



Revista Portuguesa de Terapia Ocupacional
Portuguese Journal of Occupational Therapy

Marca INPI: Nº668549

ISSN: 2975-8181



Número: 2

Revista Portuguesa de Terapia Ocupacional
Portuguese Journal of Occupational Therapy
✉ rpto@ipleiria.pt

DOI: <https://doi.org/10.25766/6sz0-m214>

Data de publicação: Jun 2026



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Impacto de um Programa de Literacia sobre Perturbação do Espectro do Autismo na empatia de jovens dos 13 aos 16 anos

Sofia Oliveira

Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto, Portugal

<https://orcid.org/0000-0002-2314-589X>

✉ sofia.oliveira02@sapo.pt

Maria João Trigueiro

Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto, Portugal

<https://orcid.org/0000-0003-4439-7196>

✉ mjtrigueiro@ess.ipp.pt

Vítor Silva

Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto, Portugal

<https://orcid.org/0000-0003-2831-9729>

✉ vds@ess.ipp.pt

Resumo:

Introdução: A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma perturbação do neurodesenvolvimento cujos défices e características, muitas das vezes, não são bem compreendidos por parte da sociedade, por desconhecimento ou pela incapacidade de sentir empatia. Uma baixa empatia parece estar associada à existência de *bullying*, por isso, torna-se importante aumentar os níveis de empatia dos jovens com o intuito de diminuir estes comportamentos. Este aumento pode ser promovido através de programas de literacia em saúde. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo verificar o impacto de um Programa de Promoção de Literacia em Saúde Mental na PEA no aumento de empatia para com pessoas com PEA, na população jovem. **Métodos:** A amostra, obtida por conveniência, é constituída por 23 jovens entre os 13 e os 16 anos. Na intervenção foram realizadas três sessões sobre a PEA e para a avaliação da empatia antes e depois da intervenção foi usada a versão portuguesa da Escala de Empatia Básica. **Resultados:** Não foram encontradas diferenças significativas dos níveis de empatia antes e após a intervenção. Porém, foi possível verificar que os participantes mais velhos apresentavam uma empatia inferior ($p=0,035$) antes da intervenção e, após a intervenção, tiveram uma melhoria significativa da empatia ($p=0,034$). Também se verificou um aumento da empatia cognitiva nos participantes mais velhos ($p=0,021$). **Conclusão:** Este estudo mostrou uma tendência para a melhoria da empatia após a implementação do programa e mostrou que a idade tem uma influência significativa nos níveis de empatia em relação à PEA.

Palavras-chave: Literacia em Saúde Mental; Perturbação do Espectro do Autismo; Empatia; Programa

Abstract:

Introduction: Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder whose deficits and characteristics are often not well understood by society, due to lack of knowledge or the inability to feel empathy. Low empathy seems to be associated with the existence of bullying, so it becomes important to increase the empathy levels of young people in order to reduce these behaviors. This increase can be promoted through health literacy programs. **Objective:** This study aims to verify the impact of a Mental Health Literacy Promotion Program in ASD in increasing empathy for people with ASD in the young population. **Methods:** The sample, obtained for convenience, consists of 23 young people aged between 13 and 16 years. In the intervention, three sessions on the ASD were held and for the assessment of empathy before and after the intervention, the portuguese version of the Basic Empathy Scale was used. **Results:** No significant differences were found in the levels of empathy before and after the intervention. However, it was possible to verify that the older participants had a lower empathy ($p=0.035$) before the intervention and, after the intervention, they had a significant improvement in empathy ($p=0.034$). There was also an increase in cognitive empathy in older participants ($p=0.021$). **Conclusion:** This study showed a trend towards improvement in empathy after the implementation of the program and showed that age has a significant influence on empathy levels in relation to the ASD.

Keywords: Mental Health Literacy; Autism Spectrum Disorder; Empathy; Program

1. Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde, [1] a literacia em saúde é a capacidade de obter, compreender e entender as informações sobre saúde de forma a promover e manter uma boa saúde, dotando os indivíduos de tomadas de decisão adequadas com o objetivo de melhorar a saúde pessoal e comunitária. A literacia em saúde pode melhorar substancialmente através do acesso e do fornecimento de informações, comunicação eficaz e educação estruturada. [2] Em sequência de ideias, isto significa que ter literacia em saúde mental implica compreender como obter e manter uma boa saúde mental, saber procurar ajuda, desenvolver capacidades de autogestão da sua saúde mental e compreender as perturbações mentais e as suas formas de tratamento o que, de acordo com alguns estudos realizados [3 – 5], vai promover atitudes de aceitação e diminuir o estigma relativamente a essas perturbações.

Dentro daquelas que são consideradas perturbações mentais de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM 5) [6] encontram-se as perturbações do neurodesenvolvimento sendo que algumas têm maior visibilidade por parte da sociedade como é o caso da Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). Esta é uma perturbação do neurodesenvolvimento complexa, sendo que o termo “espectro” surge uma vez que as manifestações desta perturbação variam de pessoa para pessoa, dependente da gravidade da condição, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica, não existindo nenhum caso de PEA que seja precisamente igual a outro. [7,8] A PEA manifesta-se logo nos primeiros anos e permanece durante toda a vida, afetando a pessoa tanto a nível social como ocupacional. [6,7,9]

A prevalência da PEA na população mundial é de 1–2% [10] e em Portugal continental é de aproximadamente 0,1% [11], sendo três vezes mais comum no sexo masculino. A percentagem relatada de pessoas com diagnóstico de PEA tem vindo a aumentar ao longo do tempo, e este aumento pode estar relacionado com um maior conhecimento e consciência social da patologia, critérios de diagnóstico mais abrangentes e maior disponibilidade de serviços de diagnóstico, principalmente para adultos com PEA. [7,12] A etiologia, apesar de ainda em estudo, aponta que não haja apenas uma causa para a perturbação, mas sim o resultado de uma combinação de fatores genéticos e ambientais que têm um impacto significativo no aumento do risco de desenvolver a condição. [7,8,13]

