

# **Literacia em Saúde Mental e Estigma em Enfermeiros**

**Versão Final Após Defesa**

**Maria Luís Martins Pires**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Psicologia Clínica e da Saúde**

2º ciclo de estudos



# **Literacia em saúde mental e estigma em enfermeiros**

**Versão Final Após Defesa**

**Maria Luís Martins Pires**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Psicologia Clínica e da Saúde**

2<sup>o</sup> ciclo de estudos

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Carla Sofia Lucas do Nascimento  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Susana Loureiro Saraiva de Carvalho

**Agosto de 2023**



## **Declaração de Integridade**

Eu, Maria Luís Martins Pires, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M10600 de 2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridade da Universidade da Beira Interior**.

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

Universidade da Beira Interior, Covilhã 21/08/2023

Maria Luís Martins Pires



# Agradecimentos

Foram várias as pessoas que cruzaram o meu caminho, que o marcaram e que contribuíram, para esteja agora a chegar ao fim de uma etapa bonita da minha vida. Resta-me agradecer-lhes, como todo o meu amor e carinho, e garantir que farão sempre parte desta caminhada tão bonita que foi o meu percurso académico.

Em primeiro lugar, quero agradecer de coração à Prof<sup>a</sup> Doutora Carla, a minha orientadora. Pela proximidade, pelo apoio e disponibilidade. Ao longo deste período, e de altos e baixos, esteve sempre presente e teve sempre as palavras certas nos momentos certos. Permitiu-me acreditar sempre nas minhas capacidades e que conseguiria chegar aqui. Com ela aprendi muito. Agradeço também à Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Saraiva, por toda a atenção e disponibilidade prestadas. Obrigada, professoras.

Aos meus pais, por terem tornado tudo isto possível. Por todo o amor e apoio incondicional. A ti mãe, pela dedicação e por me permitires ver sempre o lado da emoção. A ti pai, pelo apoio e por me fazeres olhar para as coisas pela sua razão. Consegui o equilíbrio perfeito através visão dos dois.

Ao meu irmão, o meu primeiro melhor amigo, aquele em quem mais confio. Por nunca, em momento algum me abandonar, pelas palavras, pelo apoio. Pelas lágrimas e gargalhadas, pelos bons momentos e outros nem tão bons. Porque mesmo sendo mais novo, é um exemplo de bondade e de ser humano.

Ao Nuno, meu namorado. Por ser a minha maior força, por me fazer acreditar e por mostrar todos os dias o orgulho que tem em mim. Nunca me deixou ir abaixo e segurou-me, sempre! Obrigada por todo o amor.

À Telma, minha cunhada e amiga, que me encorajou muito e nunca em momento algum me deixou duvidar que conseguiria. No momento certo, foi a força que eu precisava.

Às minhas amigas, por saber que estão sempre lá quando preciso. Pela paciência, pela amizade e por todos os momentos partilhados. Farão sempre parte da minha vida.

A toda a minha família, que sempre me encorajaram e acreditaram em mim.

Obrigada, também à Covilhã e à Universidade da Beira Interior, que tão bem me acolheram durante estes anos, vão deixar saudades.

## **Resumo**

Vários estudos indicam que ao longo dos últimos anos, os níveis de Literacia em Saúde Mental (LSM) têm vindo a aumentar e como tal, aparentemente existe um decréscimo nos níveis de discriminação e estereótipos sobre as doenças mentais. Assim o presente estudo tem como objetivo geral a análise de uma possível relação entre a LSM e o estigma em enfermeiros.

Este é um estudo quantitativo, exploratório e transversal. A amostra foi constituída por 71 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (76.1%), com idades compreendidas entre os 21 e os 61 anos. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico, bem como ao Questionário de Literacia em Saúde Mental – jovem adulto (LSMq –jovem adulto) e ao Questionário de Atribuição (AQ-9) para avaliar o estigma.

Os resultados revelaram níveis elevados de LSM, bem como níveis acima da média de estigma. Foram observadas algumas relações entre fatores da LSM e do estigma com as habilitações literárias, bem como com o facto de ter ou não especialidade. As análises estatísticas revelam ainda relações, maioritariamente negativas, entre a LSM e o estigma. Conclui-se a importância de fomentar os níveis de LSM com o intuito de promover a diminuição dos níveis de estigma.

## **Palavras-chave**

Literacia em saúde mental; Estigma; Enfermeiros



# **Abstract**

Over the last few years, several studies indicate that levels of Mental Health Literacy (MHL) have been increasing. Therefore, it seems that there is a decrease in the levels of discrimination and stereotypes concerning mental illness. Thus, the present study aims to analyse the possible relationship between MHL and stigma in nurses.

This is a quantitative, exploratory and cross-sectional study. The sample consisted of 71 nurses, mostly female (76.1%), aged between 21 and 61 years. Participants answered a sociodemographic questionnaire, as well as the Mental Health Literacy Questionnaire – young adult (MHLq – young adult) and the Attribution Questionnaire (AQ-9) to assess stigma.

The results revealed high levels of MHL as well as above-average levels of stigma. Some relationships were observed between MHL and stigma factors with educational qualifications, as well as with having or not having a specialty. Statistical analysis also reveals relationships, mostly negative, between MHL and stigma. It concludes the importance of improving the levels of MHL to promote the reduction of levels of stigma.

## **Keywords**

Mental Health Literacy;Stigma;Nurses



# Índice

Lista de Figuras .....	xv
Lista de Tabelas .....	xvii
Lista de Acrónimos.....	xix
Introdução.....	1
Literacia em saúde mental e estigma em enfermeiros.....	3
Introdução.....	5
Material e Método .....	10
Resultados .....	17
Discussão.....	23
Considerações Finais .....	29
Referências Bibliográficas .....	31
Apêndice Teórico.....	37



# **Lista de Figuras**

Figura 1- Estrutura Interativa de Literacia em Saúde .....	39
Figura 2 - Modelo Conceptual de Literacia em Saúde.....	41
Figura 3 - Fatores que influenciam a procura de tratamento por parte de pacientes....	49



## Lista de Tabelas

Tabela 1 - <i>Caracterização Sociodemográfica dos Participantes</i> .....	14
Tabela 2 - <i>Caracterização da amostra nas questões relativas à Saúde Mental</i> .....	16
Tabela 3 - <i>Estatística Descritiva do Questionário de Literacia em Saúde Mental</i> .....	17
Tabela 4 - <i>Estatística Descritiva do Questionário de Atribuição</i> .....	17
Tabela 5 - <i>Análise das diferenças das médias do LSMq em relação às habilitações literárias</i> .....	18
Tabela 6 - <i>Análise do efeito das diferenças de médias do Fator 3 do LSMq em relação às habilitações literárias</i> .....	19
Tabela 7 - <i>Análise das diferenças das médias do AQ-9 em relação às habilitações literárias</i> .....	19
Tabela 8 - <i>Análise do efeito das diferenças das médias dos estereótipos perigosidade, ajuda e evitação do AQ-9 em relação às habilitações literárias</i> .....	20
Tabela 9 - <i>Resultados da correlação de Pearson entre os valores obtidos nos Questionários AQ-9 e LSMq</i> .....	21



## **Lista de Acrónimos**

AMA	Associação Americana de Medicina
AQ-9	Questionário de Atribuição
ERPI	Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
LSM	Literacia em Saúde Mental
LSMq	Questionário de Literacia em Saúde Mental- jovem adulto
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPP	Ordem dos Psicólogos Portugueses
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UNESCO	United Nations Educational Scientific and Cultural Organization
WHO	World Health Organization



# Introdução

A dissertação aqui apresentada encontra-se incluída no projeto “Avaliação da Literacia em Saúde Mental”, que tem objetivo a avaliação dos níveis de Literacia em Saúde Mental (LSM) em profissionais de saúde. Esta avaliação pretende a recolha de dados com o intuito de auxiliar a fundamentar intervenções psicoterapêuticas adequadas na população em estudo. Esta dissertação vai ser apresentada em formato de artigo científico e por tal apresenta-se de acordo com as normas da *Revista Psicologia e Saúde*. Este documento de dissertação inclui um apêndice teórico, com o intuito de aprofundar alguns dos fundamentos teóricos que norteiam este estudo.

Wallendorf (2001) afirma que a literacia é considerada uma habilidade individual do ser humano que tende a permanecer estável durante a vida adulta. Fracas competências de literacia em saúde resultam em escolhas menos saudáveis, comportamentos mais arriscados, menos autogestão e mais hospitalização (Kickbusch et. al., 2013). Nesta linha surge a importância de analisar de forma particular a literacia em Saúde Mental (LSM) (Loureiro et al., 2012). A compreensão de LSM segundo Galustyan (2019), deve incluir diversos aspetos dos quais se destacam: a doença em si mesma; os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos; os tipos de comunicação e a forma como se deve lidar com uma pessoa com doença mental. Esta ideia vai em linha com o Modelo Conceptual da LSM, uma vez que este refere que a LSM deve ter na sua base os conceitos associados à compreensão, capacitação e comunicação com os pacientes portadores de doença mental (Mancuso, 2008).

A par com o estudo da LSM, surge nos últimos anos alguns estudos relativos ao estigma em saúde mental (Xavier et. al., 2013). Segundo Smith (2002), parece não existir uma definição única do conceito de estigma, ainda assim, as diversas definições parecem ter em comum a noção de que a formação do estigma passa pela perceção da noção de diferença. O estigma sobre a saúde mental na população em geral, parece existir também nos profissionais de saúde, sendo que estes podem ser influenciados pela visão que têm da doença mental, e expressam mais atitudes negativas em relação ao avanço do tratamento em pessoas com doença mental em comparação com a restante população (Hsiao, et. al., 2015).

Assim compreende-se que o estudo da LSM e do estigma na população dos enfermeiros seja pertinente. Neste âmbito, estudos têm demonstrado que, por um lado, uma atitude positiva, por parte dos enfermeiros, em relação à doença mental aponta para melhores resultados na recuperação dos doentes (Neupane, 2016), por outro lado

a eficácia dos tratamentos dos indivíduos com doença mental pode ser dificultada e influenciada pelas crenças negativas que os profissionais de saúde possam ter em relação à doença (Tambag, 2018).

Tendo por base diversas investigações, considerou-se pertinente a realização deste estudo com o objetivo de analisar os níveis de LSM, bem como os de estigma numa população de enfermeiros. Pretendeu-se ainda analisar de forma genérica as possíveis relações entre os níveis de LSM e os níveis de estigma com as habilitações literárias bem como com a especialidade dos participantes. Este estudo assume um carácter quantitativo, descritivo, transversal e exploratório. O estudo foi composto por um protocolo de investigação no qual se encontrava, o Consentimento Livre e Informado, Questionário Sociodemográfico, Questionário de Literacia em Saúde Mental – jovem adulto (LSMq – jovem adulto) e o Questionário de Atribuição (AQ-9). Este protocolo de autopreenchimento em papel e lápis, foi distribuído em ERPI (Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas), bem como em Hospitais e Centros e Saúde. A amostra recolhida conta com 71 participantes, na sua maioria do sexo feminino (76.1%), com idades compreendidas entre os 21 e os 61 anos ( $M=42.87$ ).

Tal como já referido, este estudo torna-se pertinente não só pela importância que a LSM e o estigma apresentam ao nível da saúde mental de toda a população, bem como pelo facto de que entre os diversos profissionais de saúde, os enfermeiros se apresentam como sendo os que contactam com maior frequência com a população com e sem patologia. Apesar de diversos estudos abordarem estes temas surge ainda alguma escassez de trabalhos deste âmbito na população portuguesa, o que leva a que este estudo possa ser analisado como exploratório. Com a presente investigação pretende-se contribuir para a criação de programas que promovam o aumento dos níveis de LSM e diminuição dos níveis de estigma na população em análise contribuindo assim para uma intervenção primária na área da saúde mental. Pretende-se ainda, contribuir para a criação de protocolos de intervenção psicoterapêutica tendo por base o aumento dos níveis de LSM e diminuição do auto-estigma em toda a população com doença mental.

# **Literacia em saúde mental e estigma em enfermeiros**

*Maria Luís Martins Pires  
FCSH UBI – Departamento de Psicologia e Educação*

*Carla Sofia Lucas do Nascimento  
FCSH UBI – Departamento de Psicologia e Educação  
Sport, Health and Exercise Research Unit (SHERU). Instituto Politécnico de Castelo Branco*

*Paula Susana Loureiro Saraiva de Carvalho  
FCSH UBI – Departamento de Psicologia e Educação*

## **Resumo**

Vários estudos indicam que ao longo dos últimos anos, os níveis de Literacia em Saúde Mental (LSM) têm vindo a aumentar e como tal, aparentemente existe um decréscimo nos níveis de discriminação e estereótipos sobre as doenças mentais. Assim o presente estudo como objetivo o estudo da LSM e do estigma em enfermeiros. Este é um estudo quantitativo, exploratório e transversal. A amostra foi constituída por 71 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (76.1%), com idades compreendidas entre os 21 e os 61 anos. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico, bem como ao Questionário de Literacia em Saúde Mental – jovem adulto (LSMq –jovem adulto) e ao Questionário de Atribuição (AQ-9) para avaliar o estigma. Os resultados revelaram níveis elevados de LSM, bem como níveis acima da média de estigma. Foram observadas algumas relações entre fatores da LSM e do estigma com as habilitações literárias, bem como com o facto de ter ou não especialidade. As análises estatísticas revelam ainda relações, maioritariamente negativas, entre a LSM e o estigma. Conclui-se a importância de fomentar os níveis de LSM com o intuito de promover a diminuição dos níveis de estigma.

*Palavras-Chave: Literacia em saúde mental, Estigma, Enfermeiros*

## **Abstract**

Over the last few years, several studies indicate that levels of Mental Health Literacy (MHL) have been increasing. Therefore, it seems that there is a decrease in the levels of discrimination and stereotypes concerning mental illness. Thus, the present study aims to study MHL and stigma in nurses. This is a quantitative, exploratory and cross-sectional study. The sample consisted of 71 nurses, mostly female (76.1%), aged between 21 and 61 years. Participants answered a sociodemographic questionnaire, as well as the Mental Health Literacy Questionnaire – young adult (MHLq – young adult) and the Attribution Questionnaire (AQ-9) to assess stigma. The results revealed high levels of MHL as well as above-average levels of stigma. Some relationships were observed between MHL and stigma factors with educational qualifications, as well as with having or not having a specialty. Statistical analysis also reveals relationships, mostly negative, between LSM and stigma. It concludes the importance of improving levels of LSM to promote the reduction of levels of stigma.

*KeyWords: Mental Health Literacy, Stigma, Nurses*

## **Resumen**

Varios estudios indican que en los últimos años, los niveles de alfabetización en salud mental (ASM) han aumentado y, como tal, parece haber una disminución en los niveles de discriminación y estereotipos sobre las enfermedades mentales. Así, el presente estudio tiene como objetivo estudiar la ASM y el estigma en enfermeros. Se trata de un estudio cuantitativo, exploratorio y transversal. La muestra es compuesta por 71 enfermeros, en su mayoría del sexo femenino (76,1%), con edades entre 21 y 61 años. Los participantes completaron un cuestionario sociodemográfico, así como el Cuestionario de alfabetización en salud mental - adulto joven (LSMq - adulto joven) y el Cuestionario de atribución (AQ-9) para evaluar el estigma. Los resultados revelaron altos niveles de ASM, así como niveles de estigma por encima del promedio. Se observaron algunas relaciones entre la ASM y los factores de estigma con la formación académica, así como con tener o no tener una especialidad. Los análisis estadísticos también revelan relaciones, en su mayoría negativas, entre ASM y estigma. Se concluye la importancia de promover los niveles de ASM para promover la reducción de los niveles de estigma.

*Palabras clave: Alfabetización en salud mental, Estigma, Enfermeros*

# Introdução

De acordo com a *World Health Organization* (WHO), a Saúde é definida como um “estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (World Health Organization [WHO], 2001, p.1). Por sua vez, a saúde mental “é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de realizar as suas próprias habilidades, consegue lidar com o stress normal da vida, trabalhar produtivamente e contribuir para a sua comunidade” (WHO, 2004, p.12). Goldman e Grob (2006) apresentam a diferença entre saúde mental e de doença mental. Para estes autores a saúde mental pode ser considerada como sendo um estado de desempenho bem-sucedido na função mental de um indivíduo, que resulta em atividades produtivas, relacionamentos satisfatórios com outras pessoas, capacidade para se adaptar às mudanças e lidar com adversidades. Já a doença mental pode ser entendida como sendo o termo que faz referência às perturbações mentais passíveis de diagnóstico, que acarretam alterações de pensamento, comportamento ou humor, das quais advém sofrimento e prejudicam o funcionamento do indivíduo (Goldman & Grob, 2006).

Segundo Almeida e Xavier (2013), Portugal em conjunto com a Irlanda do Norte apresentam os índices mais elevados de prevalência de doenças psiquiátricas no continente europeu. Assim considera-se a pertinência do estudo da Literacia em Saúde Mental (LSM) e o estigma associado às perturbações mentais.

