neste momento.”
	REDE_FAMILIAR	“Tenho alguém, na minha rede familiar próxima, com diagnóstico de alguma condição do foro de saúde mental.”
	DIAGNÓSTICO_INDIVIDUAL	“Já fui diagnosticado(a) com alguma condição de doença mental.”

Anexo 3 – Ofício formal

Exmo. Senhor Professor Doutor XXXXXXXX

Estimado colega

O meu nome é Alexandra Lopes, e sou docente no Departamento de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Contacto o colega para solicitar o seu apoio no seguinte:

Estamos, neste momento, juntamente com um estudante de mestrado, a desenvolver um estudo no campo da Sociologia da Saúde que foca a temática geral da literacia em saúde mental. Trata-se de um tema que tem vindo a adquirir alguma visibilidade na sequência dos novos planos nacionais para a saúde mental. Interessa-nos, em particular, explorar o papel dos agentes educativos na promoção da saúde mental dos jovens.

Temos em curso um estudo que procura apreciar níveis de literacia em saúde mental na população de estudantes do ensino superior que frequentam ciclos de estudo que habilitam para o exercício da profissão de professor. Trata-se de um estudo descritivo, de carácter exploratório, sendo no seu âmbito que contacto o colega. Em concreto, queria pedir apoio na disseminação de um convite para preenchimento de um questionário entre os estudantes que frequentam o ciclo de estudos que dirige.

O questionário é curto (não toma mais de 10 minutos), está parametrizado na plataforma de inquéritos da UPorto e foi aprovado pelo serviço de proteção de dados. É muito importante para validação dos resultados do estudo conseguirmos atingir um número elevado de participantes, pelo que desde já ficarei muito grata se nos puder ajudar.

Caso concorde com o nosso pedido, solicito que envie um email aos estudantes com o seguinte texto:

Solicita-se a vossa colaboração num estudo sobre literacia em saúde mental em contexto escolar. Trata-se de um estudo do campo da Sociologia da Saúde, supervisionado pela

Prof^a Doutora Alexandra Lopes (aslopes@letras.up.pt) e desenvolvido pelo mestrando Lic. José Bola (up202300280@edu.letras.up.pt). A participação no estudo envolve o preenchimento de um breve questionário que não toma mais de 10 minutos do vosso tempo. Para aceder ao questionário devem usar o link:

<https://inqueritos.up.pt/6/index.php/877444?lang=pt>

Na expectativa de poder contar com a colaboração do colega, envio as minhas mais cordiais saudações.

Anexo 4 – Frequência de participantes que assinalaram, ou não, a utilização das práticas

Tabela 22 – Frequência de participantes que assinalaram, ou não, a utilização das práticas

	Sim	Não
PROTOCOLO	33 (56%)	26 (44%)
ABORDAGEM_INDIVIDUAL	38 (64%)	21 (36%)
CONFORTO_SEGURANÇA	48 (81%)	11 (19%)
SUORTE_EMOCIONAL	38 (64%)	21 (36%)
COMUNICAÇÃO_PROFISSIONAIS	49 (83%)	10 (17%)
CONTACTO_HOSPITAIS_E.E	24 (41%)	35 (59%)
SALAS_DE_AULA	43 (73%)	16 (27%)
IMPACTO_INCLUSÃO	32 (54%)	27 (46%)
PLANO_INDIVIDUAL	39 (66%)	20 (34%)

Anexo 5 – Dispersão entre o nível de LSM e o número total de práticas adotadas

Gráfico 5 – Dispersão entre o nível de LSM e o número total de práticas adotadas pelos professores em formação