A PEA é caracterizada por défices na comunicação e interação social, associados a comportamentos e interesses restritos e repetitivos. [6,9,13] Ao nível da comunicação e interação social, existem défices na reciprocidade socioemocional (tendência em evitar interações, dificuldade em iniciar ou responder a interações sociais), na comunicação não verbal (contacto ocular, gestos e expressões faciais reduzidos ou ausentes) e no desenvolvimento, manutenção e compreensão de relacionamentos. Manifesta comportamentos e interesses restritos e repetitivos representados através de: estereotípias motoras simples, uso de objetos e fala repetitivos; inflexibilidade nas mudanças de rotina e padrões ritualizados de comportamento verbal e não verbal; interesses fixos e restritos; hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais. [6,9,13,14]

Muitas vezes, os comportamentos característicos da PEA não são bem compreendidos por parte da sociedade, por desconhecimento ou pela incapacidade de se colocar no lugar do outro, o que significa que a pessoa tem dificuldade em compreender o seu estado mental e perceber e partilhar os seus sentimentos e emoções, ou seja, sentir empatia. [15 – 18] A empatia é uma característica humana fundamental com influência no comportamento, apresentando componentes cognitivas e afetivas: a componente cognitiva representa a capacidade de entender a perspetiva da outra pessoa, identificando e compreendendo os seus pensamentos e a razão desses pensamentos; por sua vez, a componente afetiva é a resposta emocional às emoções/estado mental do outro, isto é, a capacidade de experimentar as emoções da outra pessoa. [15,18,19]

A empatia promove o comportamento pró-social, que representa qualquer ação voluntária ou conjunto de ações voluntárias que visam beneficiar o outro, seja direta ou indiretamente, e uma baixa empatia promove o comportamento antissocial, que se refere a ações que violam regras sociais e direitos pessoais. [20,21] Associado a este comportamento antissocial surge o estigma, [19] que diz respeito a atitudes e crenças que levam as pessoas a rejeitar, evitar ou temer aqueles cuja identidade ou características se desviam de uma norma, isto é, são considerados diferentes. [22,23] O estigma é composto por três elementos principais: ignorância (questões de conhecimento); preconceito (questões atitudinais) e discriminação (questões comportamentais). [24]

Estudos nesta área mostraram que, no caso da PEA, existe maior estigma em indivíduos com conhecimento limitado sobre a perturbação. [25,26] Broady e colaboradores [26] identificaram quatro domínios de

experiências estigmatizantes relativamente a pessoas com PEA, sendo eles a falta de conhecimento, julgamento, rejeição e falta de apoio. Estes sentimentos manifestam-se, muitas vezes, por parte dos pares, em comportamentos agressivos, ou *bullying*. Com efeito, estudos têm demonstrado que crianças com algum tipo de incapacidade ou patologia são mais propensas a serem vítimas de *bullying* do que as com desenvolvimento típico. [27 – 29] No caso da PEA, estas crianças têm um maior risco de serem vítimas de *bullying*, não só em comparação com alunos com desenvolvimento típico, mas também com outros alunos com outras características, patologias e necessidades específicas. [29] O *bullying* é definido como uma forma de violência específica, com agressões repetitivas e intencionais, sendo considerado um problema global para os alunos. O *bullying* assenta em três pilares fundamentais: a repetição, a intenção e o desequilíbrio de poder. [29 – 32] Esta forma de agressão assume várias formas: física, verbal, social e o *cyberbullying* e têm consequências biológicas e psicológicas de longo prazo para as vítimas. [32,33]

Parece existir uma associação direta entre a existência de *bullying* e uma baixa empatia e altos níveis de comportamento antissocial por parte do agressor. [26] Por sua vez, uma pessoa com elevados níveis de empatia é capaz de antecipar o impacto negativo que o seu comportamento terá na outra pessoa antes de agir. [34] Há estudos que mostram que quanto maior o nível de empatia, menor a tendência para o comportamento violento, logo, se a capacidade de perceber e compreender as emoções dos outros fosse maior, então o *bullying* diminuiria. [25,34,35] Assim, torna-se importante aumentar os níveis de empatia dos jovens, de forma a minimizar a manifestação de *bullying* nas escolas, o que é conseguido com um aumento do conhecimento sobre as perturbações mentais, mais especificamente, sobre a PEA.

Tendo em conta tudo o que foi referido anteriormente, foi desenvolvido um Programa de Promoção de Literacia em Saúde Mental na Perturbação do Espectro do Autismo e o presente estudo tem como objetivo verificar o impacto deste programa no aumento de empatia para com pessoas com PEA na população jovem.

2. Métodos

O presente estudo é de natureza quantitativa do tipo pré-experimental, longitudinal prospetivo. [36] Trata-se de um estudo quantitativo porque os dados recolhidos são passíveis de serem medidos. [36,37] É pré-experimental uma vez que os participantes foram todos submetidos a uma intervenção não existindo um grupo de controlo. [37,38] E é um estudo longitudinal prospetivo porque os mesmos participantes foram acompanhados ao longo de duas semanas sendo feita uma avaliação antes e depois da intervenção. [37,38]

2.1. Amostra

A amostra deste estudo é não probabilística por conveniência visto que dependeu dos critérios subjetivos do investigador, bem como da facilidade de acesso à mesma e a disponibilidade apresentada. [39,40] Para obter esta amostra a investigadora principal contactou os responsáveis de uma associação religiosa de um concelho do distrito do Porto por esta ser uma população de mais fácil acesso e com maior disponibilidade para participar no estudo, mesmo tendo em conta as questões pandémicas.

Para a seleção dos participantes foi definido como critério de inclusão ter domínio da língua portuguesa. Quanto aos critérios de exclusão foi estabelecido ter alguma condição de saúde que impeça o preenchimento dos questionários e a participação nas sessões. Após a verificação dos critérios, fizeram parte da amostra 23 participantes da referida associação.