A Literacia em Saúde Mental (LSM) diz respeito ao conhecimento que se tem acerca das perturbações mentais levando à identificação das referidas perturbações e consequentemente à promoção de uma melhor perceção de controlo sobre elas, assim como pode potenciar a sua prevenção (Jorm et al., 1997). Segundo este último autor, exemplos específicos que fazem parte de uma boa literacia em saúde mental, são ter conhecimento acerca de fatores de risco, saber procurar informações sobre o tema, reconhecer perturbações específicas e ter atitudes que promovem a procura de ajuda quando necessário. No que concerne à relação entre a LSM e variáveis sociodemográficas alguns estudos têm vindo a demonstrar que não existe de forma clara uma relação entre estas variáveis (Yeap & Low, 2009). Outros estudos indicam que maiores níveis de habilitações literárias se encontram associados a níveis mais elevados de LSM (Dogan et al., 2021; Reavley et al., 2012)

Jorm (2012) indica que o conceito de LSM deve envolver alguns componentes, dos quais se destacam: “a) o reconhecimento das perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda; b) o conhecimento sobre os profissionais e

tratamentos disponíveis; c) o conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda; d) o conhecimento e as competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros e e) o conhecimento do modo como se podem prevenir as perturbações mentais” (p.231). Através desta definição e dos seus componentes, pode assumir-se que os indivíduos que apresentem níveis mais elevados de LSM, aparentemente apresentam uma melhor aptidão para identificar os primeiros sintomas, reconhecer uma doença mental e assim, recorrer e ou indicar os recursos e meios necessários para obter um tratamento adequado, ainda numa fase precoce da doença (Jorm, 2012). Por sua vez, quando os níveis de LSM são baixos, pode levar a que os indivíduos utilizem estratégias de *coping* negativas, como consumos de drogas e álcool, originando uma procura de ajuda numa fase mais avançada da doença, ou até inexistente, promovendo, por vezes, um tratamento potencialmente mais incorreto (Jung et al., 2016).

Jorm e colaboradores (2006) realizaram um outro estudo no qual abordam alguns tópicos que consideram ser importantes quando falamos em LSM, nomeadamente: 1) as perturbações mentais não são bem reconhecidas pelo público, ou seja, muitas pessoas não conseguem dar o nome adequado a determinada doença, o que dificulta muitas vezes a procura adequada de ajuda; 2) existe uma discrepância entre as crenças dos indivíduos comuns e dos profissionais de saúde, já que o público nem sempre acredita nos tratamentos e na medicação; 3) o estigma é uma barreira à procura de ajuda, sendo que muitas vezes os indivíduos interiorizam atitudes negativas e estigmatizantes; 4) a capacidade que as pessoas têm para prestar “primeiros socorros” por vezes, são escassas, ou seja, a forma como agimos perante alguém que possa estar a desenvolver uma perturbação mental, pode promover ou não a perceção que o indivíduo tem face ao apoio na sua rede social.

Para além da LSM, o estigma parece ser um tópico que deve ser abordado quando falamos de perturbações mentais. De uma forma geral, pode dizer-se que quase todas as perturbações psiquiátricas provocam sentimentos de estranheza e desconforto nas pessoas, o que pode vir a ser gerador de estigma e levar à exclusão social dos doentes mentais e das pessoas a eles relacionadas (Sousa et al., 2012).

Segundo Smith (2002), não existe uma definição única do conceito de estigma, já que este representa uma interação complexa entre várias áreas, como as ciências sociais, a política, história, psicologia, medicina e antropologia. Segundo este último autor, o termo estigma, é utilizado quando se pretende fazer referência a um atributo depreciativo. Thornicroft e colaboradores (2007) referem-se ao estigma como sendo

um conjunto de problemas de conhecimento (ignorância), problemas de atitudes (preconceito) e problemas de comportamento (discriminação).

O estigma que existe na saúde mental, nomeadamente na doença mental tem vindo a ser alvo de maior atenção ao longo dos últimos anos (Xavier et. al., 2013). Vários Modelos e teorias foram criados para tentar compreender e avaliar o estigma na doença Mental. Uma das teorias que se mantém como sendo a relevante, nestes estudos, é a Teoria da Atribuição desenvolvida inicialmente por Weiner (1983). Um princípio central desta teoria, segundo o seu autor, é que quando os comportamentos negativos de um indivíduo são atribuídos à vontade do próprio ou ao seu controlo, acredita-se que quem observa vai culpar e responder de forma mais rígida. De outra forma, quando as causas dessas atitudes mais problemáticas são atribuídas a fatores incontroláveis, como condições médicas, esses mesmos observadores já aceitam os comportamentos de forma mais empática sem culpabilizar tanto o autor dos atos (Weiner et. al., 1988 as cited in Hinshaw & Stier, 2008).

Uma outra teoria que pode ser analisada neste contexto é o Modelo Cognitivo-Social. Este modelo pretende explicar a cadeia de acontecimentos que conduzem ao surgimento do estigma, proposto por Corrigan (2000), sugere que este é um processo dinâmico: inicialmente surgem os estímulos discriminativos (sinais), de seguida os mediadores cognitivos (estereótipos) e finalmente, como resultado deste percurso, o comportamento consequente (discriminação). Como forma de exemplificar e facilitar a compreensão deste modelo o autor propõe o seguinte exemplo: uma pessoa, com doença mental, está sentada na rua, e é vista a falar sozinha. O primeiro pensamento das pessoas que a observam é que aquela pessoa é louca. Este sinal dado pela pessoa que falava sozinha gera estereótipos como “pessoas loucas são perigosas”. Consequentemente, e seguindo a cadeia de acontecimentos, os estereótipos levam a comportamentos de discriminação como não permitir a aproximação daquela pessoa (Corrigan, 2000).

Desta forma, pode-se constatar que o estigma parece ser “uma combinação de crenças estereotipadas, atitudes preconceituosas e comportamentos discriminatórios em relação a grupos externos que resulta em menos oportunidades de vida para aqueles que são desvalorizados” (Hinshaw & Stier 2008, p.368). Estas conceções e atitudes estigmatizantes em relação às pessoas com doença mental contribuem para taxas mais baixas de emprego e rendimento, privando-as da pertença a um grupo de pessoas, de socialização, de melhores cuidados de saúde e de uma qualidade de vida global (Corrigan & Watson, 2002).

A falta de conhecimento sobre os problemas de saúde mental, considerada baixa LSM, leva ao surgimento de atitudes e crenças negativas em relação às pessoas que possuem doença mental e comportamentos derivados das mesmas, tornando-se assim o estigma também um ponto de intervenção (Jung et al., 2017). Vários estudos indicam que ao longo dos últimos anos, os níveis de LSM têm vindo a aumentar e como tal, aparentemente existe um decréscimo nos níveis de discriminação e falsas crenças sobre as doenças mentais e mais disponibilidade para aderir aos tratamentos adequados (Mehrotra et al., 2018).

Almeida et al., (2023) realizaram um estudo em Portugal, cujo objetivo era medir os níveis de LSM e estigma num município do norte do país. Os resultados do estudo mostraram que existe uma baixa correlação entre estigma e literacia em saúde mental, no entanto, os autores referem ainda que o estigma diminui face a maiores níveis de LSM. Apesar de a generalidade dos estudos realizados apontarem para resultados semelhantes no que diz respeito à relação entre níveis de LSM e estigma, existem outros estudos que parecem contradizer estes últimos.

Um estudo realizado na República da Irlanda por O'leeffe e colaboradores (2015) sobre esquizofrenia refere que os participantes que apresentaram maiores níveis de LSM expressaram atitudes mais negativas em relação a esta doença. Isto pode estar explicado pelo facto de cada patologia ter conjuntos de sintomas diferentes, sendo que existem sintomas que são considerados mais incapacitantes que outros, e como tal, poderá haver tendência a estigmatizar determinados diagnósticos, como o caso da esquizofrenia (O'leeffe et al., 2015). No entanto, estes autores referem ainda que há evidências que indicam que, aumentar a LSM e reduzir o estigma, é crucial para o incentivo à procura de ajuda e reconhecimento de sinais precoces das doenças.

Vários estudos indicam que não se pode assumir que os profissionais de saúde apresentem comportamentos e atitudes mais positivos para com os pacientes com perturbações mentais do que o resto da população (Lauber et al. 2004; Nordt et al., 2006), sendo que outros referem que alguns profissionais de saúde, nos quais se incluem os enfermeiros, apresentam bom níveis de LSM (Gonçalves, et al., 2021). Os enfermeiros são os profissionais de saúde que têm contacto mais direto com os doentes e como tal, devem ter em consideração o facto de que as suas atitudes têm uma grande influência nos cuidados prestados (Hsiao, et. al., 2015). Sendo estes profissionais de saúde, membros integrantes das equipas médicas, para além de estabelecerem contacto direto com os pacientes, contactam também diretamente com as suas famílias (Hao, 2020).

Chambers e colaboradores (2010) realizaram um estudo internacional com o intuito de avaliar o estigma na doença mental em enfermeiros de diversas unidades de internamento. Neste estudo, os autores concluíram que ao comparar os enfermeiros portugueses com os dos restantes países, estes apresentam atitudes menos estigmatizantes para com os pacientes com perturbação mental. No entanto, os autores deixam uma ressalva que se prende com o facto de que apenas 60% dos enfermeiros portugueses, convidados a participar no estudo, responderam ao questionário, o que pode, na opinião destes investigadores, indicar que apenas os enfermeiros interessados no tema participaram no estudo e que estes se encontram mais informados sobre o tema e por tal apresentem valores mais baixos de estigma (Chambers et al, 2010).

No que diz respeito a variáveis intrínsecas aos enfermeiros, como género, especialidade ou experiência profissional, os estudos são controversos. Quando se aborda o género, a maioria dos estudos parece não apresentar diferenças estatisticamente significativas e quando estas surgem, ainda que muito ténues, indicam que as mulheres tendencialmente apresentam resultados mais baixos na escala de estigma, mas ressalvam que a população dos enfermeiros é composta, em muitos estudos, por mais pessoas de sexo feminino (Chambers et al, 2010; Lammie et al., 2010). Quando se tenta analisar uma possível relação entre os níveis de estigma, em enfermeiros, face à sua especialização, os estudos não são inconclusivos, alguns estudos indicam que quanto maior os níveis de especialidade e de formação académica menor são os valores de estigma (Schulze, 2007), no entanto outros estudos indicam mostram que os níveis de estigma nos profissionais de saúde não difere dos níveis de estigma da população geral, mesmo quando se analisam os profissionais especialista em saúde mental (Jorm et al., 1999). A experiência profissional também não parece ser indicador ou explicar os níveis de estigma, pois se alguns estudos indicam que uma maior experiência profissional parece contribuir para aumentar os valores de estigma (Sadow et al, 2002), outros estudos vão em sentido contrário (Chambers et al, 2010).

Assim, o aumento da LSM nos enfermeiros é bastante pertinente, pois a literatura refere que uma atitude positiva por parte dos mesmos em relação à doença mental aponta para melhores resultados na recuperação dos doentes (Neupane, 2016). Ganase e colaboradores (2008) referem ainda que LSM é imperativa, tanto na população em geral como nos profissionais de saúde, pois níveis baixos de LSM podem constituir um obstáculo na procura ou na oferta de tratamento efetivo. Assim alguns autores consideram ainda que a LSM em enfermeiros deve ser constante e cada vez mais trabalhada de modo a identificar as perturbações psiquiátricas, potenciar o tratamento precoce e reduzir os níveis de estigma (Tay et al, 2018).

Embora vários estudos tenham abordado a relação entre a LSM e o estigma na população de enfermeiros, é possível perceber que ainda existe uma escassez de estudos específicos na população portuguesa. Isso leva a que o presente estudo siga uma abordagem exploratória, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de programas que promovam o aumento dos níveis de LSM e a redução do estigma na população em análise. Assim procura-se compreender se existe ou não alguma relação entre a LSM e o estigma na população em estudo, bem como se a LSM e o estigma podem ser analisados à luz de variáveis intrínsecas ao participante.

## **Material e Método**

### **Procedimentos**

O presente estudo classifica-se como sendo quantitativo descritivo, na medida em que pretende estudar um número alargado de casos e descrever a forma como se comportam as variáveis na amostra. Pretende ser, ainda, considerado um estudo exploratório, pelo facto de investigar um fenómeno que ainda não está claramente definido e como tal o seu objetivo passa por compreender melhor esse fenómeno e identificar possíveis ligações entre as variáveis do estudo. Por fim, trata-se ainda de um estudo transversal, visto que a aplicação dos questionários foi realizada num único momento no tempo e recorreu-se à amostra apenas uma vez.

Para a realização deste estudo inicialmente elaborou-se um pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (UBI). Após a resposta positiva desta comissão (parecer favorável com código CE-UBI-Pj-2021-073-ID1149), os protocolos em papel e lápis foram disponibilizados aos participantes que voluntariamente pertenceram a este estudo. A amostra foi realizada por conveniência em diversas instituições, ERPIS dos distritos de Castelo Branco e Guarda, e Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros, no Centro de Saúde de São Martinho do Bispo em Coimbra e a vários profissionais de saúde de enfermagem entregues individualmente.

### **Instrumentos**

O estudo foi composto por um protocolo de investigação no qual se encontrava, o Consentimento Livre e Informado, Questionário Sociodemográfico, Questionário de

Literacia em Saúde Mental – jovem adulto (LSMq – jovem adulto) e o Questionário de Atribuição (AQ-9).

No Consentimento Livre e Informado explicava-se o objetivo do estudo, a constituição da equipa de investigação, bem como as questões éticas de anonimato e possibilidade de desistência do estudo em qualquer momento.

O questionário sociodemográfico, criado pela equipa de investigação, era constituído por um conjunto de itens com o intuito de recolher informação acerca da idade, do sexo, da nacionalidade, das habilitações literárias, do local de residência, do estado civil, do nível socioeconómico e da profissão (ter ou não especialidade profissional, e a ter qual a especialidade profissional). Foram também recolhidos dados relacionados com a saúde mental, com os quais se pretendia saber se os participantes conhecem alguém com problemas de saúde mental e qual a sua opinião acerca do impacto da pandemia Covid-19 na saúde mental.

O Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq) foi elaborado por Dias, Campos, Almeida e Palha (2018), com o objetivo de avaliar os níveis de literacia em saúde mental. Foi inicialmente desenvolvido para jovens dos 12 aos 14 anos, no entanto foi recentemente adaptado pelos mesmos autores para a população de jovens adultos (Dias et al., 2018). O LSMq é constituído por 29 itens, que são avaliados através de uma escala de Likert de 5 pontos, desde 1 “Discordo muito” a 5 “Concordo Muito”. Os itens deste questionário estão agrupados por 4 fatores e a cotação do instrumento ocorre por meio da soma dos itens de cada fator e à soma de todos os itens para obter uma pontuação total (Dias et al., 2018). A pontuação total sendo a soma dos 4 fatores fica compreendido entre 29 e 145 pontos e desta forma, quando maior for o valor de cada fator e do score total, maiores serão os níveis de literacia em saúde mental (Dias et al., 2018). O fator 1 denominado “Conhecimento sobre problemas de saúde mental” (itens 2, 3, 9, 12, 16, 20, 22, 24, 25, 27, 28), a sua pontuação varia entre 11 e 55 pontos; o fator 2 “Crenças/Estereótipos Erróneos” (itens 6, 10, 11, 13, 14, 15, 21, 23), a sua pontuação pode variar de 8 e 40 pontos; o fator 3 “Competências de primeiros socorros e comportamentos de procura de ajuda” (itens 4, 5, 8, 17, 18, 29), tem uma pontuação que pode ir dos 6 aos 60 pontos e o fator 4 “Estratégias de Autoajuda” (itens 1, 7, 19, 26), varia em termos de pontuações entre os 4 e os 20 pontos (Dias et al., 2018). Relativamente às características psicométricas, e segundo os autores da escala, este questionário apresentou uma boa consistência interna para a pontuação total com um Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) de .84 (Dias et al., 2018). Os quatro fatores tiveram valores de alfa que variaram de aceitável a questionável, sendo para o Fator 1  $\alpha = .74$ ; Fator 2  $\alpha = .72$ ;

Fator 3  $\alpha = 0.71$  e Fator 4  $\alpha = .60$  (Dias et al., 2018). Neste estudo, relativamente ao LSMq, os valores de alfa mostram uma boa consistência interna para o Fator 1, Fator 3 e LSMq Total ( $\alpha = .83$ ,  $\alpha = .81$  e  $\alpha = .89$ , respetivamente), uma consistência interna aceitável para o Fator 2 ( $\alpha = .72$ ) e o Fator 4 apresentou uma consistência interna questionável ( $\alpha = .70$ ).

O Questionário de Atribuição (AQ-9) criado por Corrigan (versão preliminar portuguesa, revista e abreviada do Questionário de Atribuição- AQ-27 de Corrigan) tem como objetivo medir globalmente o estigma através de 9 fatores (Carneiro, et al, 2022, Oliveira & Azevedo, 2014). Segundo estes autores, os referidos fatores representam 9 estereótipos acerca da doença mental e são avaliados através da descrição de um caso de uma pessoa com esquizofrenia (Corrigan, et al, 2003). Os estereótipos avaliados são os seguintes: “Culpa” (as pessoas têm controlo e são responsáveis pela sua doença mental e sintomas associados), “Raiva” (ficar irritado ou aborrecido porque as pessoas são responsáveis pela sua doença), “Pena” (simpatia porque as pessoas são dominadas pela doença), “Ajuda” (prestar assistência às pessoas com doença mental), “Perigosidade” (pessoas com doença mental não são seguras), “Medo” (medo porque as pessoas com doença mental são perigosas), “Evitação” (ficar longe das pessoas com doença mental), “Segregação” (enviar as pessoas com doença mental para instituições longe da comunidade) e “Coerção” (forçar as pessoas a participar na gestão de medicamentos e outros tratamentos) (Corrigan, 2008). Depois de ser feita a descrição do caso, são apresentadas afirmações e questões acerca de cada fator, para as quais o sujeito deve responder numa escala tipo Likert de 9 pontos, na qual 1 corresponde a “Não ou Nada” e 9 corresponde a “Muito ou Completamente” (Oliveira & Azevedo, 2014). A pontuação de cada item constitui um *score* representativo de cada um dos estereótipos acima descritos, sendo o estigma diretamente proporcional ao seu valor (Oliveira & Azevedo, 2014). Assim, Oliveira e Azevedo (2014) referem que um resultado superior a 1 já é indicador de estigma e quanto mais alto é o valor do score, mais o sujeito defende a ideia presente em cada fator (Corrigan, 2008). Neste estudo, para o AQ-9 obteve-se um valor de Alfa de Cronbach ( $\alpha = .683$ ) que representa uma consistência interna questionável.

A análise de dados foi realizada com recurso ao Statistical Package for the Social Sciences (28, Chicago, IBM). Foram calculadas medidas de estatística descritiva, nomeadamente as frequências, as percentagens, médias (M), desvios-padrão (DP), mínimos e máximos. Para analisar a consistência interna dos questionários utilizados no estudo, calculou-se o Alfa de Cronbach. Com o intuito de analisar as diferenças entre dois ou três grupos foram realizados Testes T para amostras independentes, Teste de

Mann-Whitney e o Teste de Kruskal-Wallis. O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para analisar a associação entre as variáveis. Em todas as análises estatísticas realizadas estas foram consideradas significativas quando o valor de prova (p) não excedeu o nível de significância de .05.

## **Participantes**

A amostra do presente estudo é constituída por 71 enfermeiros, dos quais 55 participantes residem em Bragança, 7 participantes residem na Guarda, 6 participantes residem em Coimbra, 1 participante reside em Aveiro, 1 participante reside em Vila Real e 1 participante não referiu o seu local de residência. Os participantes deste estudo têm idades compreendidas entre os 21 e os 61 anos ( $M=42.87$  e  $DP=11.411$ ), 17 participantes são do sexo masculino (23,9%) e 54 participantes do sexo feminino (76,1%) e são todos de nacionalidade portuguesa. Relativamente aos anos que exercem a profissão, 3 participantes (4,2%) exercem há menos de 1 ano, 12 participantes (16,9%) têm entre 1 a 5 anos de experiência profissional, 6 participantes (8,5%) referem ter entre 5 a 10 anos de experiência profissional, 6 participantes (8,5%) indicam ter entre 10 a 15 anos de experiência profissional, 8 participantes (11,3%) apresentam-se com experiência profissional entre 15 a 20 anos, 9 participantes (12,7%) referem ter 20 a 25 anos de experiência profissional e 26 participantes (36,6%) têm experiência profissional de mais de 25 anos. No que diz respeito ao estado civil, 49 dos participantes são casados ou encontram-se em União de facto (69%), 17 participantes (23,9%) são solteiros, 4 participantes (5,6%) são divorciados e 1 participante (1,4%) é viúvo. Sendo que a amostra é composta por enfermeiros, no que toca às suas habilitações literárias, todos os participantes possuem pelo menos licenciatura, sendo que 20 participantes (28,2%) referem ter mestrado. Dos 71 enfermeiros inquiridos, 33 participantes (46,5%) são enfermeiros especialistas e 38 participantes (53,5%) não possuem especialidade. Por último, no que diz respeito ao nível socioeconómico, a maior parte dos participantes apresenta um valor médio do rendimento do agregado familiar entre 1000€ e 2500€, sendo este referido por 49 participantes (69%), 3 participantes (4,2%) indicam ter um rendimento familiar entre 500€ e 1000€, 18 participantes (25,4%) indicam que o seu rendimento de agregado familiar se situa entre os 2500€ e os 5000€ e apenas 1 participante (1,4%) revelou rendimentos acima dos 5000€. Todos estes dados podem ser consultados na tabela seguinte (tabela 1).

**Tabela 1***Caracterização Sociodemográfica dos Participantes*

	<i>n</i>	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	17	23.9
Feminino	54	76.1
<b>Nacionalidade</b>		
Portuguesa	71	100
Outra	-	-
<b>Habilitações Literárias</b>		
Até ao 4º ano	-	-
Até ao 6º ano	-	-
Até ao 9º ano	-	-
Até ao 12º ano	-	-
Licenciatura	51	71.8
Mestrado	20	28.2
Doutoramento	-	-
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	17	23.9
Casado/União de facto	49	69.0
Divorciado	4	5.6
Viúvo	1	1.4
<b>Nível Socioeconómico</b>		
Menos de 500€	-	-
Entre 500€ e 1000€	3	4.2
Entre 1000€ e 2500€	49	69.0
Entre 2500€ e 5000€	18	25.4
Mais de 5000€	1	1.4
<b>Enfermeiro especialista</b>		
Sim	33	46.5
Não	38	53.5
<b>Especialidade</b>		
Comunitária	8	11.3
Reabilitação	11	15.5
Médico-cirúrgica	9	12.7
Saúde Mental e Psiquiatria	1	1.4
Saúde Materna e Obstetrícia	1	1.4
Saúde Infantil e Pediátrica	1	1.4
<b>Anos de Profissão</b>		
Menos de 1 ano	3	4.2

1 a 5 anos	12	16.9
5 a 10 anos	6	8.5
10 a 15 anos	6	8.5
15 a 20 anos	8	11.3
20 a 25 anos	9	12.7
25 anos ou mais	26	36.6

Relativamente aos dados dos participantes no que diz respeito à Saúde Mental, 58 dos 71 participantes referiu conhecer alguém que tem ou teve algum problema de saúde mental, 11 não conhecem e 1 respondeu “não sei”. O problema de saúde mental que se destacou foi a depressão, tendo sido mencionada por 34 participantes (47.9%), 8 participantes (11.3%) conhecem alguém com esquizofrenia, 1 participante (1.4%) referiu conhecer alguém com ansiedade, 1 participante (1.4%) mencionou conhecer alguém com demência e 11 participantes (15.5%) referiram outros problemas de saúde mental. No que diz respeito à relação do participante com a pessoa com problema de saúde mental, 24 participantes (33.8%) afirmaram serem familiares, 21 participantes (29.6%) referem que os portadores de doença mental eram amigos, 8 participantes (11.3%) mencionaram “outro” na relação com a pessoa e apenas 5 participantes (7.0%) afirmaram que era o próprio(a) que tinha o problema de saúde mental. De entre os 24 participantes que referiram que as pessoas que conheciam com doença mental eram familiares, 9 participantes (12.7%) referem que essas pessoas fazem parte da família alargada, 5 participantes (7.0%) afirmaram que era a mãe que possuía um problema de saúde mental, 2 participantes (2.8%) indicam irmão/irmã, 2 participantes (2.8%) referem-se ao marido/esposa e 1 participante (1.4%) mencionou ser o(a) seu(sua) filho/filha. Estes dados podem ser consultados na tabela 2.

Foram realizadas, ainda, 3 questões que relacionam a Covid-19 com a literacia em saúde mental às quais os participantes responderam “sim” ou “não”. Na primeira questão pretendia-se aferir se os participantes consideram que após a pandemia a saúde mental se tornou mais relevante, 64 participantes (90.1%) responderam que sim e 6 participantes (8.5%) responderam que não. Na segunda questão, pretendeu-se analisar se o conhecimento, dos participantes, sobre saúde mental havia aumentado após a pandemia, 41 participantes (57.7%) responderam que não e 29 participantes (40.8%) responderam que sim. Por fim, quando questionados sobre se gostariam de ter mais conhecimento sobre saúde mental, 65 participantes (91.5%) disseram que sim e 5 participantes (7.0%) responderam que não. Estes dados podem ser observados na tabela seguinte (tabela 2).

**Tabela 2***Caracterização da amostra nas questões relativas à Saúde Mental*

	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Conhece alguém que tem/ teve problema de saúde mental</b>		
Sim	58	81.7
Não	11	15.5
Não Sei	1	1.4
<b>Problema de Saúde Mental</b>		
Ansiedade	1	1.4
Depressão	34	47.9
Alzheimer	-	-
Demência	1	1.4
Esquizofrenia	8	11.3
Outro	11	15.5
<b>Relação com a pessoa</b>		
Familiar	24	33.8
Amigo	21	29.6
Eu próprio/a	5	7.0
Outro/a	8	11.3
<b>Se familiar, qual o grau de parentesco</b>		
Pai	-	-
Mãe	5	7.0
Irmão/Irmã	2	2.8
Família Alargada	9	12.7
Filho/Filha	1	1.4
Marido/Esposa	2	2.8
<b>Relevância Saúde Mental pós pandemia Covid-19</b>		
Sim	64	90.1
Não	6	8.5
<b>Conhecimento sobre saúde mental aumentou após a pandemia Covid-19</b>		
Sim	29	40.8
Não	41	57.7
<b>Gostaria de ter mais conhecimento sobre saúde mental</b>		
Sim	65	91.5
Não	5	7.0

## Resultados

A análise descritiva do LSMq (tabela 3) indica que a amostra apresentou uma média de 123.32 pontos (DP=10.6) no total. Nos fatores 1, 2, 3 e 4 apresentou uma média de 46.25 pontos (DP=4.48), 34.80 pontos (DP=3.73), 24.31 pontos (DP=3.52) e 17, 94 pontos (DP=1.6), respetivamente.

**Tabela 3**

*Estatística Descritiva do Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq)*

	<i>Nº itens</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M (DP)</i>
LSMq-pontuação total	29	96	144	123.32 (10.637)
Fator 1	11	38	55	46.25 (4.478)
Fator 2	8	23	40	34.80 (3.73)
Fator 3	6	10	30	24.31 (3.52)
Fator 4	4	14	20	17.94 (1.60)

Nota: Fator 1 = Conhecimento sobre problemas de saúde mental; Fator 2 = Crenças errôneas/estereótipos; Fator 3 = Competências de primeiros socorros e comportamentos de procura de ajuda; Fator 4 = Estratégias de autoajuda

Relativamente ao Questionário de Atribuição (AQ-9) as respostas apuradas para a afirmação de cada estereótipo mostram ser maioritariamente dentro da média (Tabela 4). Deve, ainda assim, destacar-se a média do estereótipo “Culpa” que apresentou ser a mais baixa (M=1.52, DP=1.04) e a do estereótipo “Ajuda” que teve o valor mais alto (M=7.44, DP=1.6).

**Tabela 4**

*Estatística Descritiva do Questionário de Atribuição (AQ-9)*

	<i>Nº itens</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M (DP)</i>
Pena	1	1	9	4.41 (2.14)
Perigosidade	1	1	9	4.11 (2.17)
Medo	1	1	9	4.63 (2.44)
Culpa	1	1	9	1.52 (1.04)
Segregação	1	1	9	3.41 (2.40)
Raiva	1	1	9	2.32 (1.88)
Ajuda	1	1	9	7.44 (1.60)
Evitação	1	1	7	2.03 (1.59)
Coerção	1	1	9	5.04 (2.32)

Com o intuito de avaliar as diferenças das médias do LSMq (total e de cada fator) em relação às médias das “habilitações literárias” foi realizado o teste de Mann-Whitney para perceber se existem diferenças estatisticamente significativas. Verificou-se assim, que o único fator do LSMq que apresentou diferenças estatisticamente significativas, no que diz respeito às “habilitações literárias”, foi o Fator 3 ( $p=.037$ ) (Tabela 5). A análise de diferenças de médias através do teste Mann-Whitney não revelou diferenças estatisticamente significativas entre as “habilitações literárias” e o total do instrumento e restantes fatores da LSMq.

**Tabela 5**

*Análise das diferenças das médias do LSMq em relação às habilitações literárias*

LSMq	Habilitações Literárias	N	M	p
LSMq pontuação Total	Licenciatura	51	124.63	.161
	Mestrado	20	120.00	
Fator 1	Licenciatura	51	46.43	.639
	Mestrado	20	45.80	
Fator 2	Licenciatura	51	35.22	.140
	Mestrado	20	33.75	
Fator 3	Licenciatura	51	24.96	.037
	Mestrado	20	22.65	
Fator 4	Licenciatura	51	19.02	.571
	Mestrado	20	17.75	

Nota: Fator 1 = Conhecimento sobre problemas de saúde mental; Fator 2 = Crenças erróneas/estereótipos; Fator 3 = Competências de primeiros socorros e comportamentos de procura de ajuda; Fator 4 = Estratégias de autoajuda

Tal como referido anteriormente, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as médias das “habilitações literárias” e o fator 3 do LSMq, com um efeito pequeno entre as referidas médias segundo Cohen, 1988 (as cited in Pallant, 2010) entre 0.1 e 0.3 o efeito é considerado pequeno, “Licenciatura” ( $M=24.96$ ,  $n=51$ ) e “Mestrado” ( $M=22.65$ ,  $n=20$ ),  $U = 348$ ,  $z = -2.088$ ,  $p=0.037$ ,  $r = -0.248$ , (tabela 6).

**Tabela 6**

*Análise do efeito das diferenças de médias do Fator 3 do LSMq em relação às habilitações literárias*

	<i>M</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>r (Z/√N)</i>
<b>Fator 3</b>				
Licenciatura	24.96		51	
Mestrado	22.65	-2.088	20	-0.248

No AQ-9, à semelhança do LSMq, foi realizado o teste de Mann-Whitney para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias de cada estereótipo do questionário e as médias das “habilitações literárias” dos participantes. Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre três estereótipos da escala de estigma e as “habilitações literárias”, sendo eles “Perigosidade” ( $p=.005$ ), “Ajuda” ( $p=.018$ ) e “Evitação” ( $p=.011$ ) (Tabela 7).

**Tabela 7**

*Análise das diferenças das médias do AQ-9 em relação às habilitações literárias*

AQ-9	<i>Habilitações Literárias</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>p</i>
Pena	Licenciatura	51	4.14	.134
	Mestrado	20	5.10	
Perigosidade	Licenciatura	51	3.67	.005
	Mestrado	20	5.25	
Medo	Licenciatura	51	4.53	.541
	Mestrado	19	4.89	
Culpa	Licenciatura	49	1.53	.595
	Mestrado	20	1.50	
Segregação	Licenciatura	51	3.31	.441
	Mestrado	20	3.65	
Raiva	Licenciatura	50	2.40	.971
	Mestrado	19	2.11	
Ajuda	Licenciatura	51	7.59	.018
	Mestrado	20	7.05	
Evitação	Licenciatura	51	1.84	.011
	Mestrado	20	2.50	
Coerção	Licenciatura	51	4.76	0.87

Tendo em conta os resultados anteriores, calculou-se o efeito das diferenças das médias com significância estatística no que diz respeito aos três estereótipos do questionário AQ-9 e as “habilitações literárias”, a saber “Perigosidade”: “Licenciatura” (M=3.67, n=51) e “Mestrado” (M=5.25, n=20), U=290, z= -2.840, p=0.005, r=-0.34 (efeito médio), “Ajuda”: “Licenciatura” (M=7.59, n=51) e “Mestrado” (M=7.05, n=20), U=330.5, z= -2.37, r=-0.28 (efeito pequeno) e “Evitação”: “Licenciatura” (M=1.84, n=51) e “Mestrado” (M=2.50, n=20), U=238, z= -2.54, r=-0.3 (efeito médio) (Tabela 8).

Os valores do efeito são categorizados segundo Cohen, 1988 (as cited in Pallant, 2010) que afirma que um efeito pequeno varia entre 0.1 e 0.29, efeito médio está entre 0.3 e 0.49 e quando é superior a 0.5 é considerado efeito largo (ou grande).

**Tabela 8**

*Análise do efeito das diferenças das médias dos estereótipos perigosidade, ajuda e evitação do AQ-9 em relação às habilitações literárias*

	<i>M</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>r (Z/√N)</i>
<b>Perigosidade</b>				
Licenciatura	3.67	-2.840	51	-.34
Mestrado	5.25		20	
<b>Ajuda</b>				
Licenciatura	7.59	-2.370	51	-.28
Mestrado	7.05		20	
<b>Evitação</b>				
Licenciatura	1.84	-2.540	51	-0.30
Mestrado	2.05		20	

Quando analisamos as médias de “ter ou não ter especialidade”, verificou-se através do teste t de *student*, que as médias desta variável relativamente às médias obtidas no LSMq, apresentam diferenças estatisticamente significativas no que respeita ao “fator 3” deste instrumento t(69)=-2.47, p=.008.

Comparámos as médias de “ter ou não ter especialidade” com os itens da escala AQ-9, utilizando o teste t de *student*, os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis.

Utilizamos o teste Kruskal-Wallis, com intuito de analisar as relações entre os “tipos de especialidade” e os fatores do LSMq, bem como o seu valor total. Constatamos que não existem diferenças estaticamente significativas entre estas variáveis.

O teste Kruskal-Wallis, foi também utilizado para analisar as relações entre os “tipos de especialidade” com os itens do AQ-9. Neste caso, observam-se diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito aos “tipos de especialidade” com o estereótipo “Pena” do AQ-9. Reportando os dados obtidos, para os “tipos de especialidade” surgem: “comunitária” (n=8), “reabilitação” (n=11), “médico-cirúrgica” (n=9), “saúde mental e psiquiatria” (n=1), “saúde materna e obstetrícia” (n=1), “saúde infantil e pediátrica” (n=1),  $\chi^2(5, n=31)=11.79, p=.038$ . O grupo dos enfermeiros especialistas em “reabilitação” e “saúde materna e obstetrícia”, obtiveram as medianas mais altas, sendo elas iguais (Md=6), seguidos dos especialistas em “médico-cirúrgica” (Md=5), “saúde mental e psiquiatria” (Md=4), “comunitária” (Md=3) e por último a espacialidade de “saúde infantil e pediátrica” (Md=1).