2.2. Instrumentos

Para este estudo foi usada a versão breve portuguesa da Escala de Empatia Básica (BES-A) de Pechorro e colaboradores [41], adaptada da escala original Basic Empathy Scale – BES [42], cujo objetivo é avaliar o nível de empatia de jovens em idade escolar. É um instrumento de autopreenchimento constituído por sete itens cotados numa escala de Likert de cinco pontos, de 1–Discordo Totalmente a 5–Concordo Totalmente. Tal como na escala original, os sete itens estão divididos em duas dimensões: a empatia afetiva (três itens) e a empatia cognitiva (quatro itens). A pontuação deste instrumento é obtida através do somatório de todas as questões, e o valor mínimo obtido é de sete valores e o máximo é de 35 valores, sendo que quanto maior a

pontuação obtida, maior será o nível de empatia. Os valores mínimo e máximo para a dimensão da empatia afetiva são, respetivamente, três e 15 valores, e para a dimensão da empatia cognitiva são quatro e 20 valores. A versão portuguesa desta escala apresenta bons índices de consistência interna com valores de alfa de Cronbach de 0,79 para a totalidade da escala, 0,79 para a dimensão empatia afetiva e 0,84 para a dimensão empatia cognitiva. [41] Para o preenchimento desta escala, foi pedido que os participantes pensassem numa pessoa com PEA.

Para caracterizar a amostra foi passado um questionário sociodemográfico a cada participante, onde foram recolhidos os seguintes dados: género, idade, escolaridade, se já tinham ouvido falar de PEA e se conheciam alguém com essa perturbação.

Após a intervenção, foi passado um questionário sobre a apreciação subjetiva do grau de conhecimento com as seguintes questões: "Consideras que as sessões aumentaram o teu conhecimento sobre a PEA?", "Sentes que compreendes melhor as pessoas com PEA?" e "Depois das sessões, acreditas que a tua empatia para com pessoas com PEA aumentou, manteve-se ou diminuiu?". Foram ainda colocadas duas questões sobre o grau de satisfação com as sessões e com a oradora, avaliadas de um a cinco, sendo 1 – nada satisfeito e 5 – totalmente satisfeito, e uma pergunta aberta opcional sobre de que forma as sessões poderiam ser melhoradas. Este questionário teve como objetivo dar feedback à investigadora com o intuito de melhorar o programa.

2.3. Procedimentos

Este estudo, que faz parte de um estudo mais alargado do Laboratório de Reabilitação Psicossocial (LabRP) que pretende aumentar a literacia em saúde mental no distrito do Porto, foi submetido à apreciação e aprovação por parte da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto (ESS|P.Porto), tendo este o número do processo CE1232.

Para a utilização da BES-A solicitou-se e obteve-se autorização do autor da versão portuguesa da BES-A [41].

A recolha dos questionários decorreu num grupo de adolescentes entre os 13 e os 16 anos. Para isso, foi entregue um termo de consentimento informado, segundo a Declaração de Helsínquia [43], a cada encarregado de educação, que o preencheu de forma a oficializar a autorização da participação do seu educando no presente estudo. O consentimento informado descreve os objetivos do estudo e dá a garantia da confidencialidade dos dados recolhidos, mantendo o anonimato, bem como, a possibilidade de desistência do estudo sem qualquer penalização e assegura que a participação é voluntária.

Na intervenção foram realizadas três sessões em formato à distância através da plataforma Zoom, com a duração de uma hora, sendo todas aplicadas pelo investigador. No Quadro 1 pode ver-se os conteúdos de cada sessão.

Quadro 1. Sessões utilizadas no estudo

Sessão	Objetivos:	Descrição da sessão
1	<ul style="list-style-type: none"> - Preenchimento do questionário sociodemográfico; - Preenchimento da BES-A; - Dar a conhecer a PEA e as suas características. 	<p>No início da sessão, foram preenchidos o questionário sociodemográfico e a BES-A em formato <i>online</i> através do <i>Google Forms</i>.</p> <p>Ao longo da sessão foi abordado o conceito de PEA, a sua prevalência na população e os comportamentos característicos. Para melhor compreensão do tema, foi mostrado um vídeo sobre a perspetiva de uma criança com PEA a realizar atividades do dia a dia e, por fim, uma atividade para consolidação de conhecimentos, que consistiu na realização de um <i>Quiz</i> com cinco perguntas de escolha múltipla sobre o que é o autismo, quais as suas características e prevalência.</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> - Perceber quais as intervenções com pessoas com PEA; - Entender o que é a empatia e o <i>bullying</i> e de que forma estes conceitos se associam à PEA. 	<p>Nesta sessão, os temas abordados foram: intervenção com crianças com PEA; a empatia e o <i>bullying</i> (conceitos, tipos e relação com a PEA). Ao longo da sessão foram mostrados conteúdos audiovisuais para melhor compreensão dos conceitos abordados, assim como duas atividades para consolidação de conhecimentos:</p> <p>Atividade 1: apresentação de frases sobre a PEA para as quais os participantes tinham de dizer se era mito ou facto.</p> <p>Atividade 2: apresentação de três situações com crianças com PEA e para a qual eram dadas três opções de resposta para lidar com a situação.</p>

3	<ul style="list-style-type: none"> - Ouvir e interagir com uma pessoa com PEA; - Preenchimento da BES-A e questionário sociodemográfico. 	<p>Na parte inicial da sessão, os participantes tiveram oportunidade de ouvir um testemunho de uma pessoa com PEA com a qual podiam interagir colocando perguntas.</p> <p>No final da sessão os participantes preencheram a BES-A e as restantes questões do questionário sociodemográfico em formato <i>online</i> através do <i>Google Forms</i>.</p>
---	--	---

2.4. Métodos Estatísticos

Para a análise estatística recorreu-se ao software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 27 [44], sendo considerado um nível de significância de 0,05 para todos os testes aplicados.

Para caracterizar a amostra foi feita uma análise descritiva, utilizando medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão) para as variáveis discretas ou contínuas e valores absolutos (n) e valores percentuais (%) para as variáveis categóricas.