De forma a descrever a relação entre os dois questionários, o LSMq e o AQ-9, foi realizado o teste de Correlação de Pearson que permitiu descrever a força e a direção dessa relação. Na Tabela 9 está representada a correlação entre os dois questionários, ou seja, total e os fatores do LSMq e os nove estereótipos do AQ-9.

**Tabela 9**

*Resultados da correlação de Pearson entre os valores obtidos nos questionários AQ-9 e LSMq*

AQ-9 / LSMq	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	LSMq Total
<b>Pena</b>					
Correlação de Pearson	.020	-.085	.032	.069	-.018
Sig.	.868	.483	.793	.570	.879
N	71	71	71	71	71
<b>Perigosidade</b>					
Correlação de Pearson	.023	-.112	-.100	-.057	-.075
Sig.	.851	.353	.408	.639	.534
N	71	71	71	71	71
<b>Medo</b>					

Correlação de Pearson	-.012	-.029	-.137	-.024	-.054
Sig.	.920	.812	.259	.844	.656
N	70	70	70	70	70
<b>Culpa</b>					
Correlação de Pearson	-.396	-.383	-.107	-.341	-.415
Sig.	.001	.001	.382	.004	.001
N	69	69	69	69	69
<b>Segregação</b>					
Correlação de Pearson	-.072	-.150	-.055	.016	-.116
Sig.	.552	.213	.650	.893	.336
N	71	71	71	71	71
<b>Raiva</b>					
Correlação de Pearson	-.368	-.270	-.123	-.324	-.352
Sig.	.002	.025	.314	.007	.003
N	69	69	69	69	69
<b>Ajuda</b>					
Correlação de Pearson	.429	.588	.440	.576	.609
Sig.	.001	.001	.001	.001	.001
N	71	71	71	71	71
<b>Evitação</b>					
Correlação de Pearson	-.195	-.227	-.202	-.156	-.233
Sig.	.103	.058	.092	.193	.051
N	71	71	71	71	71
<b>Coerção</b>					
Correlação de Pearson	.395	.151	.089	.159	.266
Sig.	.001	.208	.460	.186	.025
N	71	71	71	71	71

Verificou-se, segundo os dados da tabela anterior (tabela 9) que existe uma correlação média negativa entre o estereótipo “Culpa” do AQ-9 e os fatores 1, 2, 4 e o “Total” do LSMq, a saber: (“Fator 1”  $r = -.396$ ,  $n=69$ ,  $p<.005$ ); (“Fator 2”,  $r = -.383$ ,  $n=69$ ,  $p<.005$ ); (“Fator 4”,  $r = -.349$ ,  $n=69$ ,  $p<.005$ ) e o (“Total do LSMq”,  $r = -.415$ ,  $n=69$ ,  $p<.005$ ). Constatou-se, ainda, a existência de uma correlação negativa média entre o estereótipo “Raiva” do AQ-9 e os fatores 1, 4 e total do LSMq, e uma correlação fraca entre o mesmo estereótipo do AQ-9 (“Raiva”) e o fator 2 do LSMq: (“Fator 1”,  $r = -.368$ ,  $n=69$ ,  $p<.005$ ); (“Fator 2”,  $r = -.270$ ,  $n=69$ ,  $p<.005$ ); (“Fator 4”,  $r = -.324$ ,  $n=69$ ,  $p<.005$ ) e o (“Total do LSMq”,  $r = -.352$ ,  $n=69$ ,  $p<.005$ ). O estereótipo “Ajuda” do AQ-9, também apresentou uma correlação positiva com todos os fatores do LSMq: “Fator 1”,  $r = .429$   $n=71$ ,  $p<.005$  (correlação média); “Fator 2”,  $r = .588$ ,  $n=71$ ,  $p<.005$  (correlação

forte); “Fator 3”,  $r = .440$ ,  $n=71$ ,  $p < .005$  (correlação média); “Fator 4”,  $r = .576$ ,  $n=71$ ,  $p < .005$  (correlação forte) e o “Total do LSMq”,  $r = .609$ ,  $n=71$ ,  $p < .005$  (correlação forte). Por último, o estereótipo “Coerção” do AQ-9 apresentou uma correlação positiva média com o “Fator 1” do LSMq,  $r = .395$ ,  $n=71$ ,  $p < .005$  e uma correlação fraca positiva com o “LSMq Total”,  $r = .266$ ,  $n=71$ ,  $p < .005$ .

## **Discussão**

Autores como Scott e Chur-Hansen (2008) defendem que a promoção da LSM é um pré-requisito para o reconhecimento precoce e intervenção atempada nas perturbações mentais. Considera-se assim que a promoção da LSM visa combater as lacunas ao nível das dificuldades em identificar as perturbações mentais, identificar os fatores de risco, promover um bom tratamento e diminuir crenças erradas acerca das perturbações mentais e dos seus portadores (Jorm et al., 2007).

No que diz respeito à população de enfermeiros em Portugal, verificou-se que existem poucos estudos que avaliam a Literacia em Saúde Mental em conjunto com o estigma na Saúde Mental e, assim sendo, o presente estudo propõe-se analisar os níveis de Literacia em Saúde Mental e Estigma em enfermeiros portugueses.

Da amostra fazem parte 71 indivíduos, sendo que grande parte reside no distrito de Bragança e são maioritariamente do sexo feminino (76,1%). Esta heterogeneidade de sexos, pode dever-se ao facto de em Portugal os enfermeiros serem em grande maioria mulheres (Ordem dos Enfermeiros, 2023). No que diz respeito ao local de residência, distrito de Bragança, esta é uma amostra por conveniência e como tal, neste distrito existiu uma maior abertura de resposta por parte dos enfermeiros. Quando analisamos as habilitações literárias, da amostra, constata-se que esta é composta por licenciados, uma vez que é o grau académico mínimo para o exercício da profissão, no entanto, cerca de 28% dos enfermeiros deste estudo indicam ter mestrado, dando assim a ideia de que a procura continua de formação parece ser relevante para os enfermeiros. Verificou-se ainda, que quase metade dos enfermeiros inquiridos (46,5%) possui especialidade. Os dados obtidos na Ordem dos Enfermeiros (2023), indica que o número de enfermeiros especialistas tem vindo a aumentar sendo que em 2022, as especialidades com um maior número de enfermeiros eram, por ordem decrescente “médico-cirúrgica”, “reabilitação”, “comunitária”, “saúde materna e obstetrícia”, “saúde infantil e pediátrica”, “saúde mental e psiquiatria”. Neste estudo, os enfermeiros que

constituem esta amostra não seguem o mesmo padrão dos anteriormente referido, sendo que a especialidade com mais participantes é a “reabilitação” (n=11), seguida de “médico-cirúrgica” (n=9), em terceiro lugar surge a “comunitária” (n=8), e as restantes *exequo* com um participante. Isto é explicado pela conveniência da amostra e pelo acesso que nos foi facultada à mesma.

Relativamente aos dados relacionados com a saúde mental, quase todos os participantes, cerca de 82% tinham conhecimento de alguém que tem ou teve um problema de saúde mental. É de destacar a depressão, que foi a perturbação mais referida, representando 47,9% das respostas. Esta percentagem elevada pode ser explicada devido à grande prevalência desta perturbação, sendo que é o problema de saúde mais prevalente na União Europeia e estima-se que cerca de 8% dos portugueses tenha uma Perturbação Depressiva (SNS24, 2023). Quando questionados sobre o facto de terem gosto em obter mais conhecimentos sobre saúde mental 65 dos 71 participantes respondeu que sim, o que indica que estamos perante uma amostra poderia estar predisposta a aceder a estratégias de promoção de Literacia em Saúde Mental. Realçar que para que exista uma real promoção da LSM é necessário que a informação disponibilizada se adapte aos diferentes contextos (Freitas et al, 2019), assim seria importante adequar a informação tendo em conta, por exemplo a especialidade dos enfermeiros e/ou as tarefas que se encontram a desempenhar.

Quando nos debruçamos sobre a análise dos valores do Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq), salienta-se a média total de cerca de 123 pontos sendo que o máximo do instrumento é de 145 pontos (Dias et al., 2018), remetendo-nos assim para a ideia de que estamos perante uma amostra de enfermeiros com elevados níveis de literacia. Estes valores vão de encontro a estudos já realizados anteriormente, que concluíram que os enfermeiros possuem elevados níveis de literacia em saúde mental (Gonçalves et al., 2021). Analisando cada um dos Fatores do LSMq, concluímos que média mais alta foi o Fator 4 (Estratégias de Autoajuda), que sugere um conhecimento adequado acerca das estratégias de *coping* para combater e/ou controlar os sintomas da perturbação mental (Dias et al., 2018) e a média mais baixa foi do Fator 3 (Competências de primeiros socorros e comportamentos de procura de ajuda). Este último resultado transmite a ideia de que podem existir algumas lacunas na capacidade para detetar problemas e procurar ajuda (Dias et al., 2018), levando-nos a acreditar que apesar da boa formação dos enfermeiros, esta pode ser melhorada com a introdução de mais informação científica no que diz respeito à saúde mental, tal como referido em outros estudos (Hsiao, et. al., 2015).

Quando analisamos as diferenças entre as médias, dos participantes, no que diz respeito a “ter ou não especialidade”, “habilitações literárias” e aos valores do LSMq, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o “Fator 3” do instrumento e as “habilitações literárias”. As análises destes resultados mostram que as médias do “Fator 3” do LSMq (Competências de primeiros socorros e comportamentos de procura de ajuda), dos enfermeiros com “Licenciatura” (M=24.96), é superior às médias dos enfermeiros com “Mestrado” (M=22.65), neste estudo, ainda que com um efeito considerado pequeno. No que concerne à comparação de médias entre “ter ou não especialidade” e os resultados do LSMq, apenas existem diferenças negativas estatisticamente significativas com o “fator 3” deste instrumento. Isto leva-nos a considerar que o incremento das habilitações literárias, nas quais podemos incluir a especialização não está a contribuir para um aumento nos níveis de Literacia em Saúde Mental, nesta população, com ênfase nas competências de primeiros socorros. Estes resultados, contestam os estudos que indicam que maiores níveis de habilitações literárias se encontram associados a níveis mais elevados de LSM (Dogan et al., 2021; Reavley et al., 2012). Estes resultados podem ser explicados, pelo facto de que os estudos de Mestrado e/ou as especializações concluídas pelos participantes, da nossa amostra, poderiam ter incidido sobre áreas específicas da enfermagem na qual a Saúde Mental não era abordada.

No que concerne à análise das médias das “habilitações literárias” com os restantes fatores e valor total do LSMq, constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias das “habilitações literárias” com os fatores 1, 2 e 4 do LSMq, nem com a pontuação total do instrumento. Estes resultados vão de encontro aos estudos que indicam que não existem relações entre as habilitações literárias e a LSM (Yeap & Low, 2009). Assim e se consideramos que a especialidade dos enfermeiros pode ser considerada uma formação acrescida, pois exige novas aprendizagens, justifica-se o facto de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os fatores 1, 2, 4 e total do LSMq, com “ter ou não especialidade”.

Alguns estudos têm demonstrado que a ignorância dos indivíduos relativamente a um determinado tema conduz à estigmatização (Thornicroft et al., 2007). Isto pode levar a que o preconceito e o estigma na doença mental surjam com um carácter perpetuador de atitudes negativas e discriminação o que se traduz num papel prejudicial para o bem-estar pessoal, social e profissional das pessoas com doença mental (Sousa et al., 2012; Xavier et. al., 2013). Por tal, torna-se importante analisar os níveis de estigma na população de enfermeiros, uma vez que diversos estudos indicam

que não podemos presumir que os profissionais de saúde demonstrem comportamentos e atitudes mais positivos em relação aos pacientes com distúrbios mentais em comparação com o restante da população (Lauber et al. 2004; Nordt et al., 2006).

O Questionário de Atribuição (AQ-9), foi utilizado neste estudo com intuito de avaliar os níveis de estigma na população em estudo. Os dados recolhidos demonstram que os enfermeiros, desta amostra, apresentam resultados que podem ser compreendidos como estigmatizantes, para com as pessoas com doença mental.

No AQ-9, quanto maior for a pontuação nos seus itens, maiores são os níveis de estigma, sendo que a pontuação máxima em cada item é de 9 pontos (Oliveira & Azevedo, 2014). Neste estudo, existem alguns itens que se destacam por apresentarem médias superiores a 4 pontos, e estes fazem referência aos estereótipos: “Perigosidade” (M=4.11), “Pena” (M=4.41), “Medo” (M=4.63), “Coerção” (M= 5.04) e “Ajuda” (M=7.44).

Segundo Corrigan e colaboradores (2023), quando falamos de estigma, parece existir uma associação entre os estereótipos de medo, perigo, evitação e coerção, principalmente do ponto de vista terapêutico. O medo pode estar associado à noção de que um paciente com perturbação psiquiátrica pode ser visto como perigoso o que transporta o observador a identificar em si mesmo a emoção de medo, que por consequência pode potenciar um comportamento, em diversas situações, de evitação, promovendo a ideia de que estes pacientes deveriam ser obrigados a tratamentos, ainda que de forma coerciva (Carneiro, et al, 2022, Corrigan et al, 2023). Assim, considera-se que os resultados dos participantes deste estudo, de forma geral, parecem ir de encontro a esta perceção de perigosidade dos pacientes com doença mental e isto pode contribuir para a ideia de ser necessário impor algum tipo de tratamento.

No que diz respeito ao item de “Pena”, os estudos sugerem que este estereótipo se encontra associado à perceção do observador, face à capacidade ou não de o paciente conseguir controlar o surgimento da doença (Weiner, et al, 1988, cit in Corrigan et al, 2023). O que nos leva a considerar que os resultados dos participantes deste estudo, no estereótipo “Pena”, podem ser explicados, por estes enfermeiros considerarem que a perturbação mental não é passível de ser prevenida e por tal não existe, por parte dos seus portadores, forma de controlo da mesma.

Observamos ainda, nesta amostra, que o aumento das habilitações literárias não parece contribuir para a diminuição do estigma, uma vez que foi possível observar médias globais mais elevadas em enfermeiros deste estudo, com “Mestrado”, face aos participantes com “Licenciatura”, principalmente no que diz respeito aos estereótipos de “Perigosidade” (Licenciatura,  $M=3.67$ , Mestrado,  $M=5.25$ ), e de “Evitação” (Licenciatura,  $M=1.84$ , Mestrado,  $M=2.50$ ). Estes resultados também já foram observados em outros estudos, como os de Jorm e colaboradores (1999). Consideramos que estes resultados podem ser explicados, pelo facto de o Mestrado, em muito casos, ser no âmbito do gosto ou especialização dos enfermeiros e na nossa amostra apenas 1 enfermeiro se identifica com a especialização sem saúde mental.

Estes indicadores de estigma poderiam, então, estar associados ao facto de a amostra em estudo, ter apenas um participante especialista em saúde mental e psiquiatria, e por tal, serem enfermeiros que poderiam não estar totalmente informados sobre os aspetos necessários de como intervir e tratar os pacientes com perturbação psiquiátrica. No entanto, também se constatou que no que diz respeito à relação entre as variáveis “ter ou não especialidade” e os itens do AQ-9, que os dados apontam para a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis. Assim, estes resultados do AQ-9, podem indicar, tal como em outros estudos, que não existem diferenças no que concerne ao estigma, entre profissionais de saúde e população em geral (Jorm et al., 1999, Lauber et al. 2004; Nordt et al., 2006).

A análise dos resultados do AQ-9, neste estudo, indica que o estereótipo “Ajuda” surge com pontuações médias elevadas ( $M=7.44$ ). Este resultado parece indicar um fator de estigma, no entanto, a “Ajuda” aborda um aspeto positivo, ao contrário dos restantes estereótipos, uma vez que remete para a resposta à questão “Qual a probabilidade com que iria ajudar o José?”. Isto pode estar relacionado com o facto de os participantes terem interpretado que valores mais elevados neste item remeteriam para melhores níveis de ajuda. Se assim for, e tal como já relatado por outros autores como Carneiro e colaboradores (2022), este item deveria ser cotado na sua forma invertida. Assim, esta parece ser uma limitação desta escala aquando da sua adaptação para a versão portuguesa.

Ao longo da análise de dados, tal como já explicitado, constatou-se que esta amostra apresenta níveis de estigma por vezes superiores à média e o mesmo ocorre no que diz respeito aos níveis de Literacia em Saúde Mental. Diversos autores consideram que o aumento do nível de LSM parece resultar numa diminuição do nível de estigma na doença mental (Almeida et al., 2023; Dogan et al., 2021). Quando analisamos a

relação entre os valores do LSMq e do AQ-9, verificamos que existem algumas relações com significância estatística entre os níveis de LSM e alguns estereótipos. Sendo que, o aumento dos níveis de literacia (Total do LSMq) promovem, neste estudo, um decréscimo dos níveis de estigma, principalmente para estereótipos como “Culpa”, “Raiva” e “Ajuda”, tendo-se verificado que no que concerne à “Coerção”, esta aumenta na mesma direção da Literacia. Estes resultados são idênticos quando se analisam as relações entre os estereótipos, “Culpa”, “Raiva”, “Ajuda” e “Coerção”, e o “conhecimento sobre problemas de saúde mental” (fator 1 do LSMq), “Crenças erróneas/estereótipos” (fator 2 do LSMq) e “Estratégias de autoajuda” (fator 4 do LSMq). De referir ainda que o estereótipo “Ajuda” apresenta uma correlação positiva com as “Competências de primeiros socorros e comportamentos de procura de ajuda” (fator 3 do LSMq).

Estes resultados parecem ir de encontro à maioria dos estudos, que se debruçam sobre estas varáveis, pois os mesmos referem que o aumento dos níveis de Literacia, fomentam um decréscimo nos níveis de estigma (Almeida et al., 2023; Carneiro et al., 2022; Corrigan, 2008).

Assim, parece ser possível afirmar que nesta amostra, os enfermeiros com maiores níveis de LSM estão dotados de informações sobre diversas problemáticas ao nível da saúde mental o que pode favorecer o conhecimento de diversas estratégias de ajuda e autoajuda, fomentando a diminuição de crenças erróneas e/ou estereótipos, principalmente relacionados com culpa e raiva. Isto pode significar, tal como referido por alguns autores (eg. Corrigan et al., 2003) que um aumento da LSM potencia um melhor entendimento sobre o facto de que a doença mental, em diversos quadros clínicos, não é passível de ser prevenida e por tal não pode ser imputada culpa ao paciente o que parece contribuir para uma diminuição da expressão emocional de raiva. No entanto, segundo os dados recolhidos, aparentemente o aumento da LSM encoraja a ideia de que se torna necessário, tal como referido por outros estudos (Carneiro, et al, 2022; Corrigan et al, 2023), que as pessoas com síndromes ou perturbação mental devam ser forçadas a ter tratamento médico. Isto pode ser explicado pelo facto de estarmos perante uma população que pode considerar que os tratamentos podem beneficiar não só os pacientes, como podem contribuir para um bem-estar familiar e social.

Contudo, se analisarmos a correlação entre o estereótipo “Ajuda” e os níveis de LSM, percebemos que, segundo estes resultados, níveis mais elevados em LSM aparentemente contribuíam para uma redução dos níveis de ajuda. Mais uma vez, devemos ressaltar que se este item apresentasse uma cotação invertida, os resultados

seriam, possivelmente, de uma correlação positiva, dando a indicação de que um aumento de LSM potencializaria um aumento da disposição para ajudar, pois acreditamos que os participantes responderam ao questionário com este intuito. Os resultados neste estereotipo obtiveram o mesmo comportamento de outros estudos como é o caso de Carneiro e colaboradores (2022) e também estes referem a necessidade de se ter atenção aos resultados deste item de “Ajuda”.

## **Considerações Finais**

Face aos resultados obtidos e tal como referido na literatura, compreende-se a pertinência dos trabalhos científicos da LSM e do estigma na população dos enfermeiros. Neste âmbito os estudos têm demonstrado que, por um lado, uma atitude positiva, por parte dos enfermeiros, em relação à doença mental aponta para melhores resultados na recuperação dos doentes (Neupane, 2016), por outro lado a eficácia dos tratamentos dos indivíduos com doença mental pode ser dificultada e influenciada pelas crenças negativas que os profissionais de saúde possam ter em relação à doença (Tambag, 2018). O que nos transporta para os estudos que indicam que o tratamento coercivo pode não produzir os resultados desejados, impedindo, por vezes, resultados positivos em futuros tratamentos (Steadman et al, 2001, cit in Corrigan et al, 2023).

Assim, os resultados deste estudo parecem reforçar a ideia da necessidade de aumentar a consciencialização para a saúde mental (Arthur et al., 2020), entre os profissionais de saúde. Esta capacitação dos profissionais de saúde e da população em geral, no que diz respeito à identificação, auxílio e tratamento dos pacientes com perturbação mental, pode levar a uma redução dos níveis de estigma. Para tal deve-se apoiar a criação de programas de Literacia em Saúde Mental, para toda a população com incidência nos profissionais de saúde.

Ainda que os resultados tenham demonstrado bons níveis de LSM, demonstraram ainda níveis altos de estigma, na amostra deste estudo. Isto pode indicar que a formação obtida pelos enfermeiros pode não incluir de forma contínua e/ou adequada informação sobre a saúde mental. Sendo Portugal um dos países que apresenta índices mais elevados de prevalência de doenças psiquiátricas no continente europeu (Almeida e Xavier, 2013) torna-se imperativo um aumento de LSM em todos os profissionais de saúde, uma vez que independentemente da sua especialidade ou

áreas de atuação, em algum momento estarão perante um paciente com perturbação mental.

Assim, e tal como o Modelo Conceptual da LSM postula, maiores níveis de LSM promovem não só a compreensão e capacitação, neste caso dos profissionais de saúde, sobre a doença mental, mas também auxilia nas estratégias mais adequadas de comunicação (Mancuso, 2008). Por outro lado, a Teoria da Atribuição, sugere que existe uma tentativa constante de descobrir os motivos pelos quais os indivíduos têm determinados comportamentos, promovendo a atribuição de causa a esses comportamentos, culminando em inferências causais acerca de uma determinada atitude (Sousa et al., 2012). Ora se agregarmos o Modelo Conceptual da LSM e a Teoria de Atribuição, por exemplo, em palestras ou sessões informativas, ou ainda em conteúdos programáticos específicos de uma Unidade Curricular, poderíamos estar perante um projeto de promoção da LSM que para além de munir os profissionais de saúde de maior informação sobre a doença mental, poderia favorecer a diminuição dos níveis de estigma.

Somos da opinião de que este estudo cumpriu, de forma genérica, os objetivos a que se propões, no entanto, não podemos deixar de referir algumas limitações que devem ser tidas em conta aquando da interpretação dos resultados. Começamos por referir que a amostra de enfermeiros é pequena e certamente não retrata a realidade dos enfermeiros portugueses. Isto constata-se não só pelo número de participantes, mas pela divisão dos mesmos pelas especialidades. Esta limitação poderia ter sido colmatada se o questionário fosse administrado online uma vez que poderíamos ter alcançado um número mais elevado de participantes. Uma outra limitação, a nosso ver, prendeu-se com o AQ-9, pois estando a falar de uma população na área da saúde mental poderia ter ocorrido um fenómeno de resposta por desejabilidade social. Neste questionário referir ainda que o mesmo está descrito para avaliar estigma em uma única perturbação o que pode ter contribuído para os resultados aqui apresentados. Assim seria benéfico a utilização de um outro instrumento que incluísse um leque maior de perturbações psiquiátricas.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, J. & Xavier, M. (Ed.) (2013). *Estudo epidemiológico de saúde mental: 1º relatório*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Lisboa.
- Almeida, R., Trigueiro, M., Portugal, P., Sousa, S., Simões-Silva, V., Campos, F. & Marques, A. (2023). Mental Health Literacy and Stigma in a Municipality in the North of Portugal: A Cross-Sectional Study. *International Journal of environmental research and public health*, 20(4). <http://doi.org/10.3390/ijerph20043318>.
- Arthur, A., Boardman, H., Morgan, J. & McCann, V. (2020). Effectiveness of a Problem-Solving, Story-Bridge Mental Health Literacy Programme in Improving Ghanaian Community Leaders' Attitudes towards People with Mental Illness: A Cluster Randomised Controlled Trial. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(4), 332-345. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1799273>
- Carneiro, M., Veras, L., Fernandes, C., Vieira, M., Rios, G. & Costa, L. (2022). Avaliação de uma capacitação de profissionais da atenção primária objetivando a redução de estigma aos transtornos mentais. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 17(44), 1-13. [https://doi.org/10.5712/rbmfci17\(44\)2766](https://doi.org/10.5712/rbmfci17(44)2766)
- Chambers M., Guise V., Valimaki M., Botelho M.A., Scott A., Staniuliene V. & Zanotti, R. (2010). Nurses' attitudes to mental illness: a comparison of a sample of nurses from five European countries. *International journal of nursing studies*. 47(3):350-62. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.008>
- Corrigan, P. (2000). Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48-67. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>
- Corrigan, P. (2008). A TOOLKIT for Evaluating Programs Meant to Erase the Stigma of Mental Illness. <https://www.montefiore.org/documents/Evaluating-Programs-Meant-to-Erase-the-Stigma-of-Mental-Illness.pdf>

- Corrigan, P., Markowitz, F., Watson, A., Rowan, D. & Kubiak, M. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162-179. <https://doi.org/10.2307/1519806>
- Corrigan, P. & Watson, C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071318>
- Dogan, R., Mercan, N., & Coskun, S. (2021). Investigation of the relationship between mental health literacy of adults and attitude towards seeking psychological help and stigma by the immediate environment. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1-8. <https://doi.org/10.1111/ppc.13000>
- Freitas, M., Costa, A., Santos, B. & Arriaga, M. (Coord.). (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Direção-Geral da Saúde
- Ganasen, K., Parker, S., Hugo, C., Stein, D., Emsley, R. & Seedat, S. (2008). Mental health literacy: focus on developing countries. *African Journal of Psychiatry* 11 (1), 23-28 <http://doi.org/10.4314/ajpsy.v11i1.30251>
- Goldman, H. H. & Grob, G. N. (2006). Defining 'Mental Illness' in Mental Health Policy. *Health affairs*. 25(3), 737-749. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.25.3.737>
- Gonçalves, A., Cabral, L., Cruz, C., Chaves, C., Sequeira, C. & Rodrigues, J. (2021) Literacia em saúde mental positiva nos enfermeiros de cuidados de saúde primários. *Revista INFAD*, 1(1), 71-83. <http://doi.org/https://10.17060/ijodaep>
- Hao, Y., Wu, Q., Lou, X., Chen, S., Qi, C., Long, J., Xiong, Y., Liao, Y. & Liu, T. (2020). Mental Health Literacy of Non-mental Health Nurses: A Mental Health Survey in Four General Hospitals in Hunan Province, China. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-10. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2020.507969>.
- Hinshaw, S. & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annu Rev Clin Psychol*, 4, 367- 393. <http://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245>.

- Hsiao, C., Lu, H. & Tsai, Y. (2015). Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 272–280. <http://doi.org/10.1111/inm.12129>.
- Jorm, A. F. (2012). Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychological Association*. 67 (3), 231-243. <http://doi.org/10.1037/a0025957>.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., 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. <http://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H. & Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 33(1):77-83. <http://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00513.x>
- Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M. & Kitchener, B. A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 40, 3-5. <http://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01734.x>
- Jorm, 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. *The Medical Journal of Australia*, 187(10), 556–560. <http://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01415.x>
- Jung, H., Sternberg, K. & Davis, K. (2016). Expanding a Measure of Mental Health Literacy: Development and Validation of a Multicomponent Mental Health Literacy Measure. *Psychiatry Research*, 243, 278-286. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.034>
- Jung, H., Sternberg, K. & Davis, K. (2017). The impact of mental health literacy, stigma, and social support on attitudes toward mental health help-seeking. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(5), 252-267. <https://doi-org.unr.idm.oclc.org/10.1080/14623730.2017.1345687>.

- Lammie, C., Harrison, T. E., Macmahon, K. & Knifton, L. (2010). Practitioner attitudes towards patients in forensic mental health settings. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 17(8):706-14. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01585.x>
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V. & Rossler, W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. 19(7):423-7. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.06.019>
- 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*, 3(6), 157–166. <https://doi.org/10.12707/RIII1112>
- Mancuso, J. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences*, 10, 248–255. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x>
- Mehrotra, L., Nautiyal, S. & Raguram, A. (2018). Mental health literacy in family caregivers: A comparative analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 31, 58-62. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.01.021>
- Neupane, D., Dhakal, S., Thapa, S., Bhandari, P. & Mishra, S. (2016). Caregivers' Attitude towards People with Mental Illness and Perceived Stigma: A CrossSectional Study in a Tertiary Hospital in Nepal. *PLoS ONE*, 11(6), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158113>.
- Nordt, C., Rossler, W. & Lauber, C. (2006) Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia bulletin*. 32(4):709-14. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>
- O'leeffe, D., Turner, N., Foley, S., Lawlor, E., Kinsella, A., O'Callaghan, E. & Clarke, M. (2015). The relationship between mental health literacy regarding schizophrenia and psychiatric stigma in the Republic of Ireland. *Journal of Mental Health*, 1-9. <http://doi.org/10.3109/09638237.2015.1057327>

- Oliveira, A. R. F., & Azevedo, S. M. (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30(4), 227-234. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v30i4.11347>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Estatística de enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). (2015). *Literacia em Saúde*. Lisboa
- Pallant, J (2010). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS* (4<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill Education
- Reavley, N. J., McCann, T. V., & Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy in higher education students. *Early Intervention in Psychiatry*, 6, 45-52. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00314.x>
- Sadow, D., Ryder, M. & Webster, D. (2002). Is education of health professionals encouraging stigma towards the mentally ill? *Journal of Mental Health*. 11(6):657-65. <http://doi.org/10.1080/09638230021000058210>
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *International review of psychiatry* (Abingdon, England), 19(2):137-55. <http://doi.org/10.1080/09540260701278929>
- Scott, L. & Chur-Hansen, A. (2008). The mental health literacy of rural adolescents: Emo subculture and SMS texting. *Australasian Psychiatry*, 16(5), 359-362. <http://doi.org/10.1080/10398560802027328>
- Smith, M. (2002). Stigma. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(5), 317-325. <https://doi.org/10.1192/apt.8.5.317>
- SNS24 (2023) *Depressão*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/depressao/#qual-a-incidencia-da-depressao-na-uniao-europeia-e-em-portugal>
- Sousa S., Marques A., Curral R. & Queirós C. (2012). Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends Psychiatry Psychother*, 34(4), 186-97. <http://doi.org/10.1590/s2237-60892012000400004>

- Tambag, H. (2018). Effects of a Psychiatric Nursing Course on Beliefs and Attitudes about Mental Illness. *International Journal of Caring Sciences*, 11(1), 420-426. <http://doi.org/10.1111/ppc.12796>
- Tay, L., Tay, Y. & Klainin-Yobas, P. (2018). Mental health literacy levels. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5), 757-763. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192-193. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>
- Xavier, S., Klut, C., Neto, A., Ponte, G. & Melo, J. (2013). O Estigma da Doença Mental: Que Caminho Percorremos?. *Psylogos*, 11(2), 10-21. <https://doi.org/10.25752/psi.4102>
- Weiner, B. (1983). Some methodological pitfalls in attributional research. *Journal of Educational Psychology*, 75(4), 530-543. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.75.4.530>
- World Health Organization (2001). *Basic documents*. (43<sup>rd</sup> ed.). Geneva.
- World Health Organization (2004). *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva.
- Yeap, R., & Low, W. Y. (2009). Mental health knowledge, attitude and help-seeking tendency: a Malaysian context. *Singapore Med J*, 50(12), 1169-1176.

# Apêndice Teórico

Neste tópico do trabalho, pretende-se explicar um pouco melhor alguns conceitos que foram trabalhados no estudo anteriormente apresentado.

## 1. Literacia para a Saúde

Wallendorf (2001) afirma que a literacia é considerada uma habilidade individual do ser humano que tende a permanecer estável durante a vida adulta. Esta última autora, aborda o conceito de literacia como sendo uma interação entre a cultura e a mente, cujo resultado é uma forma de desigualdade e privilégio que atua através do tempo, contextos e sociedades. Desde que a sociologia estuda hierarquias de poder compostas pela desigualdade e privilégio (como raça e género, por exemplo), esta foca-se na forma como a variação do acesso à literacia gera um sistema de classes “ter” e “não ter” Wallendorf (2001). Esta última autora, expõe ainda duas ideias, sendo a primeira o facto de que a literacia não é apenas a separação de quem sabe ler (alfabetizados) e de quem não sabe (analfabetos), mas sim a conceituação da literacia como algo que indica de uma forma contínua e multidimensional a capacidade do uso da linguagem escrita, da mesma forma que reflete a habilidade para fazer deduções lógicas e raciocinar e pensar criticamente. A segunda ideia prende-se com o facto de que a literatura acerca da literacia é considerada desafiante, pois tem uma grande dimensão, é multidisciplinar e multivocal (Wallendorf, 2001).

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2022) tem vindo a trabalhar para concretizar a visão da literacia para todos desde 1946. Inicialmente considerada como a capacidade para ler, escrever, usar a linguagem e comunicar, a literacia passou a ser mais recentemente definida, segundo a UNESCO (2022) como sendo uma competência para identificar, compreender, analisar, comunicar e utilizar as novas tecnologias, tendo em conta o contexto sociocultural e socioeconómico. Assim a definição de literacia como a capacidade que os indivíduos têm para compreender e usar a informação de forma a atingir os objetivos pretendidos, desenvolver o seu conhecimento e potencialidades e ser um agente ativo da vida quotidiana, comprova que a saúde, e principalmente a sua promoção, estão intimamente relacionadas com o grau de escolaridade e com maiores níveis de literacia (Cavaco & Várzea, 2010).

Segundo Sorensen e colaboradores (2012), existem 17 definições de literacia, segundo estudos, por eles realizados. Dessas definições, as que mais se destacam são a da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a da Associação Americana de Medicina do Instituto de Medicina (AMA). A OMS define a literacia em saúde como o conhecimento e as competências pessoais que demarcam a motivação e a capacidade que cada pessoa tem para agir e ter acesso à informação de forma a promover e melhorar a saúde, tanto do próprio como da comunidade. Para que isto aconteça é necessário que se mudem estilos e condições de vida. Desta forma, a literacia em saúde não se restringe apenas a saber ler e saber fazer marcação de consultas. Quando o acesso à informação de saúde é melhorado e a capacidade que as pessoas têm para a usar esta informação é eficaz, ou seja, quando existem altos níveis de literacia em saúde, isto torna-se uma forma de poder para as pessoas (World Health Organization [WHO], 1998). Por sua vez, a AMA (1999), define literacia em saúde como “*a constelação de habilidades, incluindo a capacidade de realizar tarefas básicas de leitura e numerais necessárias para funcionar no ambiente de saúde*” (p.553).