De seguida, foi realizada estatística inferencial, sendo antes testada a normalidade das variáveis em estudo, recorrendo ao teste Shapiro-Wilk. No caso do cumprimento da normalidade, utilizou-se o teste t-student para amostras emparelhadas para comparar os resultados obtidos na BES-A antes e após a intervenção. Para perceber se a empatia, nesta amostra, variava de acordo com a idade [45,46], a variável idade foi categorizada em dois grupos, um relativo aos participantes mais novos (13 e 14 anos) e o outro que englobava os participantes mais velhos (15 e 16 anos), tendo sido feita a comparação com recurso ao teste t-student para amostras independentes ou ao seu correspondente não paramétrico (teste U de Mann-Whitney). Para comparar os valores de empatia pré e pós-intervenção foi utilizado o teste t-student para amostras emparelhadas e, quando os pressupostos de normalidade não eram cumpridos, foi utilizado o teste de Wilcoxon.

3. Resultados

3.1. Caracterização da Amostra

A amostra deste estudo contou com um total de 23 adolescentes, dos quais 15 do sexo feminino (65,22%) e 8 do sexo masculino (34,78%) com idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos ($\mu = 14,09$; $\sigma = 1,08$). Relativamente ao ano de escolaridade, ressalva-se que mais de metade da amostra pertencia ao 8º ano (n=14; 60,87%) e os restantes dividiam-se pelo 7º ano (n=1; 4,35%), 9º ano (n=2; 8,69%) e 10º ano (n=6; 26,09) (Tabela 1).

Foi ainda possível observar que a maioria nos participantes já tinha ouvido falar em PEA (n=19; 82,61%), no entanto, apenas aproximadamente metade (n=12; 52,17%) conhecia ou já tinha contactado com alguém com PEA (Tabela 1).

Tabela 1. Informação descritiva da amostra

CARACTERÍSTICAS	Amostra (n=23)	
	n (%)	μ (σ)
Idade		
13	9 (39,13)	
14	6 (26,09)	14,09 (1,08)
15	5 (21,74)	
16	3 (13,04)	

n (%)

Sexo	
Feminino	15 (65,22)
Masculino	8 (34,78)
Ano de Escolaridade	
7º ano	1 (4,35)
8º ano	14 (60,87)
9º ano	2 (8,69)
10º ano	6 (26,09)
Já ouviste falar em PEA?	
Sim	19 (82,61)
Não	4 (17,39)
Conheces ou já tiveste contacto com alguém com PEA?	
Sim	12 (52,17)
Não	11 (47,83)

· = média; σ = desvio padrão; n = frequência absoluta; % = frequência relativa

3.2. Resultados da BES-A

Para verificar os efeitos da intervenção compararam-se os resultados obtidos para cada dimensão da escala (empatia afetiva e empatia cognitiva) e para o total da mesma. Ao analisar estas três componentes (empatia total, empatia afetiva e empatia cognitiva), em nenhuma foram encontradas diferenças significativas quando comparadas as médias do pré e pós-intervenção ($p=0,175$; $p=0,819$; $p=0,110$, respetivamente). No entanto, através da tabela 2 é possível observar que em todas as dimensões houve um ligeiro aumento das médias, significando um aumento da empatia.

Tabela 2. Valores obtidos na BES-A pré e pós-intervenção

	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Pré vs Pós
	· (σ)	· (σ)	p
Empatia Total	25,09 (3,53)	26,61 (3,78)	0,175 ^a
Empatia Afetiva	9,91 (2,50)	10,22 (2,54)	0,819 ^b
Empatia Cognitiva	15,17 (2,66)	16,39 (2,50)	0,110 ^a

^a Teste t para amostras emparelhadas; ^b teste *Wilcoxon*

3.3. Resultados da BES-A de acordo com a idade

No que se refere à empatia total, foram encontradas diferenças significativas antes da intervenção ($p=0,035$), sendo a média dos mais novos ($\cdot =26,20$) superior à dos mais velhos ($\cdot =23,00$) (Tabela 2). Por sua vez, no pós-intervenção, as diferenças entre as duas faixas etárias não foram significativas, havendo um ligeiro aumento nos mais novos e um aumento significativo ($p=0,034$) nos mais velhos como é possível de observar na Figura 1.

No que diz respeito à empatia afetiva, não foram encontradas diferenças significativas quando comparadas as duas faixas etárias e, dentro de cada uma delas, antes e depois da intervenção. No entanto, foi possível observar que os mais novos mantiveram o nível de empatia afetiva após a intervenção e os mais velhos aumentaram ligeiramente (Tabela 3).

Relativamente à empatia cognitiva, quando comparadas as duas faixas etárias, as diferenças não foram significativas. Embora tenha havido um aumento em ambas, apenas o aumento nos mais velhos foi significativo ($p=0,021$), ou seja, a média obtida antes da intervenção foi significativamente diferente da obtida depois (Tabela 3).

Tabela 3. Valores obtidos na BES-A pré e pós-intervenção de acordo com a idade

		Pré-intervenção		Pós-intervenção		Pré vs Pós
		\bar{x} (σ)	p	\bar{x} (σ)	p	p
Empatia Total	13 e 14 anos	26,20 (3,57)	0,035 ^a	26,80 (4,35)	0,748 ^a	0,696 ^c
	15 e 16 anos	23,00 (4,45)		26,25 (2,61)		0,034 ^c
Empatia Afetiva	13 e 14 anos	10,33 (2,53)	0,259 ^b	10,33 (2,80)	0,772 ^b	0,849 ^d
	15 e 16 anos	9,13 (2,42)		10,00 (2,14)		0,481 ^d
Empatia Cognitiva	13 e 14 anos	15,87 (2,56)	0,087 ^a	16,47 (2,92)	0,848 ^a	0,565 ^c
	15 e 16 anos	13,88 (2,48)		16,25 (1,58)		0,021 ^c

^a Teste t para amostras independentes; ^b Teste U de *Mann-Whitney*; ^c Teste t para amostras emparelhadas; ^d Teste *Wilcoxon*

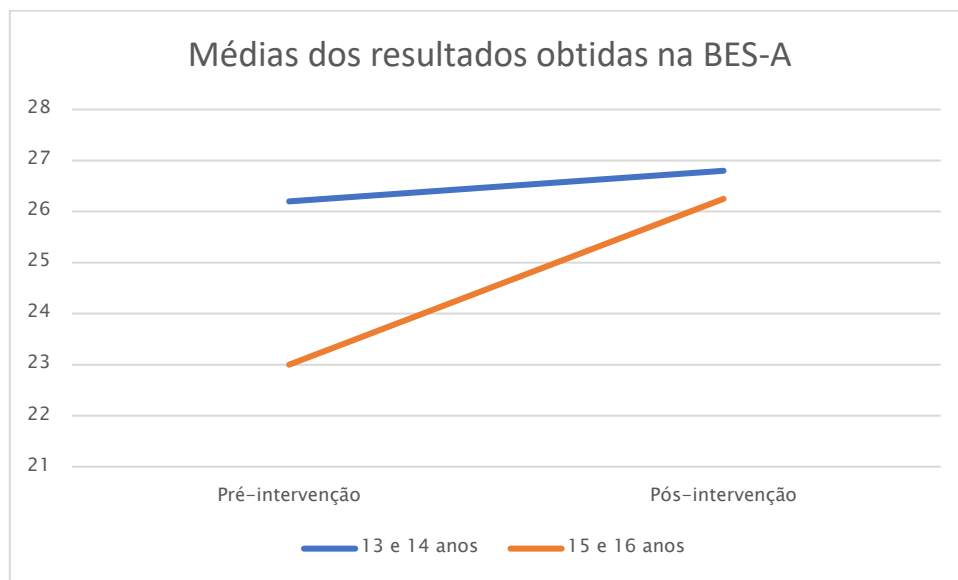


Figura 1. Valores obtidos na BES-A pré e pós-intervenção

4. Discussão

O presente estudo teve como objetivo verificar o impacto de um Programa de Promoção de Literacia em Saúde Mental: Projeto para Educação na Perturbação do Espectro do Autismo no aumento de empatia para com pessoas com PEA na população jovem.

Com a aplicação do presente programa, seria expectável que os resultados obtidos na BES-A aumentassem, visto que o conhecimento reduzido sobre uma determinada patologia está relacionado com um maior estigma, e este está associado a baixos níveis de empatia [19], o que significa que melhorar o conhecimento em saúde mental iria melhorar as atitudes em relação à pessoa com doença mental e, conseqüentemente, diminuir o estigma [47]. Skre e colaboradores [48] investigaram se a literacia em saúde mental poderia ser melhorada através de um programa de literacia e prevenção em saúde mental, em alunos dos 13 aos 15 anos, e concluíram que a literacia melhorou após a implementação do programa. Milin e colaboradores [47] e Kutcher e colaboradores [49], ao avaliarem a eficácia de uma intervenção em literacia em saúde mental no conhecimento e estigma nas escolas, concluíram que o estigma diminuiu e o conhecimento aumentou. Além disso, Kuzminski e colaboradores [50] mostraram, no seu estudo, que o aumento do conhecimento sobre PEA

influencia as atitudes em relação a esta perturbação de forma positiva. Assim, apesar de os resultados obtidos não terem sido significativos, parece haver uma tendência para que haja melhorias da empatia após a intervenção, logo, o objetivo deste estudo foi parcialmente atingido. Isto pode estar relacionado com o facto de no presente programa ter havido um intervalo de uma semana entre cada sessão, algo que não acontece nos estudos anteriormente mencionados, onde a intervenção foi feita com menos tempo de intervalo [47 – 49]. Além disso, os estudos mostram programas de intervenção que duram no mínimo 6 horas, logo, no presente estudo o tempo de intervenção pode não ter sido suficiente para atingir o objetivo [47,49].

Relativamente à população deste estudo, é importante mencionar que a adolescência é um período caracterizado por diversas mudanças a nível biológico, psicológico e social [51,52], assim tornou-se importante avaliar a empatia da população jovem para com a PEA, dado que baixos níveis de empatia promovem o comportamento antissocial e associado a este surge o estigma [19] que leva a comportamentos agressivos/*bullying* por parte dos pares [26]. Além disso, segundo Graaff [53], apesar dos primeiros sinais de empatia se revelarem na infância, a capacidade de mostrar empatia afetiva e cognitiva só é visível a partir da adolescência. Os estudos de Blakemore e colaboradores [54] e de Decety [55] comprovaram que existem regiões cerebrais ligadas tanto à componente cognitiva como afetiva da empatia e que ambas sofrem mudanças estruturais significativas ao longo da adolescência. Assim, quando foram analisados os resultados obtidos na BES-A de acordo com a idade, constatou-se que, antes da intervenção, os participantes mais novos apresentaram uma média de empatia significativamente superior aos mais velhos, ou seja, os participantes mais novos apresentaram um nível de empatia maior para com pessoas com PEA, antes da intervenção. Estes resultados estão em concordância com o estudo de Tonnsen e Hann [56] que analisaram as atitudes dos alunos do ensino médio em relação a um par fictício com PEA e descobriram que as atitudes afetivas e comportamentais em relação ao autismo diminuíram com o aumento da idade dos adolescentes. Também no estudo de White e colaboradores [57], os jovens dos 14 aos 15 anos relataram querer mais distância social e emocional do jovem com PEA do que os jovens dos 11 aos 12 anos. Ainda, no estudo de Kaushik e colaboradores [58], concluíram que o conhecimento das dificuldades das pessoas com perturbações mentais melhorou com o aumento da idade, no entanto, crenças estigmatizantes também tendiam a aumentar ao longo da adolescência. E, segundo Blakemore e Choudhury [59], o desenvolvimento da empatia pode sofrer um declínio temporário coincidente com a fase da puberdade. Porém, a literatura sobre este tema não é clara uma vez que também existem estudos que mostram que a empatia se desenvolve ao longo da adolescência, aumentando com a idade. [60 – 62] Por exemplo, Allemann e colaboradores [63] estudaram o desenvolvimento da empatia ao longo dos anos da adolescência acompanhando os jovens desde os 12 aos 16 anos, concluindo que a empatia tende a aumentar em função da idade.

Este programa mostrou ter mais impacto nos jovens mais velhos visto que, como estes apresentaram uma menor empatia antes da intervenção, havia mais espaço para evolução e, além disso, o estudo de Milin e colaboradores [47], mostrou que a idade e o nível de maturidade podem ter impacto na eficácia de programas de literatura em saúde mental, o que significa que, quanto mais elevada for a idade, maior o nível de maturidade, o que aumenta a eficácia destes programas. Por sua vez, os participantes mais novos, mostraram mais dificuldades em aumentar os níveis de empatia, o que pode ser explicado por estarem ainda na fase de desenvolver as suas capacidades de ter empatia e de se colocar no lugar do outro, compreendendo a sua perspetiva. Os estudos de Humphrey e colaboradores [64] e Bensalah e colaboradores [65] mostram que a empatia, principalmente a dimensão cognitiva, aumenta com a idade, o que significa que os mais novos tendem a agir de uma forma mais imatura e egocêntrica, mostrando mais dificuldades em se colocar no lugar do outro.

Com a BES-A, foi possível avaliar as duas componentes da empatia: afetiva e cognitiva. No que diz respeito à empatia afetiva, não se observaram alterações significativas, tendo-se mantido igual após a intervenção nos participantes mais novos e ligeiramente superior nos mais velhos. Relativamente à empatia cognitiva, a média dos valores obtidos antes da intervenção era inferior nos mais velhos, no entanto, após a intervenção houve um aumento significativo deste grupo e os valores das duas faixas etárias ficaram muito próximos. Estes resultados podem estar relacionados com o facto de a empatia afetiva se desenvolver logo na infância, enquanto que a empatia cognitiva se desenvolve, de forma prolongada, ao longo da adolescência [66], pelo que, a empatia cognitiva leva mais tempo para amadurecer e pode não se ter, ainda, manifestado completamente [67]. No entanto, Marshall e colaboradores [68] e Graaff e colaboradores [69] descobriram, nos seus estudos, que a empatia afetiva previu o desenvolvimento da empatia cognitiva, o que pode significar que os resultados obtidos neste estudo para a empatia afetiva podem prever que venha a existir um crescimento idêntico na empatia cognitiva.

Este estudo apresenta como limitações o ter uma amostra reduzida, o que não torna possível de generalizar os resultados obtidos para a população da mesma faixa etária estudada. Além disso, o programa decorreu por videoconferência, com as sessões aplicadas em formato à distância, o que poderá ter influenciado a concentração e atenção durante as mesmas.

Em investigações futuras, como a amostra deste estudo era de pequena dimensão, suficiente para um estudo piloto, mas insuficiente para comprovar a eficácia da intervenção, seria importante aumentar o número de participantes e constituir um grupo de controlo e um experimental, de preferência com alocação randomizada.

Avaliar o impacto e perceber a eficácia de programas de literacia em saúde mental sobre diversas patologias em crianças e jovens torna-se fundamental para que, posteriormente, sejam aplicados em diferentes faixas etárias e, desta forma, contribuir para a diminuição do estigma e de preconceitos e aumento da empatia para com pessoas com perturbações mentais.

5. Conclusão

Os resultados obtidos neste estudo, embora não tenham demonstrado ser estatisticamente significativos, sugerem haver uma tendência para a melhoria da empatia após a implementação do Programa de Literacia em Saúde Mental sobre Perturbação do Espectro do Autismo. Além disso, foi possível concluir que a idade tem uma influência significativa nos níveis de empatia em relação à PEA.

Dado que a investigadora está a terminar a licenciatura em Terapia Ocupacional, este estudo mostra-se importante para a sua prática futura, visto que o aumento da literacia em saúde é um dos objetivos da intervenção da Terapia Ocupacional, com impacto na qualidade de vida e bem-estar dos seus clientes. Assim, numa perspetiva de atuação ao nível da comunidade, poderá intervir ao nível das escolas do 3º ciclo e secundário dando formações sobre a PEA de modo a diminuir o estigma e aumentar a empatia para, assim, permitir a aceitação e facilitar o processo de inclusão de pessoas com esta patologia em contexto escolar, social e, futuramente, laboral. Além disso, seria importante ajudar os jovens a perceber o impacto das suas atitudes para com as pessoas com PEA. Tudo isto com o objetivo de potenciar e promover a autonomia e independência da população com PEA.

6. Considerações Finais

A Terapia Ocupacional pela sua visão única do indivíduo, ambiente e ocupações é um ator único para considerar fatores e competências do cliente e como afetam a participação em atividades ou ocupações diárias, promovendo a participação efetiva e produtiva em ocupações e ambientes variados. A literacia em saúde é um fator que influencia na promoção da saúde e o enquadramento da prática da Terapia Ocupacional inclui a promoção da saúde como uma intervenção. Assim, a fim de promover a saúde e bem-estar, os terapeutas devem estar conscientes de que esta é uma área de intervenção muito importante, sendo um requisito para uma adequada prática da Terapia Ocupacional.

7. Referências

1. Nutbeam D, Kickbusch I. Health promotion glossary. *Health Promot Int.* 1998;13(4):349-364. doi:10.1093/heapro/13.4.349
2. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: A review of progress. *Health Promot Int.* 2018;33(5):901-911. doi:10.1093/heapro/dax015
3. Muslic L, Buric DJ, Markelic M, Milanovic SM. Mental health literacy. *Soc Psihijatr.* 2021;48(3):324-343. doi:10.24869/SPSIH.2020.324
4. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry.* 2015;15(1). doi:10.1186/s12888-015-0681-9
5. Furnham A, Sjøkvist P. Empathy and Mental Health Literacy. *HLRP Heal Lit Res Pract.* 2017;1(2). doi:10.3928/24748307-20170328-01
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed.; 2013.
7. Hinbest C, Chmiliar L. Autism as a Global Challenge: Examining the Increased Childhood Prevalence of Autism. *J Student Res.* 2021;10(1). doi:10.47611/jsr.v10i1.1157

8. Swann J. Autism and the autistic spectrum. *Nurs Resid Care*. 2021;23(4):1–2. doi:10.12968/nrec.2021.23.4.1
9. Kodak T, Bergmann S. Autism Spectrum Disorder: Characteristics, Associated Behaviors, and Early Intervention. *Pediatr Clin North Am*. 2020;67(3):525–535. doi:10.1016/j.pcl.2020.02.007
10. Underwood JFG, DelPozo-Banos M, Frizzati A, John A, Hall J. Short Report: A National E-Cohort Study of Incidence and Prevalence of Autism. *medRxiv*. Published online 2021. doi:10.1101/2021.02.17.21250756
11. Oliveira G, Ataíde A, Marques C, et al. Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: Prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Dev Med Child Neurol*. 2007;49(10):726–733. doi:10.1111/j.1469-8749.2007.00726.x
12. Fombonne E. Editorial: The rising prevalence of autism. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2018;59(7):717–720. doi:10.1111/jcpp.12941
13. Joon P, Kumar A, Parle M. What is autism? *Pharmacol Reports*. Published online 2021. doi:10.1007/s43440-021-00244-0
14. Robertson CE, Baron-Cohen S. Sensory perception in autism. *Nat Rev Neurosci*. 2017;18(11):671–684. doi:10.1038/nrn.2017.112
15. Fletcher-Watson S, Bird G. Autism and empathy: What are the real links? *Autism*. 2019;24(1):3–6. doi:10.1177/1362361319883506
16. Smith J. What is empathy for? *Synthese*. 2015;194(3):709–722. doi:10.1007/s11229-015-0771-8
17. Zhuravlova L, Chebykin O. *The Development of Empathy*. Routledge; 2021. doi:10.4324/9781003145370
18. Harmsen IE. Empathy in Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2019;49(10):3939–3955. doi:10.1007/s10803-019-04087-w
19. Van Noorden THJ, Haselager GJT, Cillessen AHN, Bukowski WM. Empathy and Involvement in Bullying in Children and Adolescents: A Systematic Review. *J Youth Adolesc*. 2015;44(3):637–657. doi:10.1007/s10964-014-0135-6
20. Sosnowski MJ, Brosnan SF. Pro-social Behavior. In: *Encyclopedia of Animal Cognition and Behavior*. Springer International Publishing; 2019:1–10. doi:10.1007/978-3-319-47829-6_1410-1
21. Burt SA, Donnellan MB, Iacono WG, McGue M. Age-of-onset or behavioral sub-types? A prospective comparison of two approaches to characterizing the heterogeneity within antisocial behavior. *J Abnorm Child Psychol*. 2011;39(5):633–644. doi:10.1007/s10802-011-9491-9
22. Hurley-Hanson AE, Giannantonio CM, Griffiths AJ. The Stigma of Autism. In: ; 2019:21–45. doi:10.1007/978-3-030-29049-8_2
23. Cage E, Di Monaco J, Newell V. Understanding, attitudes and dehumanisation towards autistic people. *Autism*. 2019;23(6):1373–1383. doi:10.1177/1362361318811290
24. Kuzminski R, Netto J, Wilson J, Falkmer T, Chamberlain A, Falkmer M. Linking knowledge and attitudes: Determining neurotypical knowledge about and attitudes towards autism. *PLoS One*. 2019;14(7). doi:10.1371/journal.pone.0220197
25. Stronach S, Wiegand S, Mentz E. Brief Report: Autism Knowledge and Stigma in University and Community Samples. *J Autism Dev Disord*. 2018;49(3):1298–1302. doi:10.1007/s10803-018-3825-1
26. Broady TR, Stoyles GJ, Morse C. Understanding carers' lived experience of stigma: the voice of families with a child on the autism spectrum. *Heal Soc Care Community*. 2015;25(1):224–233. doi:10.1111/hsc.12297
27. Park I, Gong J, Lyons GL, et al. Prevalence of and factors associated with school bullying in students with autism spectrum disorder: A cross-cultural meta-analysis. *Yonsei Med J*. 2020;61(11):909–922. doi:10.3349/ymj.2020.61.11.909
28. Maiano C, Normand CL, Salvas MC, Moullec G, Aimé A. Prevalence of School Bullying Among Youth with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Autism Res*. 2016;9(6):601–615. doi:10.1002/aur.1568
29. Campbell M, Hwang YS, Whiteford C, et al. Bullying Prevalence in Students with Autism Spectrum Disorder. *Australas J Spec Educ*. 2017;41(2):101–122. doi:10.1017/jse.2017.5
30. Olweus D. School bullying: Development and some important challenges. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:751–780. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516
31. Hwang S, Kim YS, Koh YJ, Leventhal BL. Autism Spectrum Disorder and School Bullying: Who is the Victim? Who is the Perpetrator? *J Autism Dev Disord*. 2018;48(1):225–238. doi:10.1007/s10803-017-3285-z
32. Longobardi C, Borello L, Thornberg R, Settanni M. Empathy and defending behaviours in school bullying: The mediating role of motivation to defend victims. *Br J Educ Psychol*. 2020;90(2):473–486. doi:10.1111/bjep.12289
33. Kallman J, Han J, Vanderbilt DL. What is bullying? *Clin Integr Care*. 2021;5:100046. doi:10.1016/j.intcar.2021.100046
34. Siregar AR. Bullying at School and Impact of Empathy Training. *J Soc Sci Res*. 2019;(51):117–120. doi:10.32861/jssr.51.117.120
35. Dodaj A. The effect of empathy on involving in bullying behavior. *Paediatr Today*. 2013;9(1):91–101. doi:10.5457/p2005-114.66
36. Cohen L, Manion L, Morrison K. *Research Methods in Education*. 7th ed. Routledge; 2011. doi:https://doi.org/10.4324/9780203720967
37. Watson R. Quantitative research. *Nurs Stand*. 2015;29(31):44–48. doi:10.7748/ns.29.31.44.e8681
38. Goodman MS, Zhang L. Quantitative research methods. In: *Public Health Research Methods for Partnerships and Practice*. 1st ed. Routledge; 2017:32.
39. Elfil M, Negida A. Sampling methods in clinical research; an educational review. *Arch Acad Emerg Med*. 2019;7(1):52. doi:10.22037/emergency.v5i1.15215
40. Kumar V, Leone RP, Aaker DA, Day GS. *Marketing Research*. 13th ed. Wiley; 2018.
41. Pechorro P, Jesus SN, Kahn RE, Gonçalves RA, Barroso R. A Versão Breve da Escala de Empatia Básica numa Amostra Escolar de Jovens Portugueses: Validade, Fiabilidade e Invariância. *Rev Iberoam Diagnostico y Eval Psicol*. 2018;4(49):157–

169. doi:10.21865/RIDEP49.4.13
42. Jolliffe D, Farrington DP. Development and validation of the Basic Empathy Scale. *J Adolesc.* 2006;29(4):589–611. doi:10.1016/j.adolescence.2005.08.010
43. Association. WM. World medical association declaration of helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Bull World Health Organ.* 2001;79(4):373–374. doi:10.1590/S0042-96862001000400016
44. SPSS Statistics | IBM. Accessed July 6, 2021. <https://www.ibm.com/products/spss-statistics>
45. Vetter NC, Altgassen M, Phillips L, Mahy CEV, Kliegel M. Development of affective theory of mind across adolescence: Disentangling the role of executive functions. *Dev Neuropsychol.* 2013;38(2):114–125. doi:10.1080/87565641.2012.733786
46. Allemand M, Steiger AE, Fend HA. Empathy Development in Adolescence Predicts Social Competencies in Adulthood. *J Pers.* 2015;83(2):229–241. doi:10.1111/jopy.12098
47. Milin R, Kutcher S, Lewis SP, et al. Impact of a Mental Health Curriculum on Knowledge and Stigma among High School Students: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(5):383–391.e1. doi:10.1016/j.jaac.2016.02.018
48. Skre I, Friborg O, Breivik C, Johnsen LI, Arnesen Y, Wang CEA. A school intervention for mental health literacy in adolescents: Effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health.* 2013;13(1). doi:10.1186/1471-2458-13-873
49. Kutcher S, Wei Y, Morgan C. Successful application of a Canadian mental health curriculum resource by usual classroom teachers in significantly and sustainably improving student mental health literacy. *Can J Psychiatry.* 2015;60(12):580–586. doi:10.1177/070674371506001209
50. Kuzminski R, Netto J, Wilson J, Falkmer T, Chamberlain A, Falkmer M. Linking knowledge and attitudes: Determining neurotypical knowledge about and attitudes towards autism. *PLoS One.* 2019;14(7). doi:10.1371/journal.pone.0220197
51. Gaete V. Adolescent psychosocial development. *Rev Chil Pediatr.* 2015;86(6):436–443. doi:10.1016/j.rchipe.2015.07.005
52. Blakemore SJ. Development of the social brain in adolescence. *J R Soc Med.* 2012;105(3):111–116. doi:10.1258/jrsm.2011.110221
53. Graaff J van der. *Empathy in Adolescence.* Universiteit Utrecht; 2014. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1979-06730-001&site=ehost-live>
54. Blakemore SJ, Burnett S, Dahl RE. The role of puberty in the developing adolescent brain. *Hum Brain Mapp.* 2010;31(6):926–933. doi:10.1002/hbm.21052
55. Decety J. The neurodevelopment of empathy in humans. *Dev Neurosci.* 2010;32(4):257–267. doi:10.1159/000317771
56. Tonnsen BL, Hahn ER. Middle School Students' Attitudes Toward a Peer with Autism Spectrum Disorder. *Focus Autism Other Dev Disabl.* 2016;31(4):262–274. doi:10.1177/1088357614559213
57. White R, Barreto M, Harrington J, Kapp SK, Hayes J, Russell G. Is disclosing an autism spectrum disorder in school associated with reduced stigmatization? *Autism.* 2020;24(3):744–754. doi:10.1177/1362361319887625
58. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Res.* 2016;243:469–494. doi:10.1016/j.psychres.2016.04.042
59. Blakemore SJ, Choudhury S. Development of the adolescent brain: Implications for executive function and social cognition. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2006;47(3–4):296–312. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01611.x
60. Masten CL, Eisenberger NI, Pfeifer JH, Colich NL, Dapretto M. Associations among pubertal development, empathic ability, and neural responses while witnessing peer rejection in adolescence. *Child Dev.* 2013;84(4):1338–1354. doi:10.1111/cdev.12056
61. Schwenck C, Mergenthaler J, Keller K, et al. Empathy in children with autism and conduct disorder: Group-specific profiles and developmental aspects. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2012;53(6):651–659. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02499.x
62. Geng Y, Xia D, Qin B. The Basic Empathy Scale: A Chinese validation of a measure of Empathy in adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2012;43(4):499–510. doi:10.1007/s10578-011-0278-6
63. Allemand M, Steiger AE, Fend HA. Empathy Development in Adolescence Predicts Social Competencies in Adulthood. *J Pers.* 2015;83(2):229–241. doi:10.1111/jopy.12098
64. Humphrey G, Dumontheil I. Development of Risk-Taking, Perspective-Taking, and Inhibitory Control During Adolescence. *Dev Neuropsychol.* 2016;41(1–2):59–76. doi:10.1080/87565641.2016.1161764
65. Bensalah L, Stefaniak N, Carre A, Besche-Richard C. The Basic Empathy Scale adapted to French middle childhood: Structure and development of empathy. *Behav Res Methods.* 2016;48(4):1410–1420. doi:10.3758/s13428-015-0650-8