O conceito de literacia em saúde tem vindo a ser considerado fulcral para os cidadãos no que toca a estes serem mais ativos relativamente à sua saúde. Ao longo dos últimos anos ganhou destaque na agenda europeia para a saúde e já se tornou também em Portugal um tema relevante, na medida em que, a promoção da literacia em saúde se apresenta como o meio para a melhoria dos cuidados de saúde. Além disso, faz parte das preocupações que definem as políticas de Saúde, que estão elencadas no Plano Nacional de Saúde (Pedro et., al 2016). Fracas competências de literacia em saúde resultam em escolhas menos saudáveis, comportamentos mais arriscados, menos autogestão e mais hospitalização. Isto provoca um excessivo consumo dos recursos humanos e financeiros do sistema de saúde e portanto, é necessário enfrentar a baixa literacia em saúde existente. Na Figura 1 está representado um conceito amplo e relacional de literacia em saúde onde são considerados tanto o nível de competências e habilidades individuais como a complexidade e exigências dos contextos nos quais as pessoas agem e estão inseridas como influenciadores da literacia que necessitam ser monitorizados (Kickbusch et. al., 2013).

**Figura 1**

*Estrutura interativa de Literacia em Saúde*



Adaptado de: Kickbusch e colaboradores (2013). Health literacy: The solid facts World Health Organization. Regional Office for Europe.

A literatura científica tem vindo a mostrar que existe uma forte associação entre níveis mais baixos de educação e piores resultados de saúde. A literacia em saúde não é vista como um meio importante para manter ou melhorar a saúde, no entanto, uma baixa literacia em saúde pode chegar a ser uma barreira para a prevenção de doenças devido à falta de informação e um entrave no acesso a cuidados de saúde (Heide et al., 2013).

Segundo Baker e colaboradores (1998), devido ao aumento significativo do sucesso dos tratamentos médicos, os pacientes enfrentam uma maior necessidade de aprendizagem, sobre os mesmos. A capacidade dos pacientes para aprenderem os regimes de tratamento e seguirem corretamente as instruções dadas irá determinar uma melhor trajetória na recuperação (Baker et al, 1998). Os mesmos autores afirmam que alguns estudos comprovaram que, pessoas com dificuldades de leitura, terão mais probabilidade de ter dificuldades a ler documentos em ambientes de saúde, compreender rótulos de medicamentos, recibos de consultas e instruções possivelmente dadas para a educação em saúde. Na mesma linha de pensamento, os autores acima mencionados, acreditam que indivíduos com doenças crónicas estão mais propensos a ter complicações na compreensão dos elementos básicos de como lidar com as suas condições clínicas. De forma resumida, pode dizer-se que, níveis inadequados de literacia, bem como baixos níveis de educação estão diretamente relacionados com níveis mais baixos no sucesso dos tratamentos (Baker et al., 1998).

A literacia é uma conhecida e importante correlação entre o estado de saúde e os comportamentos de promoção para a saúde em países não industrializados. No

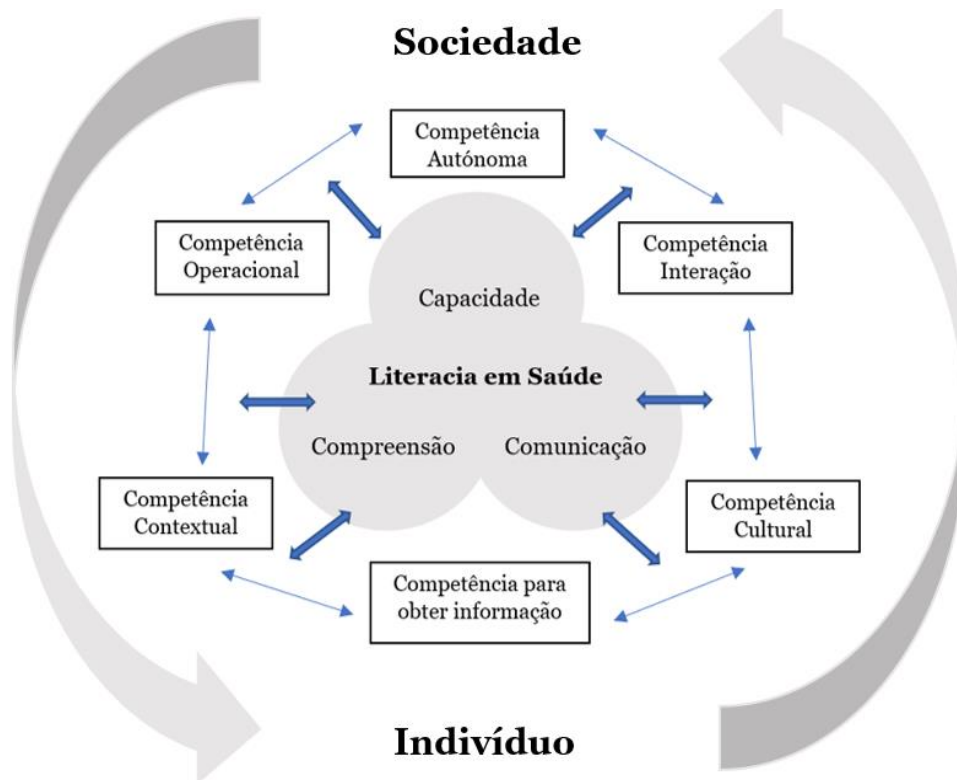
entanto, existem vários estudos que demonstram que existem diversos fatores que influenciam esta relação, como por exemplo o nível de educação, fatores demográficos e socioeconómicos, a autoeficácia e a cultura. Ainda assim, existem outros estudos que indicam que, mesmo depois de ajustadas as variáveis referidas anteriormente, a literacia está também relacionada com diversos aspetos de saúde, sendo eles o conhecimento em saúde, o estado de saúde e o uso dos serviços de saúde (Ad (Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, 1999).

Mancuso (2008), no seu artigo procura fazer uma análise do construto de literacia em saúde através dos seus vários conceitos e dimensões, já que a literacia em saúde tem uma grande abrangência nas implicações que provocam impacto tanto no individuo como na sociedade onde este se insere. Deste modo, o autor sugere um modelo, onde de forma sucinta apresenta os antecedentes, que define como competências, os atributos e as consequências individuais e sociais, tendo sempre como base a relação entre individuo e sociedade. O conceito de competência de Mancuso (2008), é enfatizado como sendo um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que o individuo tem quando está perante uma situação na qual tem de utilizar recursos e conhecimentos adequados para dar uma resposta ajustada àquele momento. Relativamente aos atributos, o mesmo autor apresenta a existência de três, sendo eles a capacidade, a compreensão e a comunicação. Na figura 2 está apresentado o modelo, e pode observar-se a relação existente entre atributos e as competências que os antecedem (Mancuso, 2008). De uma forma resumida, podemos referir-nos ao atributo **capacidade** como sendo tudo aquilo que já é inato, mas também as competências que são adquiridas através da educação, influenciadas pela cultura que vão sendo aprendidas ao longo da vida (Mancuso, 2008). Entre estas capacidades, segundo Mancuso (2008), estão incluídas a recolha, a avaliação, a análise da informação, a procura de ajuda e a forma como a pessoa age dentro do sistema de saúde. A **compreensão** relaciona-se com a interpretação que é feita da informação que existe e da informação disponibilizada, permitindo ao individuo ser critico e dar sentido a essa mesma informação (Mancuso, 2008). Por último, a **comunicação** remete para a partilha de informação que promove a compreensão e observação de críticas e sendo este atributo do domínio da saúde, destina-se essencialmente a influenciar as decisões que conduzem a uma melhoria de saúde (Mancuso, 2008). Segundo este último autor, pode então concluir-se que a literacia em saúde não é estática e evolui ao longo do tempo e da vida. Esta engloba os atributos acima mencionados, precedidos pelas competências e a partir daí, um individuo bem informado e com níveis de literacia

elevados tem capacidade para influenciar os restantes indivíduos e a sociedade onde se inserem (Mancuso, 2008).

**Figura 2**

*Modelo Conceptual de Literacia em Saúde*



Adaptado de: Mancuso (2008)

## 2. Saúde Mental

De acordo com a OMS, a Saúde é definida como um “estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 2001, p.1). Por sua vez, a saúde mental “é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de realizar as suas próprias habilidades, consegue lidar com o stress normal da vida, trabalhar produtivamente e contribuir para a sua comunidade” (WHO, 2004, p.12).

Goldman e Grob (2006) apresentam no seu artigo a definição de saúde mental e de doença mental, sendo a primeira considerada como sendo um estado de

desempenho bem-sucedido na função mental de um indivíduo, que resulta em atividades produtivas, relacionamentos satisfatórios com outras pessoas e capacidade para se adaptar às mudanças que possivelmente poderão ocorrer bem como lidar com adversidades. A doença mental, é então definida, segundo estes últimos autores, como sendo o termo que faz referência às perturbações mentais passíveis de diagnóstico. Estas perturbações são estados de saúde determinadas por alterações de pensamento, comportamento ou humor, das quais advém sofrimento e prejudicam o funcionamento do indivíduo (Goldman & Grob, 2006). Para outros autores, como é o caso de Bhugra e colaboradores (2013), a saúde mental transmite ao indivíduo uma sensação de valor, de controle e de compreensão do seu funcionamento interno e externo. Esta condição de saúde implica que o indivíduo tenha competência para formar e manter relações com os outros, ter a sua função na sociedade, ao desempenhar papéis que são aceites na sua cultura, gerir mudanças e emoções e transmitir ações e pensamentos positivos (Bhugra et al., 2013). A Sociedade para a Educação e Promoção em Saúde (SHEPS, 1997, as cited in Bhugra et al., 2013) propõe que a saúde mental deve envolver uma sensação de positividade por parte dos indivíduos em relação a eles mesmos e aos outros, sentimentos de felicidade, alegria e amor. Estes últimos autores indicam ainda, que tanto a saúde mental como as doenças mentais são influenciadas por fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

Galderesi e colaboradores (2015), afirmam que a definição de saúde mental dada pela OMS, é de certa forma, um motivo de preocupação, já que identifica sentimentos positivos e funcionamento positivo como fatores essenciais para a saúde mental, ainda que, deixe bem assente que a saúde mental é mais do que a ausência de doença mental. Assim, para tornar a definição mais inclusiva, Galderesi et.al. (2015) elaboraram uma definição que afasta as possíveis diferenças culturais, sociais e de valores, que variam de país para país, de forma a facilitar a obtenção de um consenso sobre o conceito saúde mental. Assim, a noção de que a saúde mental é muito mais do que ausência de doença, é já uma verdade indiscutível, no entanto foi a relação entre saúde mental e bem-estar ou funcionamento que deixou espaço para dúvidas, na opinião destes últimos autores. Deste modo, estes últimos autores, apresentam a sua definição de saúde mental, de forma a incluir vários estados emocionais, sendo esta então considerada

um estado de equilíbrio interno dinâmico que permite aos indivíduos usar as suas habilidades em consonância com os valores universais da sociedade. Competências cognitivas e sociais básicas; capacidade para reconhecer, expressar e modular as próprias emoções e ter empatia para

com os outros; ser flexível e ter capacidade para lidar com situações adversas da vida e desempenhar papéis sociais bem como ter uma relação harmoniosa entre corpo e mente são todos eles componentes importantes e essenciais, que contribuem, cada um com o seu grau, para um estado de equilíbrio interno (p.231-232).

De forma breve, a definição de saúde mental que é feita por estes autores é a favor da inclusão, evitando afirmações culturalmente restritivas, o mais próxima possível da realidade que é a vida humana, seja ela alegre, triste, satisfatória ou passível de desafios (Galderesi et al., 2015).

### **3. Literacia em Saúde Mental**

O conceito de literacia em saúde, como foi já explicado anteriormente, é um processo dinâmico que está relacionado com a capacidade de utilizar as competências de leitura, escrita e cálculo para dar respostas aos vários desafios a que somos expostos no dia-a-dia o que faz com que o individuo tenha um papel ativo a nível pessoal, social e profissional (Loureiro et al., 2012). Como extensão ao mesmo, foi criada a definição de literacia em saúde mental (LSM) que diz respeito ao conhecimento que se tem acerca das perturbações mentais que ajuda a conhecê-las melhor e conseqüentemente a ter um melhor controlo sobre elas e auxiliar também na sua prevenção. Exemplos específicos que fazem parte de uma boa literacia em saúde mental, passam, por exemplo, por ter conhecimento acerca de fatores de risco, saber procurar informações sobre o tema, reconhecer perturbações específicas e ter atitudes que promovem a procura de ajuda quando necessário (Jorm et al., 1997).

O conceito de LSM segundo Jorm (2012) envolve alguns componentes, sendo que se destacam os seguintes: “a) o reconhecimento das perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda; b) o conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis; c) o conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda; d) o conhecimento e as competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros e e) o conhecimento do modo de como se podem prevenir as perturbações mentais” (p.231). Através desta definição e destes componentes, pode assumir-se que os indivíduos que tenham um alto nível de LSM, têm aptidão para identificar os primeiros sintomas, reconhecer uma doença mental e assim, recorrer aos recursos e meios necessários para obter um tratamento adequado, ainda numa fase precoce da doença (Jorm, 2012). Por sua vez, quando os níveis de LSM são baixos, pode levar a recorrer a estratégias de *coping* negativas, como consumos de drogas e álcool,

originando uma procura de ajuda numa fase mais avançada da doença, ou até inexistente, que pode ter como consequência um tratamento incorreto (Jung et al., 2016).

Jorm e colaboradores (2006) enumeraram vários tópicos que consideram ser verdades já conhecidas acerca da literacia em saúde mental, nomeadamente: 1) as perturbações mentais não são bem reconhecidas pelo público, ou seja, muitas pessoas não conseguem dar o nome adequado a determinada doença, o que dificulta muitas vezes a procura adequada de ajuda; 2) existe uma discrepância entre as crenças dos indivíduos comuns e dos profissionais de saúde, já que o público nem sempre acredita nos tratamentos e na medicação; 3) o estigma é uma barreira à procura de ajuda, sendo que muitas vezes os indivíduos interiorizam atitudes negativas e estigmatizantes; 4) a capacidade que as pessoas têm para prestar “primeiros socorros” por vezes, são escassas, ou seja, a forma como agimos perante alguém que possa estar a desenvolver uma perturbação mental, ajuda a que a pessoa sinta que tem apoio na sua rede social, e o contrário também é verdade, ou seja a incapacidade de prestar apoio pode levar a uma perceção incorreta de falta de apoio na sua rede social. Todos estes pontos parecem contribuir para a procura de ajuda e consequente adesão ao tratamento. Ainda que, tudo o que foi referido anteriormente sejam tópicos, com uma aparente conotação mais negativa, existem vários tipos de intervenção que podem melhorar a literacia em saúde mental e há evidências de que esta pode vir a ser melhorada, seja em intervenção em grupo para a comunidade ou em modalidade individual (Jorm et al., 2006).

Relativamente às doenças físicas, é simples de perceber e facilmente aceite que os indivíduos com maior conhecimento à cerca das doenças, vão ter mais benefícios ao saberem que atitudes podem ser tomadas tanto ao nível da prevenção, como da intervenção precoce e mesmo durante o tratamento (Jorm, 2012). No que diz respeito ao tratamento das doenças físicas, por norma as pessoas conhecem onde se devem dirigir para procurar ajuda profissional. Em contrapartida, no que diz respeito à saúde mental, o cenário é o oposto. Grande parte das pessoas desconhece o que pode fazer seja em relação à prevenção, ao tratamento (evitam ou adiam) e não sabem como agir quando precisam de ajudar alguém com uma perturbação mental (Jorm, 2012).

Galustyan (2019), na sua revisão de literatura, afirma que as dimensões que compõem a LSM incluem o conhecimento e compreensão de vários componentes, tais como: a doença em si (o que é, fatores, sintomas e causas); quais os tratamentos farmacológicos (medicação) e não farmacológicos (terapias, exercício físico alimentação); o acompanhamento e os programas de intervenção que existem; os

vários tipos de apoio social que existem (financeiro e das instituições); que tipo de comunicação, empatia e competências sociais que se devem ter; como lidar com uma pessoa com doença mental; autonomia e confiança. Assim, assume-se que a LSM pretende capacitar as pessoas que possuem doença mental em temas que sejam benéficos para o seu tratamento e reabilitação (Galustyan, 2019). Uma pessoa bem informada tem mais probabilidade de tomar melhores decisões (Loureiro et al., 2012). Por tal, parece ser de extrema importância que os indivíduos compreendam e identifiquem os sintomas precoces da sua doença, pensem em estratégias que possam controlar a crise e tenham conhecimento dos tratamentos existentes para procederem com o para pedir ajuda (Galustyan, 2019). Posto isto, este último autor formula diversos objetivos da LSM: 1) dotar as pessoas de informação clara e fidedigna sobre diferentes tópicos relacionados com a Saúde Mental; 2) esclarecer e identificar sinais e sintomas da doença mental, com o intuito de facilitar o reconhecimento da mesma, promovendo uma procura atempada de tratamentos disponíveis ; 3) enriquecer a discussão do projeto terapêutico e promover a sua adesão; 4) combater o estigma e a exclusão social, por meio da desconstrução de mitos e preconceitos sobre a doença mental; 5) promover o envolvimento da população em geral na tomada de decisões em matérias relacionadas com a Saúde Mental.

### **3.1 Literacia em Saúde Mental em enfermeiros**

A compreensão da Literacia em Saúde Mental por parte dos enfermeiros é bastante pertinente, pois sabe-se que uma atitude positiva por parte dos mesmos em relação à doença mental aponta para melhores resultados na recuperação dos doentes (Neupane, 2016). Pelo contrário, a eficácia dos tratamentos dos indivíduos com doença mental pode ser dificultada e influenciada pelas crenças negativas que os profissionais de saúde possam ter em relação à doença (Tambag, 2018) e como tal, para que se possam oferecer cuidados de enfermagem terapêuticamente eficazes, é necessário que exista um aumento do reconhecimento das atitudes dos enfermeiros relativamente às doenças mentais (Hsiao, et. al., 2015). Devido ao contacto direto e prolongado que os enfermeiros têm com os pacientes, estes têm mais oportunidade para os observar. Desta forma, se os enfermeiros tiverem capacidade para inicialmente identificar as perturbações mentais, promove uma atuação mais célere da equipa médica no âmbito da identificação precoce das doenças, levando assim à realização do diagnóstico e do encaminhamento mais atempadamente (Hao, 2020).

Santos (2016), no seu estudo avaliou os níveis de LSM numa amostra de enfermeiros da atenção básica. A autora conseguiu perceber que os enfermeiros

conseguem identificar que um determinado individuo apresenta uma alteração psicológica, no entanto poucos são aqueles que através dos sinais e sintomas, conseguem identificar qual a perturbação existente, que no caso exemplificado era a depressão. Assim, os enfermeiros acabam por encaminhar estes pacientes para as equipas médicas ou até para serviços direcionados ao atendimento de problemas psicossociais, encaminhamento este que pode não ser o mais adequado, dado que, se o enfermeiro não consegue identificar adequadamente a perturbação, também não orientará o doente para a melhor ajuda possível (Santos, 2016).

Por seu lado, Hao (2020), em estudos realizados na China, avaliou os níveis de LSM em enfermeiros que não são da área da saúde mental. Comparou a identificação, as atitudes face ao tratamento e prognóstico em três doenças mentais, a depressão, a esquizofrenia e a perturbação de ansiedade generalizada. Deste estudo, foi possível observar que a capacidade de identificação correta da perturbação, se apresentou bastante mais alta na depressão. Relativamente ao tratamento, a maioria dos enfermeiros, participantes no estudo em questão, consideraram que todas as pessoas necessitavam de ajuda profissional, e preferiram procurar ajuda médica e implementar mudanças no estilo de vida. No que toca ao prognóstico, metade dos participantes, consideraram que em qualquer uma destas três condições, com ajuda profissional, o individuo conseguiria recuperar, no entanto não era uma recuperação permanente, dado que o problema poderia voltar (Hao, 2020). Este autor, concluiu então, que os níveis de literacia nestes enfermeiros são insuficientes visto que, a capacidade para identificar doenças mentais comuns, como é o caso da ansiedade, precisa de ser melhorada, assim como as crenças nas intervenções e resultados.

Para colmatar estas lacunas da LSM em enfermeiros, os programas de educação e treino em enfermagem devem ter também como objetivo formar os enfermeiros em saúde mental, saber como ser empático e ter atitudes positivas aquando do cuidado de indivíduos que padecem de uma perturbação mental (Hsiao, et. al., 20). Os resultados de um estudo realizado por Joyce e colaboradores em (2011), indicaram que o desenvolvimento de um programa de educação em saúde mental específico para enfermagem pode ser vantajoso na medida em que pode mudar as atitudes dos enfermeiros para com os doentes, mas também melhorar o apoio dado aos restantes colegas que possam ter um problema de saúde mental.

## 4. Estigma

Segundo Smith (2002), não existe uma definição única do conceito de estigma, já que este representa uma interação complexa entre várias áreas, como as ciências sociais, a política, história, psicologia, medicina e antropologia. Ainda assim, o ponto fulcral da formação do estigma, segundo este último autor, é a percepção da diferença (predisposição inata em todos os humanos) e este sim, é um indicador claro da origem social do estigma. Um dos primeiros autores a abordar este conceito foi Goffman (2004) em 1891, e afirmou que o estigma foi introduzido pelos gregos para fazer referência aos sinais corporais que eram desenhados com o intuito de ridicularizar social e moralmente os indivíduos que cometiam crimes e traições. Com este ato, pretendia-se que esses indivíduos fossem reconhecidos como indesejáveis e menosprezados pelos restantes à sua volta (Goffman, 2004). O termo estigma, é então usado quando se pretende fazer referência a um atributo depreciativo (Smith, 2002). Segundo Thornicroft e colaboradores (2007) referem-se a problemas de conhecimento (ignorância), problemas de atitudes (preconceito) e problemas de comportamento (discriminação).

Corrigan (2000) propôs o Modelo Cognitivo-Social no qual pretendia explicar a cadeia de acontecimentos que conduzem ao surgimento do estigma. Inicialmente surgem os estímulos discriminativos (sinais), de seguida os mediadores cognitivos (estereótipos) e finalmente, como resultado deste percurso, o comportamento consequente (discriminação). Desta forma, e através destes três elementos fundamentais, este modelo procura explicar a relação que existe entre os estímulos discriminativos, como rótulos e aparência e o comportamento consequente, o tratamento dado a esses indivíduos, através da identificação das cognições mediadoras desses construtos, como por exemplo o autoritarismo e a restrição social. De uma forma simples e prática, Corrigan (2000) apresenta um exemplo para facilitar a compreensão deste modelo: uma pessoa, com doença mental, está sentada na rua, e é vista a falar sozinha. O primeiro pensamento das pessoas que a observam é que aquela pessoa é louca. Este **sinal** dado pela pessoa que falava sozinha gera **estereótipos** como “pessoas loucas são perigosas”. Consequentemente, e seguindo a cadeia de acontecimentos, os estereótipos levam a comportamentos de **discriminação** como não permitir a aproximação daquela pessoa.

De forma a sintetizar o que foi anteriormente dito, o estigma “é uma combinação de crenças estereotipadas, atitudes preconceituosas e comportamentos discriminatórios em relação a grupos externos que resulta em menos oportunidades de

vida para aqueles que são desvalorizados” (Hinshaw & Stier 2008, p.368). É também considerado o processo que ocorre quando alguma característica é vista como indesejável ou inconveniente e com base em preconceitos negativos e estereótipos, conduz à discriminação de pessoas ou grupos. Desde que determinada característica seja assinalada como fora do “normal” ou diferente da maioria, já é suscetível a ser estigmatizada. Ou seja, todos nós podemos ser alvo de estigma, seja devido a questões étnicas, religiosas, de nacionalidade, orientação sexual, entre outras (saudemental, 2023).

#### **4.1 Estigma na Saúde Mental**

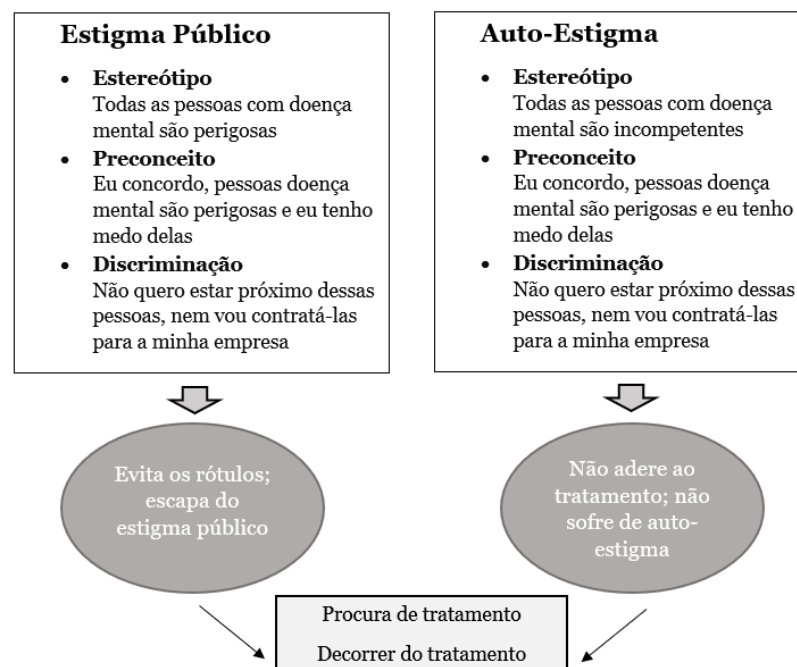
O estigma que existe na saúde mental, nomeadamente na doença mental tem vindo a ser alvo de maior atenção ao longo dos últimos anos (Xavier et. al., 2013). De uma forma geral, pode dizer-se que quase todas as perturbações psiquiátricas provocam sentimentos de estranheza e desconforto nas pessoas, o que pode vir a ser gerador de estigma e levar à exclusão social dos doentes mentais e das pessoas a eles relacionadas (Sousa et al., 2012). Grande parte dos estudos acerca do estigma na saúde mental são baseados nas perturbações mais graves e crónicas, como o caso da esquizofrenia e da perturbação bipolar, por exemplo. Com o surgimento dos termos “doença mental” e “perturbação mental” é abrangida uma variedade mais ampla de comportamentos e estilos emocionais como possíveis formas de desvio, portanto, são alvo de estigma devido a este rótulo (Hinshaw & Stier 2008).

Corrigan (2004) introduziu o conceito de auto-estigma como sendo a dimensão do estigma que é infligida pelo próprio doente e exemplifica de modo a poder distingui-lo do conceito de estigma público. Este último conceito, refere-se ao estigma que é dirigido da população para os doentes mentais (“as pessoas com doença mental são perigosas, tenho-lhes medo e nunca lhes ofereceria emprego”), por sua vez, o auto-estigma faz referência à atitude que o individuo tem em relação a si próprio, enquanto doente, que resulta da internalização dos estereótipos e preconceitos negativos (“pessoas com doença mental são incompetentes, se eu tenho uma doença mental, também sou incompetente e nunca vou arranjar emprego”) (Corrigan, 2004). Face a isto, pode considerar-se que estas duas dimensões do estigma afetam e comprometem as oportunidades de vida dos doentes mentais, porém o auto-estigma, afeta ainda mais profundamente a autoestima e o autoconceito o que condiciona o desempenho dos papéis sociais do individuo (Xavier et. al., 2013). Estas conceções e atitudes estigmatizantes em relação às pessoas com doença mental contribuem para taxas mais baixas de emprego e rendimento, privando-as da pertença a um grupo de pessoas, de

socialização, de melhores cuidados de saúde e de uma qualidade de vida global (Corrigan & Watson, 2002). Apesar de haver uma distinção clara entre o estigma público (aquele que o público faz a um grupo estigmatizado) e o auto-estigma (o que os membros do grupo estigmatizado fazem a eles próprios ao internalizarem o estigma público), é bastante provável que o impacto que estes dois tipos de estigma têm no indivíduo seja idêntico e se façam aumentar um ao outro (Corrigan, 2004). Na figura 3 está ilustrada a separação destes conceitos de estigma e a ligação à procura de cuidados.

**Figura 3**

*Fatores que influenciam a procura de tratamento por parte de pacientes que dele tiram benefício*



Adaptado de: Corrigan, P. (2004).

Ao longo dos anos, foram sendo desenvolvidos modelos e teorias, para tentar compreender e avaliar o estigma associado à doença mental. A Teoria que se mantém como sendo a mais relevante é a Teoria da Atribuição desenvolvida inicialmente por Weiner (1985) (Hinshaw & Stier 2008) no âmbito da Psicologia Social. Do ponto de vista desta área, a atribuição é a forma que os indivíduos usam para explicar as atitudes, as causas dos fenómenos e os comportamentos dos outros e dos próprios. Esta teoria sugere que existe uma tentativa constante de descobrir os motivos pelos quais os indivíduos têm determinados comportamentos. Como o nome da teoria indica, pretende atribuir uma causa a esses comportamentos, ao produzir inferências causais

acerca de uma determinada atitude (Sousa et al., 2012). Um princípio central da teoria da atribuição é que quando os comportamentos negativos de um indivíduo são atribuídos à vontade do próprio ou ao seu controlo, acredita-se que quem observa vai culpar e responder de forma mais rígida. De outra forma, quando as causas dessas atitudes mais problemáticas são atribuídas a fatores incontroláveis, como condições médicas, esses mesmos observadores já aceitam os comportamentos de forma mais empática sem culpabilizar tanto o autor dos atos (Weiner et. al., 1988 as cited in Hinshaw & Stier 2008).

Estratégias para diminuir o estigma têm vindo a ser agrupadas mediante a sua relevância, quer para o estigma público quer para o auto-estigma. Segundo Corrigan & Penn (1999) as abordagens para mudar o estigma público, foram agrupadas em três processos de mudança: protesto/denúncia, educação/sensibilização e contacto. A estratégias de protesto/denúncia dizem respeito à luta contra a injustiça dos estigmas específicos que leva ao apelo moral de forma a tentar mudar a forma do público pensar, nomeadamente as ideias de desrespeito e vergonha em relação ao doente mental. As abordagens educativas, surgem com o intuito de promover a literacia em saúde mental, o que leva à mudança de atitudes, como ter uma maior reflexão sobre os temas e desconstrução de crenças negativas. Relativamente ao contacto, estes autores afirmam que ter contacto com pessoas com doenças mentais traz melhorias significativas nas crenças e atitudes, visto que há várias pesquisas que mostram que o público em geral que está mais familiarizado com estes doentes têm menos crenças preconceituosas.

## **5. Literacia em Saúde Mental e Estigma**

Segundo (Almeida & Xavier, 2013) Portugal, em conjunto com a Irlanda do Norte apresentam os índices mais elevados de prevalência de doenças psiquiátricas no continente europeu. Assim considera-se, a pertinência do estudo da Literacia em Saúde Mental (LSM) e o estigma. Os estudos têm indicado que o estigma na doença mental é perpetuador de atitudes negativas e discriminação o que se traduz num papel prejudicial no bem-estar pessoal, social e profissional das pessoas com doença mental (Sousa et al., 2012; Xavier et. al., 2013). Níveis mais altos de LSM parecem resultar numa diminuição do estigma na doença mental (Almeida et al., 2023).

O estigma sobre a saúde mental descrito para a população em geral, parece existir também nos profissionais de saúde, sendo que estes podem ser influenciados pela visão que têm da doença mental, e expressam mais atitudes negativas em relação ao avanço do tratamento em pessoas com doença mental em comparação com a

restante população (Hsiao, et al., 2015). De entre os profissionais de saúde, são os enfermeiros que têm o contacto mais direto com os doentes e como tal, devem ter em consideração o facto de que as suas atitudes têm uma grande influência nos cuidados prestados (Fernandes, et al., 2019; Hsiao, et al., 2015). Sendo estes profissionais de saúde, membros integrantes das equipas médicas, para além de estabelecerem contacto direto com os pacientes, estabelecem também com as suas famílias (Hao, 2020).

A falta de conhecimento sobre os problemas de saúde mental, considerada baixa LSM, leva ao surgimento de atitudes e crenças negativas em relação às pessoas que possuem doença mental e comportamentos derivados das mesmas, tornando-se assim o estigma também um ponto de intervenção (Jung et al., 2017). Estes mesmos autores, investigaram de que forma a literacia em saúde mental se associa à procura de ajuda adequada à problemática e constataram que os dois tipos de estigma são mediadores desse processo, ou seja, tanto o estigma público como o auto-estigma atuam como intermediários na relação entre LSM e a atitude perante a procura de ajuda.

No ponto 4, onde é abordado o estigma, foi já mencionado que o estigma está relacionado com três tipos de problemas. De entre esses três, estão os problemas de conhecimento, ou seja, a ignorância dos indivíduos relativamente a determinado tema, que conduzem à estigmatização (Thornicroft et al., 2007). Para combater esta falta de conhecimento, é importante e necessária a divulgação de matérias relacionadas com a saúde mental, visto ser uma das formas mais eficazes para combater os preconceitos e o estigma associado às perturbações mentais (Thornicroft et al., 2007)

Segundo Jung et al., (2016), pode assumir-se que os indivíduos cujo nível de LSM é mais alto, são capazes de identificar os primeiros sintomas, reconhecer a doença e recorrer de aos recursos adequados para o tratamento. Além destas vantagens, esses indivíduos têm também conhecimento suficiente para não concordar e compactuar com os estigmas e mitos acerca das doenças e terão atitudes mais positivas e racionais. Vários estudos indicam que ao longo dos últimos anos, a LSM tem vindo a aumentar e como tal, há cada vez menos discriminação e falsas crenças sobre as doenças mentais e mais disponibilidade para aderir aos tratamentos adequados (Mehrotra et al., 2018). Almeida e colaboradores (2023) realizaram um estudo em Portugal, cujo objetivo era medir os níveis de LSM e estigma num município do norte do país. Os resultados do estudo mostraram que existe uma baixa correlação entre estigma e literacia em saúde mental, no entanto, os autores referem ainda que o estigma diminui face a maiores níveis de LSM. Svensson e Hansson (2015) investigaram como a literacia e a experiência em saúde mental se relaciona com as atitudes estigmatizantes em pessoas

com depressão e psicose. Chegaram então à conclusão de que um maior grau de literacia está relacionado com atitudes mais positivas e menor desejo de distanciamento social em relação aos indivíduos com depressão.

Apesar de a generalidade dos estudos realizados apontarem para o que foi anteriormente dito, houve um estudo realizado na República da Irlanda sobre esquizofrenia que veio contradizer estes dados. Participantes que apresentaram maiores níveis de literacia em saúde mental expressaram atitudes mais negativas em relação a esta doença. Isto pode estar explicado pelo facto de cada patologia ter conjuntos de sintomas diferentes e cada sintoma pode ser interpretado de forma diferente. Há sintomas que são considerados mais incapacitantes que outros, e como tal, poderá haver tendência a estigmatizar determinados diagnósticos, como o caso da esquizofrenia. Ainda que isto possa acontecer, as evidências indicam que, aumentar a literacia em saúde mental e reduzir o estigma, são os dois fatores cruciais para o incentivo à procura de ajuda e reconhecimento de sinais precoces das doenças (O'keeffe et al., 2015).

É importante salientar que a área da saúde mental tenta encontrar formas de promover a procura de ajuda adequada, de maneira a prevenir os danos provenientes da doença mental não tratada, que poderiam ter sido evitados, da mesma forma que, defende a vida das pessoas como sendo mentalmente saudável. É assim, importante voltar a reforçar a necessidade de uma boa educação em saúde mental, de maneira a aumentar os níveis de literacia em saúde mental, a reduzir o estigma, a reforçar o apoio social, a fortalecer os serviços de saúde mental e claro, promover melhores atitudes face à doença mental (Junge et al., 2017).

## **6. Literacia em Saúde Mental e a pandemia Covid-19**

O Covid-19 é uma doença respiratória aguda infecciosa causada por o novo coronavírus. Surgiu pela primeira vez na China, na cidade de Wuhan em 2019, como uma pneumonia de etiologia microbiana desconhecida. Posteriormente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou que o novo coronavírus havia sido detetado em amostras coletadas desses pacientes. A partir daí a epidemia aumentou e espalhou-se rapidamente pelo mundo, tendo sido declarada pela OMS como uma emergência de saúde pública e cerca de três meses mais tarde declarada formalmente uma pandemia mundial (Beching et al., 2020).

A pandemia do Covid-19 trouxe desafios em vários aspetos da vida. Entre esses aspetos encontra-se a saúde mental considerada uma parte vital da situação. O distanciamento social e a quarentena foram duas das estratégias de saúde pública utilizadas para combater a propagação do vírus. Com isto, surgiu nas pessoas uma sensação de ostracismo e abandono, que resultaram em estados de stress na população em geral, mas essencialmente nas crianças e idosos. Toda esta situação fez com que essas pessoas precisassem de apoio emocional tanto por meio das redes informais, como família e amigos, como por meio dos profissionais de saúde. Foi considerado que manter as redes sociais nestas situações de isolamento é essencial para a saúde mental (Jiloha, 2020).

A pandemia teve impacto na saúde global das populações, nomeadamente na saúde mental devido a todas as alterações sociais e económicas que as medidas que foram adotadas provocaram. Os principais fatores responsáveis por este impacto na saúde mental foram as medidas de saúde pública para o controlo da pandemia, o distanciamento social, o isolamento, a sensação de medo e incerteza face ao futuro e à evolução da doença, as consequências socioeconómicas, o desemprego e, a perda de rendimento e os efeitos diretos do vírus no sistema nervoso central. As circunstâncias da pandemia fizeram desenvolver com maior frequência problemas de ansiedade, depressão, *burnout*, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação de stress pós-traumático (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2022).

O impacto psicológico provocado pela Covid-19 atingiu a população em geral, grande parte dos profissionais de saúde (SNS, 2022), e pessoas que já apresentavam qualquer tipo de perturbação mental. Face a isto, a resposta das entidades de saúde face à pandemia, deve focar-se não só no seu tratamento, mas também no desenvolvimento da alfabetização e da literacia no âmbito da saúde mental, o que tornou a pandemia uma oportunidade para melhorar os cuidados de saúde mental de toda a população (Moreno et al., 2020).

Relativamente aos níveis de LSM, ainda não existem estudos suficientes que comprovem se houve ou não melhorias da mesma, na sequência da pandemia Covid-19. Apesar disso, Hu e colaboradores (2021), conseguiram chegar à conclusão de que indivíduos cujos níveis de LSM eram mais elevados antes da pandemia, conseguiram gerir de melhor forma o stress associado aos períodos de confinamento. Por sua vez, um estudo realizado na China, por Li et al., (2022) verificou que a LSM da população não melhorou durante o segundo surto da pandemia. Afirmaram ainda que, deve ser dada mais atenção à saúde mental dos indivíduos e praticada a educação em saúde para

evitar possíveis consequências negativas. Em consonância com o que foi dito, Hermans e colaboradores (2021) dizem também que a literacia em saúde é um fator essencial no que diz respeito à gestão da pandemia e oferece uma perspectiva de estudos futuros que apontam para a literacia em saúde em contextos de surtos de vírus.

## **7. Promoção da Literacia em Saúde Mental**

Face a tudo aquilo que tem vindo a ser dito, e tendo em conta todas as vantagens que a Literacia em Saúde Mental acarreta, é de salientar a importância da sua promoção. Scott e Chur-Hansen (2008) defendem que a promoção da LSM é um pré-requisito para o reconhecimento precoce e intervenção atempada nas perturbações mentais. Esta promoção visa combater as lacunas que existem na população como por exemplo as dificuldades que as pessoas têm em identificar as perturbações mentais, identificar os fatores que as causam e crenças erradas acerca dos tratamentos (Jorm et al., 2007). A promoção da Literacia em Saúde no geral, é fundamental para que os cidadãos estejam informados e participem de forma ativa nos Sistemas de Saúde. Uma estratégia consistente da promoção da LSM envolve três etapas, nomeadamente incorporar a LSM nos Sistemas e Políticas de Saúde; assegurar uma comunicação eficaz (divulgação da informação) e integrar a LSM na educação (escolas, campanhas) (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2015).

Existem evidências dos benefícios de algumas estratégias da promoção da LSM, como campanhas direcionadas às comunidades, intervenção em contextos educativos, formações de Primeiros Socorros Psicológicos e informações disponibilizada em websites (OPP, 2015). Uma revisão de literatura realizada por Morgado e Botelho (2014) identificou intervenções na promoção da LSM eficazes em adolescentes, sendo elas a intervenção cognitivo-comportamental em contexto escolar, psicoeducação e intervenção na educação para a saúde mental e, contexto escolar. Rosa e colaboradores (2014) provaram ser evidente que há uma escassez de LSM em adolescentes. Estes mostram grandes dificuldades a reconhecer perturbações mentais e a reconhecer os seus sintomas o que leva à procura de ajuda desajustada às necessidades e desvalorização da ajuda profissional. Atualmente, as novas tecnologias, as linhas telefónicas de ajuda e os programas de sensibilização na escola são meios de promoção da LSM que têm contribuído significativamente para mudar a opinião dos adolescentes no que diz respeito à saúde mental, diminuindo assim as consequências negativas. Numa revisão sistemática de Fretian e colaboradores (2021) foram revistos 25 estudos

sobre intervenções na LSM e estigma em crianças e adolescentes. Esta análise verificou que todas as intervenções tiveram sucesso a melhorar os níveis de LSM a longo prazo, no entanto não foram tão informativas acerca de como melhorar as atitudes. Acrescentaram ainda que, são necessários mais estudos para saber que informações devem ser transmitidas e sobre qual a melhor forma de abordar a LSM e o estigma. No que diz respeito à idade adulta e a um grupo específico de profissionais, os profissionais de saúde, verifica-se que há escassez de estudos acerca de programas de intervenção na LSM. Um estudo de Arthur e colaboradores (2020), com recurso a uma abordagem de resolução de problemas, apresentou um programa que consistia na apresentação de PowerPoint, vídeos, discussões em pequenos e grandes grupos e partilha de matérias acerca de pessoas com depressão e esquizofrenia. Este estudo mostrou melhorias nas atitudes dos participantes face a indivíduos com perturbações mentais na comunidade.

De uma forma geral, a Literacia em Saúde deve ser promovida nos vários contextos da vida das pessoas. É extremamente importante haja disponibilidade de informação e de ferramentas que facilitem a sua compreensão, de forma que as decisões e opções tomadas sejam conscientes. De salientar que, a informação disponibilizada deve ser sempre adaptada aos diferentes contextos, visto que estes influenciam as decisões relacionadas com a saúde (Freitas et al, 2019).

## Referências Bibliográficas

- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. (1999). Health literacy. *Journal of the American Medical Association*. 281 (6), 552-557. <http://doi.org/10.1001/jama.281.6.552>
- Almeida, J. & Xavier, M. (Ed.) (2013). *Estudo epidemiológico de saúde mental: 1º relatório*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Lisboa.
- Almeida, R., Trigueiro, M., Portugal, P., Sousa, S., Simões-Silva, V., Campos, F. & Marques, A. (2023). Mental Health Literacy and Stigma in a Municipality in the North of Portugal: A Cross-Sectional Study. *International Journal of environmental research and public health*, 20(4). <http://doi.org/10.3390/ijerph20043318>.
- Arthur, A., Boardman, H., Morgan, J. & McCann, V. (2020). Effectiveness of a Problem-Solving, Story-Bridge Mental Health Literacy Programme in Improving Ghanaian Community Leaders' Attitudes towards People with Mental Illness: A Cluster Randomised Controlled Trial. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(4), 332-345. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1799273>
- Beching, N., Fletcher, T. & Robert, F. (2020). BMJ Best Practice Coronavirus Disease (COVID-19). BMJ Best Practice. <http://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000168>
- Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V. & Clark, W. S. (1998). Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. *Journal of Internal Medicine*, 13(12), 791-798. <http://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00242.x>
- Bhugra, D., Till, A. & Sartorius N. (2013). What is mental health? *International Journal of Social Psychiatry*. 59(1), 3-4. <http://doi.org/10.1177/0020764012463315>
- Cavaco, A. & Várzea, D. (2010). Contribuição para o Estudo da Leitura de Folhetos Informativos nas Farmácias Portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (2), 179-186. [http://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70009-2](http://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70009-2)

- Corrigan, P. (2000). Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48-67. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>
- Corrigan, P. (2004). How How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. & Penn, L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-776. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>
- Corrigan, P. & Watson, C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Fernandes, C., Santos, W., Moreira, W., Vargas, D. & Nóbrega, M. (2019). Opiniões frente à doença mental na perspetiva de enfermeiros de cuidados primários em Portugal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190034>
- Freitas, M., Costa, A., Santos, B. & Arriaga, M. (Coord.). (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Direção-Geral da Saúde
- Fretian, A. M., Graf, P., Kirchhoff, S., Glinphratum, G., Bollweg, T. M., Sauzet, O., & Bauer, U. (2021). The Long-Term Effectiveness of Interventions Addressing Mental Health Literacy and Stigma of Mental Illness in Children and Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Public Health*, 66, 1-12. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604072>
- Galderesi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J. & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry* 14(2), 231-233. <http://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Galustyan, A. (2019). *A Literacia em Saúde Mental e o Bem-Estar do Cuidador Informal de Pessoas com Doença Mental* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico do Porto]. Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.22/15589>

- Goffman, E. (2004). Estigma – Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada (M. Lambert, Trad; 2<sup>a</sup> ed.). Guanabara. (Trabalho original em inglês publicado em 1891).
- Goldman, H. H. & Grob, G. N. (2006). Defining ‘Mental Illness’ in Mental Health Policy. *Health affairs*. 25(3), 737-749. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.25.3.737>
- Hao, Y., Wu, Q., Lou, X., Chen, S., Qi, C., Long, J., Xiong, Y., Liao, Y. & Liu, T. (2020). Mental Health Literacy of Non-mental Health Nurses: A Mental Health Survey in Four General Hospitals in Hunan Province, China. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-10. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2020.507969>.
- Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreuwenberg, P., Rademarkers, J. & Utters, E. (2013). The Relationship Between Health, Education, and Health Literacy: Results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *Journal of Health Communication*, (18) 172-184. <http://doi.org/10.1080/10810730.2013.825668>.
- Hermans, L., Van den Broucke, S., Gisle, L., Demarest, S. & Charafeddine, R. (2021). Mental Health, compliance with measures and health prospects during the COVID-19 epidemic: the role of health literacy. *BMC Public Health*, 21, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11437-w>
- Hinshaw, S. & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annu Rev Clin Psychol*, 4, 367- 393. <http://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245>.
- Hsiao, C., Lu, H. & Tsai, Y. (2015). Factors influencing mental health nurses’ attitudes towards people with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 272–280. <http://doi.org/10.1111/inm.12129>.
- Hu, Y., Ye, B. & Tan, J. (2021). Stress of COVID-19, Anxiety, Economic Insecurity, and Mental Health Literacy: A Structural Equation Modeling Approach. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.707079>
- Jiloha, R. (2020). COVID-19 and Mental Health. *Epidemiology International*. 5(1), 7-9. <https://doi.org/10.24321/2455.7048.202002>
- Jorm, A. F. (2012). Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychological Association*. 67 (3), 231-243. <http://doi.org/10.1037/a0025957>.

- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., 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. <http://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M. & Kitchener, B. A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 40, 3-5. <http://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01734.x>
- Jorm, 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. *The Medical Journal of Australia*, 187(10), 556–560. <http://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01415.x>
- Joyce, T., Higgins, I., Magin, P., Goode, S., Pond, D., Stone, T., Elsom, S. & O'neill, K. (2011). *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 247–252. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00737.x>
- Jung, H., Sternberg, K. & Davis, K. (2016). Expanding a Measure of Mental Health Literacy: Development and Validation of a Multicomponent Mental Health Literacy Measure. *Psychiatry Research*, 243, 278-286. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.034>
- Jung, H., Sternberg, K. & Davis, K. (2017). The impact of mental health literacy, stigma, and social support on attitudes toward mental health help-seeking. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(5), 252-267. <https://doi-org.unr.idm.oclc.org/10.1080/14623730.2017.1345687>.
- Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F. & Tsouros, A. (2013). Health literacy: The solid facts World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326432>
- Li, S., Guo, B., Lu, X., Yang, Q., Zhu, H., Ji, Y. & Jiang, Y. (2022). Investigation of Mental Health Literacy and Status of Residents During the Re-Outbreak of COVID-19 in China. *Frontiers in Public Health*, 10, 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.895553>

- 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*, 3(6), 157–166. <https://doi.org/10.12707/RIII11112>
- Mancuso, J. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences*, 10, 248–255. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x>
- Mehrotra, L., Nautiyal, S. & Raguram, A. (2018). Mental health literacy in family caregivers: A comparative analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 31, 58-62. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.01.021>
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., Cannon, M., Correll, U., Byrne, L., Carr, S., Chen, H., Gorwood, P., Johnson, S., Kärkkäinen, H., Krystal, H., Lee, J., Lieberman, J., López-Jaramillo, C., Männikkö, M., ... Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 813–824. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)
- Morgado, T. & Botelho, R. (2014). Intervenções promotoras da literacia em saúde mental dos adolescentes: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista Especial da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 90-96.
- Neupane, D., Dhakal, S., Thapa, S., Bhandari, P. & Mishra, S. (2016). Caregivers' Attitude towards People with Mental Illness and Perceived Stigma: A CrossSectional Study in a Tertiary Hospital in Nepal. *PLoS ONE*, 11(6), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158113>.
- O'leeffe, D., Turner, N., Foley, S., Lawlor, E., Kinsella, A., O'Callaghan, E. & Clarke, M. (2015). The relationship between mental health literacy regarding schizophrenia and psychiatric stigma in the Republic of Ireland. *Journal of Mental Health*, 1-9. doi:10.3109/09638237.2015.1057327
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). (2015). Literacia em Saúde. Lisboa
- Pedro, A. R., Amaral, O., Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em

Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, 34(3), 259-275.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

Rosa, A., Loureiro, L. & Sousa, C. (2014). Reconhecimento e procura de ajuda em Saúde Mental: revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes. In L. Loureiro (Coord.), *Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp.79-93). Unidade de investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) e Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

Santos, M. (2016). *Literacia em Saúde Mental de Enfermeiros da Atenção Básica: Uma contribuição para a prática de enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Pará]. <https://ppgenf.propesp.ufpa.br>

Scott, L. & Chur-Hansen, A. (2008). The mental health literacy of rural adolescents: Emo subculture and SMS texting. *Australasian Psychiatry*, 16(5), 359-362.  
<http://doi.org/10.1080/10398560802027328>

Smith, M. (2002). Stigma. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(5), 317-325.  
<https://doi.org/10.1192/apt.8.5.317>

SNS24 (2022). *Impacto da Covid-19 na Saúde Mental*.  
<https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/impacto-da-covid-19-na-saude-mental/>

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Sousa S., Marques A., Curral R. & Queirós C. (2012). Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends Psychiatry Psychother*, 34(4), 186-97. <http://doi.org/10.1590/s2237-60892012000400004>

Svensson, B. & Hansson, L. (2015). How mental health literacy and experience of mental illness relate to stigmatizing attitudes and social distance towards people with depression or psychosis: A cross-sectional study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(4),309-313. <http://doi.org/10.3109/08039488.2015.1109140>

- Tambag, H. (2018). Effects of a Psychiatric Nursing Course on Beliefs and Attitudes about Mental Illness. *International Journal of Caring Sciences*, 11(1), 420-426. <http://doi.org/10.1111/ppc.12796>
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192-193. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (2022, junho 14). *Literacy/Promoting the power of literacy for all*. <https://www.unesco.org/en/education/literacy>.
- Xavier, S., Klut, C., Neto, A., Ponte, G. & Melo, J. (2013). O Estigma da Doença Mental: Que Caminho Percorremos?. *Psylogos*, 11(2), 10-21. <https://doi.org/10.25752/psi.4102>
- Wallendorf, M. (2001). Literally literacy. *Journal of Consumer Research*, 27(4), 505-511. <https://doi.org/10.1086/319625>
- Weiner, B. (1983). Some methodological pitfalls in attributional research. *Journal of Educational Psychology*, 75(4), 530-543. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.75.4.530>
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Geneva.
- World Health Organization (2001). *Basic documents*. (43<sup>rd</sup> ed.). Geneva.
- World Health Organization (2004). *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva.