

**Avaliação da Literacia em Saúde Mental e do
Estigma numa amostra de Cuidadores
Formais de adultos idosos**

Adriana Filipa Ingrês Domingos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Psicologia Clínica e da Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof.^a Doutora Paula Susana Loureiro Saraiva de Carvalho

Coorientadora: Prof.^a Doutora Carla Sofia Lucas do Nascimento

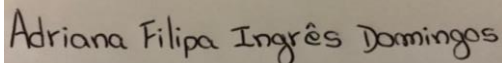
dezembro de 2022

Declaração de Integridade

Eu, Adriana Filipa Ingrês Domingos, que abaixo assino, estudante com número de inscrição M10525 do 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, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 27 / 12 / 2022



Adriana Filipa Ingrês Domingos

Dedicatória

Aos que já não puderam presenciar o término desta etapa, mas que sei que me aplaudem onde quer que estejam.

Agradecimentos

Chega ao fim a última e mais desafiante etapa do meu percurso académico. Não poderia iniciar este trabalho sem fazer referência às várias pessoas que, ainda que de formas distintas, estiveram presentes e tornaram possível a conclusão do mesmo.

Agradeço à Prof.^a Doutora Paula Carvalho, enquanto orientadora da presente dissertação, pelo apoio, paciência e disponibilidade ao longo de todo o ano letivo, particularmente nesta desafiante reta final. Agradeço também à Prof.^a Doutora Carla Nascimento, por toda a atenção e disponibilidade.

À Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco, que além de me proporcionar uma experiência enriquecedora de estágio curricular, me possibilitou e auxiliou na recolha de dados junto dos seus profissionais. Da mesma forma, ao Lar Aldeamento do Idoso e ao Lar Major Rato, o meu sincero obrigada por me disponibilizarem a recolha de dados para a presente dissertação.

À minha família, em especial aos meus pais, palavras nunca serão suficientes para lhes agradecer, por me terem apoiado e amparado ao longo de todo o percurso académico, pelos sacrifícios que fizeram e fazem todos os dias para me proporcionarem um futuro melhor. Por me terem incentivado a lutar pelos meus sonhos, por nunca duvidarem das minhas capacidades e, pelo apoio incondicional ao longo de todo este ano, mesmo nos momentos mais difíceis.

Às minhas amigas e colegas de casa, Eunice, Inês e Mara, agradeço por todos os momentos partilhados ao longo dos últimos cinco anos, pela amizade e apoio constante. 2º Direito para sempre.

Aos meus amigos que me acompanham desde sempre, aos meus CeM, por fazerem parte da minha vida, por me ajudarem a crescer e estarem sempre presentes nos bons e maus momentos.

Aos meus amigos e colegas de curso, à Universidade da Beira Interior, à minha Covilhã, agradeço por todos os momentos partilhados, experiências e ensinamentos que levo para a vida.

Índice

Lista de Figuras	xi
Lista de Tabelas	xiii
Lista de Acrónimos	xv
Introdução	1
Avaliação da Literacia em Saúde Mental e do Estigma numa amostra de Cuidadores Formais de adultos idosos	4
INTRODUÇÃO	5
MÉTODO	10
<i>Tipo de estudo</i>	10
<i>Instrumentos</i>	10
<i>Procedimentos de recolha, registo e análise de dados</i>	12
<i>Descrição da Amostra</i>	12
RESULTADOS	15
DISCUSSÃO	22
CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	28
Apêndice Teórico	36
1. Saúde Mental	36
2. Estigma	38
2.1. Estigma na Saúde Mental	40
3. Literacia em Saúde Mental	42
3.1. Literacia em Saúde Mental e Estigma	43
4. Literacia em Saúde Mental em Profissionais de Saúde	46
5. Cuidador Formal	47
5.1. Cuidador Formal do adulto idoso	47
6. Literacia em Saúde Mental em Cuidadores Formais de adultos idosos	49
7. Literacia em Saúde Mental e a Pandemia COVID-19	50
8. Programas de Intervenção na Literacia em Saúde Mental	52
9. Referências Bibliográficas	55

Lista de Figuras

Figura 1 - Continuum entre perturbação mental e boa saúde mental (Fusar-Poli et al., 2020)

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica

Tabela 2 – Dados relacionados com Saúde Mental

Tabela 3 – Estatística Descritiva do Questionário de Literacia em Saúde Mental – jovem adulto (LSMq - jovem adulto) (Médias das pontuações de 1 a 5)

Tabela 4 – Estatística Descritiva do Questionário de Atribuição (AQ-9)

Tabela 5 – Análise das Diferenças do LSMq – jovem adulto em relação às Habilitações Literárias

Tabela 6 – Análise das Diferenças do LSMq – jovem adulto em relação ao Nível Socioeconómico

Tabela 7 – Análise das Diferenças do AQ-9 em relação às Habilitações Literárias

Tabela 8 – Análise das Diferenças do AQ-9 em relação ao Nível Socioeconómico

Tabela 9 – Correlação de Pearson entre a LSM (LSMq – jovem adulto) e as Habilitações Literárias e Nível Socioeconómico

Tabela 10 – Correlação de Spearman entre o estigma (AQ-9) e as Habilitações Literárias e Nível Socioeconómico

Tabela 11 – Correlação de Spearman entre a LSM (LSMq – jovem adulto) e o estigma (AQ-9)

Tabela 12 – Regressão Linear Múltipla – Habilitações Literárias e Nível Socioeconómico na LSM (LSMq – jovem adulto)

Lista de Acrónimos

APA	<i>American Psychological Association</i>
AQ-9	Questionário de Atribuição
AVD's	Atividades de Vida Diária
CF	Cuidador Formal
CI	Cuidador Informal
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
LS	Literacia em Saúde
LSM	Literacia em Saúde Mental
LSMq	Questionário de Literacia em Saúde Mental
PNSM	Programa Nacional para a Saúde Mental
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UBI	Universidade da Beira Interior
WHO	<i>World Health Organization</i>

Introdução

A presente dissertação integra o projeto “Avaliação da Literacia em Saúde Mental”, que objetivou avaliar os níveis de Literacia em Saúde Mental (LSM) em diferentes populações, nomeadamente em profissionais de saúde, bem como contribuir para a fundamentação de intervenções psicoterapêuticas adequadas. Esta será apresentada em formato de artigo científico, de acordo com as normas da revista selecionada. A dissertação inclui ainda um apêndice teórico, no qual surgem de forma mais aprofundada todos os fundamentos teóricos e conceitos abordados ao longo do artigo.

A saúde mental tem vindo a ser amplamente discutida nas últimas décadas, assim como a importância de promover a LSM na população e reduzir o estigma. A LSM consiste em obter e manter a saúde mental positiva, compreender as perturbações mentais e os seus tratamentos, diminuir o estigma associado e melhorar a eficácia da procura de ajuda (Kutcher et al., 2016). Cada vez mais autores dirigem a sua atenção para a avaliação destas variáveis em diferentes populações, de forma a perceber como estas impactam o acesso e a procura de ajuda psicológica, bem como para contribuir para o desenvolvimento de intervenções adequadas (e.g. Bragg et al., 2018; Cheng et al., 2018; Lee et al., 2020). Em profissionais de saúde, tal revela-se particularmente importante, pela influência que a LSM e o estigma poderão ter na sua atividade profissional e no cuidado para com os seus pacientes (e.g. Giandinoto & Edward, 2016; Hanafiah & Bortel, 2015; Marangu et al., 2021). Em Cuidadores Formais (CF) de adultos idosos, constata-se igualmente a importância de avaliar estas variáveis, pelo papel que estas representam no cuidado que prestam aos seus utentes (Jung et al., 2016; Rahman, 2014).

Neste sentido, o estudo tem como principal objetivo avaliar os níveis de LSM e de estigma em CF de adultos idosos. Pretende-se, também, avaliar a relação das habilitações literárias e do nível socioeconómico com a LSM e o estigma. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal. Para a recolha de dados da amostra recorreu-se, para além do questionário sociodemográfico, ao Questionário de Literacia em Saúde Mental – jovem adulto (LSMq – jovem adulto) e ao Questionário de Atribuição (AQ-9). O protocolo elaborado, de autopreenchimento papel e lápis, foi distribuído em ERPI (Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas) que aceitaram participar, nomeadamente a Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco (SCMCB), o Lar Aldeamento do Idoso e o Lar Major Rato. A amostra recolhida consistiu num total de 125 participantes, CF de adultos idosos que residem e, exercem em ERPI, no distrito de Castelo Branco. Estes apresentam idades compreendidas entre os 22 e os 66 anos

Avaliação da Literacia em Saúde Mental numa amostra de Cuidadores Formais

(M=48.42), com uma prevalência significativa do sexo feminino (94.4% de mulheres e 5.6% de homens).

A pertinência deste estudo justifica-se perante a escassez de investigações que abordem a LSM e o estigma nos CF de adultos idosos em Portugal. O facto de se tratar de um estudo exploratório, conceptualiza um ponto de partida para futuras investigações que incluam estas e outras variáveis na população de CF de adultos idosos. Além disso, contribui para o desenvolvimento de intervenções que visem aumentar a LSM e reduzir o estigma nos CF em contexto de ERPI, pela importância que assumem no cuidado prestado aos adultos idosos institucionalizados.

Avaliação da Literacia em Saúde Mental e do Estigma numa amostra de Cuidadores Formais de adultos idosos

Assessing Mental Health Literacy and Stigma in a sample of Formal Caregivers of older adults

Adriana Filipa Ingrês Domingos¹, Paula Susana Loureiro Saraiva de Carvalho²,
Carla Sofia Lucas do Nascimento³

¹*Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior (UBI), Covilhã, Portugal.*

²*Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior (UBI), Covilhã, Portugal.*

³*Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior (UBI), Covilhã, Portugal.*

RESUMO

O presente estudo teve como objetivos avaliar a Literacia em Saúde Mental (LSM) e o estigma em Cuidadores Formais (CF) de adultos idosos, bem como relacionar estas duas variáveis com as habilitações literárias e o nível socioeconómico. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal. A amostra consistiu em 125 indivíduos, CF de adultos idosos que residem e, exercem em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), no distrito de Castelo Branco. Estes apresentam idades compreendidas entre os 22 e os 66 anos ($M=48.42$; $DP=11.09$), com uma prevalência significativa do sexo feminino (94.4% de mulheres e 5.6% de homens). Os participantes responderam ao Questionário de Literacia em Saúde Mental – jovem adulto (LSMq – jovem adulto) e ao Questionário de Atribuição (AQ-9). A amostra revelou níveis moderados de LSM, mas também existência de estigma. Foram encontradas algumas relações entre fatores da LSM e estigma com as habilitações literárias e o nível socioeconómico, bem como relações negativas entre a LSM e o estigma. O modelo de regressão linear múltipla explicou 6.3% da variabilidade do Fator 2 da LSM (Crenças erróneas/estereótipos). Este estudo acrescenta uma importante contribuição à investigação no que concerne a estas variáveis em CF de adultos idosos em Portugal e, destaca a importância de desenvolver intervenções que visem aumentar a LSM e reduzir o estigma nos contextos de ERPI.

Palavras-chave: Literacia em Saúde Mental, Estigma, Cuidador Formal, adulto idoso.

ABSTRACT

The present study aimed to assess Mental Health Literacy (MHL) and stigma in Formal Caregivers (FC) of older adults, as well as relate these two variables with education level and socioeconomic status. The study can be classified as quantitative, descriptive, exploratory and cross-sectional. The sample consisted of 125 individuals, FC of older adults living, and working in Residential Structures for Elder People (RSEP), in the district of Castelo Branco. They have ages ranging from 22 to 66 years ($M=48.42$; $SD=11.09$), with a significant prevalence of females (94.4% females and 5.6% males). Participants answered the Mental Health Literacy Questionnaire – young adult (MHLq – young adult) and the Attribution Questionnaire (AQ-9). The sample revealed moderate levels of MHL, but also existence of stigma. Some correlations were found between MHL factors and stigma, with education level and socioeconomic status, as well as negative correlations between MHL and stigma. The multiple linear regression model explained 6.3% of the MHL Factor 2 (Erroneous beliefs/stereotypes) variability. This study adds an important contribution to research regarding these variables in FC of older adults in Portugal and highlights the importance of developing interventions aimed at increasing MHL and reducing stigma in RSEP settings.

Keywords: Mental Health Literacy, Stigma, Formal Caregiver, older adult.

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde mental tem vindo a ser amplamente discutido nas últimas décadas. A *World Health Organization* (WHO, 2022a), na sua mais recente atualização, definiu-a como “um estado de bem-estar mental que permite às pessoas lidar com o *stress* da vida, percecionar as suas capacidades, aprender bem e trabalhar bem, e contribuir para a sua comunidade”. Da mesma forma que consideram o conceito de saúde como um bem-estar físico, mental e social e, não apenas a ausência de doença, a saúde mental surge também como mais do que apenas a ausência de perturbação mental (WHO, 2022a). Neste sentido, as “condições de saúde mental”, como também definido pela WHO (2022a), incluem perturbações mentais e incapacidades psicossociais, assim como outros estados mentais associados a sofrimento significativo, prejuízo no funcionamento normativo do indivíduo ou risco de comportamentos autolesivos. Com o propósito de explicar esta distinção, Fusar-Poli et al. (2020) definiram a perturbação mental e a “boa saúde mental” como um *continuum*, ainda que relacionados, onde um indivíduo pode sofrer de uma perturbação mental mas ser bem sucedido em vários

domínios relacionados com uma boa saúde mental. Da mesma forma, indivíduos que não sofrem com nenhuma perturbação mental, não têm de possuir necessariamente uma boa saúde mental (Fusar-Poli et al., 2020).

Em Portugal, tem-se verificado uma crescente preocupação governamental com a saúde mental dos indivíduos e da comunidade, com a inclusão do Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) nos Programas de Saúde Prioritários. Este integra como numa das suas metas o aumento das ações no âmbito dos programas de promoção de saúde mental e prevenção das doenças mentais (Serviço Nacional de Saúde, 2017). Não obstante, importa ressaltar que, apesar da existência de opções de tratamento e programas de prevenção eficazes, a maioria das pessoas acaba por não ter acesso aos mesmos, além de muitas serem ainda alvo de estigma (WHO, 2022b).

O estigma pode ser entendido como um conjunto de atitudes, crenças e pensamentos negativos presentes numa sociedade, que influenciam os seus indivíduos, resultando em comportamentos de medo, rejeição, humilhação, evitamento, preconceito e discriminação (Mikolon et al., 2016). Pessoas diagnosticadas com perturbações mentais constituem um dos grupos mais estigmatizados na sociedade (Vaccari et al., 2020), pelo que se revela importante distinguir este conceito particular de estigma. O estigma na saúde mental pode, assim, ser definido como uma atitude errónea e estereótipos negativos acerca de pessoas que vivem com perturbações mentais (Corrigan, 2004; Smith & Applegate, 2018). Este prende-se sobretudo com a associação das perturbações a estereótipos de potencial violência, problemas de comunicação e a imprevisibilidade (Smith, 2002). É comum encontrar-se na literatura a distinção entre estigma público, estigma internalizado (Benuto et al., 2019; Smith & Applegate, 2018) e estigma estrutural (Livingston, 2013). O estigma público diz respeito aos estereótipos que se difundiram e normalizaram através de grupos ou membros de uma comunidade, ou seja, perceções que as pessoas criam acerca da saúde mental dos outros (Benuto et al., 2019; Smith & Applegate, 2018). O estigma internalizado, por sua vez, diz respeito às atitudes e crenças do próprio, que sofre com perturbação mental, acerca da saúde mental e, ainda, a forma como absorve o estigma público na sua identidade (Benuto et al., 2019; Smith & Applegate, 2018), o que vai ter impacto na sua autoestima e autoeficácia (Corrigan, 2008). O estigma estrutural, referente às políticas institucionais que limitam o acesso das pessoas aos seus direitos e oportunidades, poderá refletir-se igualmente nas práticas desses profissionais, manifestando-se sob várias formas de discriminação (Livingston, 2013).

A vivência de comportamentos discriminatórios, pessoais e sociais (e.g. restrições aos direitos à educação, trabalho, casamento e reprodução) (WHO, 2021; Ramli et al., 2016),

afeta a forma como as pessoas funcionam na sociedade e, aparece como um dos maiores fatores que influenciam o acesso e a procura de cuidados de saúde mental (Corrigan, 2004; Vaccari et al., 2020; Wei et al., 2018). O recente enquadramento da literacia em saúde mental considera a redução do estigma como um dos seus construtos centrais e, enfatiza a forma como a redução do estigma e a melhoria dos conhecimentos em saúde mental podem melhorar os comportamentos de procura de ajuda (Kutcher et al., 2016).

O conceito de Literacia em Saúde Mental (LSM) surgiu pela primeira vez em 1997, por Jorm et al., numa tentativa de dar resposta à escassez de estudos que abordavam as falhas no conhecimento e atitudes dos indivíduos face à doença mental. A LSM foi definida, assim, como o conhecimento e crenças acerca das perturbações mentais e, conseqüentemente, a capacidade de reconhecimento, tratamento ou prevenção das mesmas (Jorm et al., 1997). No decorrer dos últimos anos, diversos autores têm estudado a LSM, na esperança de melhorar o conhecimento público acerca da mesma, reduzir o estigma associado, bem como promover comportamentos de procura de ajuda. Neste seguimento, Kutcher et al. (2016, p. 155) propuseram uma nova definição de LSM, que consiste em “entender como obter e manter a saúde mental positiva; compreender perturbações mentais e os seus tratamentos; diminuir o estigma relacionado com perturbações mentais; melhorar a eficácia da procura de ajuda (saber quando e onde procurar ajuda e desenvolver competências destinadas a melhorar os cuidados de saúde mental e as capacidades de autogestão)”.

A maior parte da literatura existente, analisa a influência da LSM na procura de ajuda profissional e, a relação dos diferentes tipos de estigma, sobretudo em crianças e jovens em contexto educacional e em estudantes universitários (Cheng et al., 2018; Coles & Coleman, 2010; Kim, 2021; Ross et al., 2020). De uma forma geral, os autores concluem a existência de baixos níveis de LSM nestas populações, com os indivíduos que apresentam menor LSM a evidenciar, simultaneamente, maiores níveis de estigma internalizado e/ou de estigma público e, menores comportamentos de procura de ajuda (Cheng et al., 2018; Coles & Coleman, 2010; Dogan et al., 2021; Kim, 2021; Ross et al., 2020). No mesmo sentido, um estudo realizado com utentes de centros médicos, concluiu a existência de baixos níveis de LSM, bem como a associação desta com níveis superiores de estigma internalizado (acerca da doença mental e da procura de ajuda) (Crowe et al., 2018). Além disso, quando analisadas diferenças entre homens e mulheres, é consonante ao longo das investigações encontrar-se menores níveis de LSM, menores atitudes de procura de ajuda e maior estigma internalizado, associados ao sexo masculino (Bragg et al., 2018; Crowe et al., 2018; Lee et al., 2020; Rafal et al., 2018; Reavley et al., 2012). Já em relação a outras variáveis sociodemográficas, os resultados

não são consensuais. Isto é, alguns autores constataam a existência de maiores níveis de LSM em indivíduos com idades mais avançadas e com habilitações literárias superiores (Dogan et al., 2021; Reavley et al., 2012), enquanto outros encontraram maior LSM em jovens adultos (Bragg et al., 2018; Lee et al., 2020). No estudo de Bragg et al. (2018), em particular, os resultados contrariam a associação habitualmente encontrada na literatura, na medida em que, apesar de serem os jovens adultos que apresentaram maiores níveis de LSM, foram também os que revelaram maior incidência de estigma. Encontram-se ainda estudos que concluem a existência de maiores níveis de LSM em indivíduos com maior nível socioeconómico (e.g. Kaba, 2019). No mesmo sentido, Holman (2015) ao considerar o conceito de classe social, que engloba o nível socioeconómico e as habilitações literárias, conclui a presença de maiores níveis de LSM e menores níveis de estigma em indivíduos com uma elevada classe social.

Outros autores têm dirigido a sua atenção para a importância de avaliar a LSM e o estigma não só da perspectiva dos pacientes e do público, mas cada vez mais da perspectiva dos profissionais de saúde mental e de outros serviços de saúde (Hanafiah & Bortel, 2015). Isto deve-se maioritariamente ao facto de muitas vezes, os profissionais de saúde em contextos de cuidados agudos contactarem com pacientes que apresentam perturbações mentais como comorbilidade a condições físicas (Giandinoto & Edward, 2016; Wu et al., 2017) e, encararem esse cuidado como desafiador, devido ao medo de uma potencial agressão, a baixos níveis de LSM, assim como a falta de tempo e de recursos adequados (van der Kluit et al., 2013). De facto, Giandinoto e Edward (2016) concluíram que a falta de LSM pode ser uma barreira para estes profissionais proporcionarem o melhor cuidado aos seus pacientes. No mesmo sentido, outros estudos concluíram que muitos profissionais de saúde apresentam níveis baixos de LSM, indicada pela baixa precisão de diagnósticos perante perturbações mentais graves e comuns (Marangu et al., 2021; Wu et al., 2017) e, ainda, que são efetivamente um dos grupos que apresenta maior número de comportamentos discriminatórios (Hanafiah & Bortel, 2015; Larkings & Brown, 2018).

Um grupo particular de profissionais de saúde e, objeto do presente estudo, são os Cuidadores Formais (CF). Estes profissionais possuem capacidades e experiência para dar resposta às necessidades básicas dos indivíduos, em casos de doença, deficiências físicas ou mentais, idade avançada, entre outros, em diferentes instituições públicas, privadas e/ou serviços domiciliários (Sequeira, 2018), sendo parte integrante de uma equipa inter ou multidisciplinar (Gitlin & Hodgson, 2018). É neste âmbito que surge,

assim, o papel do CF do adulto idoso¹, uma peça fundamental na prestação de cuidados formais, representando o elo de ligação entre o adulto idoso, a família e a equipa multidisciplinar (Freitas & Py, 2013). O CF deverá ser capaz de compreender e utilizar informação de forma significativa (Rahman, 2014), identificando as necessidades físicas e psíquicas do adulto idoso, bem como as suas potencialidades e expetativas, de forma a prestar o cuidado necessário, individualizado e estimulador para que este se mantenha autónomo nas suas Atividades de Vida Diária (AVD's) (Albano, 2021; Pinto et al., 2019). Partindo destes aspetos, torna-se essencial que os CF possuam uma maior compreensão acerca das condições clínicas prevalentes no adulto idoso, que sejam tolerantes, motivados, que revelem capacidade de observação e sentido de responsabilidade, de forma a poderem corresponder profissionalmente de forma adequada (Albano, 2021; Pinto et al., 2019).

Perante a revisão de literatura realizada, foi notória a escassez de estudos no que concerne à avaliação dos níveis de LSM e estigma na população de CF, particularmente em CF de adultos idosos em Portugal. Contudo, algumas investigações internacionais concluem, efetivamente, o impacto positivo da LSM no que diz respeito à qualidade da prestação de cuidados formais a adultos idosos (Rahman, 2014). De uma forma geral, quanto maior o nível de LSM nestes profissionais, maior será a sua capacidade de reconhecimento dos primeiros sintomas de perturbações mentais nos adultos idosos ao seu cuidado, bem como para intervir de forma correta, nomeadamente ao nível da procura de ajuda, assegurando assim um melhor prognóstico (Jung et al., 2016). Contrariamente, a falta ou níveis inferiores de LSM nos CF poderá contribuir para mortes na comunidade, falta de reconhecimento de perturbações mentais e uma consequente falta de tratamento adequado e atempado (Henderson et al., 2013; Tay et al., 2018).

Partindo do pressuposto da escassez de estudos que abordem a LSM em CF de adultos idosos, tal como discutido acima, o presente estudo teve como principal objetivo avaliar os níveis de LSM e de estigma em CF de adultos idosos. Pretendeu-se, também, descrever e comparar os níveis de LSM e estigma da amostra em função das variáveis sociodemográficas habilitações literárias e nível socioeconómico (e.g. Kaba, 2019) e, avaliar a relação das mesmas variáveis – habilitações literárias (Dogan et al., 2021; Reavley et al., 2012) e nível socioeconómico (e.g. Holman, 2015) com a LSM e o estigma, pela sua pertinência referida ao longo da literatura analisada. Por último, pretendeu-se

¹ Ao longo do presente trabalho, será considerado o termo *adulto idoso*, tal como proposto pelos profissionais da Psicogerontologia e recomendado pela APA (referente a pessoas a partir dos 65 anos, inclusive) (American Psychological Association, 2014).

ainda analisar o efeito preditor das habilitações literárias e do nível socioeconómico ao nível da LSM.

MÉTODO

Tipo de estudo

O presente estudo pode ser classificado como quantitativo descritivo, visto que se procura estudar um número alargado de casos, bem como descrever a forma como se comportam as variáveis na amostra. Pode considerar-se, também, como um estudo exploratório, pelo facto de investigar um fenómeno que ainda não está claramente definido, tendo como propósito compreender melhor esse fenómeno, identificar possíveis ligações entre as variáveis e sugerir novas questões que podem ser o foco de investigações futuras (APA, n.d.). Por último, trata-se ainda de um estudo transversal, na medida em que a aplicação dos questionários foi realizada num único momento no tempo, recorrendo-se à amostra apenas uma vez.

Instrumentos

As informações sociodemográficas da amostra foram recolhidas por meio de um questionário. Os participantes foram questionados acerca da sua idade, sexo, nacionalidade, habilitações literárias, local de residência, estado civil, nível socioeconómico, profissão, entre outras informações relativas à profissão. Foram, ainda, recolhidos dados relacionados com saúde mental, nomeadamente acerca dos conhecimentos dos respondentes sobre problemas de saúde mental, assim como relacionados com a pandemia COVID-19. Os participantes responderam, também, ao Questionário de Literacia em Saúde Mental – jovem adulto (LSMq - jovem adulto) e ao Questionário de Atribuição (AQ-9).

O Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq), construído por Dias, Campos, Almeida e Palha (2018), foi inicialmente desenvolvido para jovens (12-14 anos), com o objetivo de avaliar os níveis de literacia em saúde mental, tendo sido recentemente adaptado para a população de jovens adultos, pelos mesmos autores. Para o presente estudo, foi assim utilizado o LSMq – jovem adulto, que é composto por 29 itens, avaliados através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, que varia entre 1 (“Discordo muito”) e 5 (“Concordo muito”) (Dias et al., 2018). Estes encontram-se, também, organizados em 4 fatores, respetivamente: “Conhecimento sobre problemas de saúde mental” (itens 2, 3, 9, 12, 16, 20, 22, 24, 25, 27, 28), “Crenças erróneas/estereótipos” (itens 6, 10, 11, 13, 14, 15, 21, 23), “Competências de primeiros socorros e

comportamentos de procura de ajuda” (itens 4, 5, 8, 17, 18, 29) e “Estratégias de autoajuda” (itens 1, 7, 19, 26). Para a cotação do LSMq – jovem adulto, procede-se à soma dos itens para cada fator (Fator 1 – varia entre 11 e 55 pontos; Fator 2 – varia entre 8 e 40 pontos; Fator 3 – varia entre 6 e 30 pontos; Fator 4 – varia entre 4 e 20 pontos), assim como a soma de todos os itens para o *score* total (varia entre 29 e 145 pontos). Neste sentido, valores superiores nos 4 fatores, assim como no *score* total do LSMq, são indicativos de maiores níveis de literacia em saúde mental (Dias et al., 2018).

Relativamente às características psicométricas do LSMq – jovem adulto, este apresentou para o *score* total uma consistência interna boa no presente estudo, com um alfa de Cronbach de .86. Nos seus quatro fatores, obteve alfas de Cronbach de .78, .80, .66 e .65, respetivamente, o que revela consistência interna boa nos fatores 1 e 2 e aceitável nos 3 e 4 (Pereira & Patrício, 2020). À semelhança deste, no estudo original o instrumento obteve um alfa de Cronbach de .84 para o *score* total, bem como .74, .72, .71 e .60 para os quatro fatores, respetivamente (Dias et al., 2018).

O Questionário de Atribuição (AQ-9) criado por *Corrigan* (versão preliminar portuguesa, revista e abreviada do Questionário de Atribuição - AQ-27 de *Corrigan*) (Oliveira & Azevedo, 2014), tem como objetivo avaliar nove estereótipos acerca da doença mental, sendo constituído por uma descrição de um caso de uma pessoa com esquizofrenia. Os nove estereótipos são, respetivamente: “pena” (simpatia porque as pessoas são dominadas pela sua doença), “perigosidade” (pessoas com doença mental não são seguras), “medo” (medo porque as pessoas com doença mental são perigosas), “culpa” (as pessoas têm controlo e são responsáveis pela sua doença mental e sintomas associados), “segregação” (enviar as pessoas para instituições longe da sua comunidade), “raiva” (irritado/aborrecido porque as pessoas são as culpadas pela sua doença mental), “ajuda” (prestação de assistência a pessoas com doença mental), “evitação” (ficar longe de pessoas com doença mental) e “coerção” (forçar as pessoas a participar na gestão de medicamentos ou outros tratamentos) (Corrigan, 2008). Seguem-se, à descrição do caso, 9 afirmações ou questões para as quais existe uma escala tipo *Likert* de 9 pontos, em que 1 corresponde a “Não ou nada” e o 9 a “Muito ou completamente”. Através da soma das pontuações de cada afirmação/questão, produz-se um *score* representativo de cada um dos estereótipos acima referidos, sendo que o estigma é diretamente proporcional ao valor do *score*. Isto é, tal como referido pelas autoras, um resultado superior a 1 implica existência de estigma (Oliveira & Azevedo, 2014).

No que respeita às características psicométricas do AQ-9, este apresentou um alfa de Cronbach de .606 no presente estudo, o que é considerado aceitável (e.g. Pereira & Patrício, 2020).

Procedimentos de recolha, registo e análise de dados

Após a aprovação do estudo pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (UBI), iniciou-se a recolha de dados através de um questionário elaborado para o efeito, de autopreenchimento papel e lápis, que foi distribuído em ERPI (Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas) que aceitaram participar, nomeadamente a Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco (SCMCB), o Lar Aldeamento do Idoso e, o Lar Major Rato. Todos os princípios éticos foram salvaguardados, nomeadamente o consentimento informado, confidencialidade, anonimato e princípio do voluntário.

Após a recolha dos dados, procedeu-se à construção de uma base de dados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (28, Chicago, IBM), no qual os mesmos foram tratados e analisados. Para a caracterização da amostra e das variáveis em estudo, foi calculada a estatística descritiva, nomeadamente as respetivas frequências, percentagens, médias (M), desvios padrão (DP), mínimos e máximos. O alfa de Cronbach, como já referido acima, foi utilizado para analisar a consistência interna dos questionários em estudo, isto é, o LSMq – jovem adulto e o AQ-9. A fim de analisar as diferenças entre dois ou três grupos, para o presente estudo foram realizados Testes T para Amostras Independentes, Teste de Mann-Whitney, Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial e o Teste de Kruskal-Wallis. Para analisar as associações entre as variáveis, recorreu-se aos coeficientes de correlação de Pearson e de Spearman. Por último, foi ainda efetuada uma Regressão Linear Múltipla, com o intuito de explorar a capacidade preditiva das duas variáveis independentes na LSM (Pallant, 2010). A escolha dos testes supramencionados deveu-se à existência de distribuição normal entre os dados relativos ao LSMq – jovem adulto, assim como a ausência de distribuição normal entre os dados referentes ao AQ-9. Além disso, foram também consideradas as escalas de medida das variáveis em causa, isto é, o facto de os resultados do LSMq se traduzirem em variáveis intervalares, bem como os resultados do AQ-9 se tratarem de variáveis ordinais (Martins, 2011).

Por fim, referir que, para todas as análises estatísticas realizadas face à amostra, estas foram consideradas significativas quando o valor de prova (p) não excedeu o nível de significância de 5%.

Descrição da Amostra

A amostra do presente estudo consistiu em 125 indivíduos, CF de adultos idosos que residem e, exercem em ERPI, no distrito de Castelo Branco. Estes apresentam idades compreendidas entre os 22 e os 66 anos (M=48.42; DP=11.09), com uma prevalência

significativa do sexo feminino (94.4% de mulheres e 5.6% de homens). Os indivíduos são, na sua grande maioria, de nacionalidade portuguesa (91.2%), sendo que 8.8% são de outras nacionalidades. Relativamente aos anos de profissão como CF, 20.8% dos participantes inclui-se entre os 5 e os 10 anos, 18.4% entre 1 e 5 anos, 16.8% entre os 15 e os 20 anos, 13.6% entre 10 e 15 anos e, 12% entre os 20 e 25 anos, sendo que 11.2% exerce a profissão há 25 anos ou mais e, ainda, 7.2% há menos de 1 ano.

No que diz respeito ao estado civil, 72 participantes são casados/união de facto (57.6%), 23 são divorciados (18.4%), 21 são solteiros (16.8%) e 9 são viúvos (7.2%). Face às habilitações literárias, a maioria completou o 12º ano (41.6%) ou o 9º ano (32.8%), 10.4% terminou o 6º ano, 9.6% o 4º ano e, apenas 5.6% concluiu uma licenciatura. Ainda, no que concerne ao nível socioeconómico, grande parte dos participantes apresenta um valor médio do rendimento do agregado familiar entre 500€ e 1000€ (74.4%), sendo que 19.2% apresenta entre 1000€ e 2500€, 4.8% apresenta menos de 500€ e, 0.8% apresenta entre 2500€ e 5000€, assim como para mais de 5000€. Os dados sociodemográficos referidos podem encontrar-se na Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica

	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo		
Masculino	7	5.6
Feminino	118	94.4
Nacionalidade		
Portuguesa	114	91.2
Outra	11	8.8
Anos profissão		
Menos de 1 ano	9	7.2
1-5 anos	23	18.4
5-10 anos	26	20.8
10-15 anos	17	13.6
15-20 anos	21	16.8
20-25 anos	15	12
25 anos ou mais	14	11.2
Estado civil		
Solteiro	21	16.8
Casado/União de facto	72	57.6
Divorciado	23	18.4
Viúvo	9	7.2
Habilitações literárias		
Até ao 4º ano	12	9.6
Até ao 6º ano	13	10.4
Até ao 9º ano	41	32.8
Até ao 12º ano	52	41.6
Licenciatura	7	5.6
Nível socioeconómico		
Menos de 500€	6	4.8
Entre 500€ e 1000€	93	74.4
Entre 1000€ e 2500€	24	19.2
Entre 2500€ e 5000€	1	.8

No que respeita aos dados relacionados com a saúde mental, 71 participantes referiram conhecer alguém que tem/teve problema de saúde mental (56.8%), 40 referiram que não (32%) e, 14 selecionaram “não sei” (11.2%). Face aos participantes que responderam afirmativamente, mencionaram sobretudo a depressão (16.8%), *Alzheimer* (13.6%), demência (9.6%) e esquizofrenia (9.6%), sendo que apenas 7.2% mencionou outros problemas de saúde mental. Quando questionados acerca da relação que mantinham com essa pessoa, 25.6% referiram tratar-se de um familiar, 16% referiram ser um amigo, 10.4% referiram “outro(a)” e, 4.8% referiu ser o(a) próprio(a) a sofrer desse problema de saúde mental. Ainda, para quem referiu familiares, estes dizem respeito à família alargada (12%), mãe (8%), pai (2.4%), irmão/irmã (2.4%) ou filho/filha (0.8%). Por último, a grande maioria dos participantes (90.4%) considera que o tema da saúde mental se tornou mais relevante após a pandemia COVID-19 e, neste sentido, 75.2% refere que o seu conhecimento sobre saúde mental aumentou após a mesma, apesar de 24.8% considerarem o contrário. Quando questionados se gostariam de ter mais informação acerca da saúde mental, 91.2% dos participantes respondeu de forma afirmativa. Os dados relacionados com saúde mental encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2

Dados relacionados com Saúde Mental

	n	%
Conhece alguém que tem/teve problema de saúde mental		
Sim	71	56.8
Não	40	32
Não sei	14	11.2
Problema de saúde mental		
Depressão	21	16.8
Esquizofrenia	12	9.6
<i>Alzheimer</i>	17	13.6
Demência	12	9.6
Outro	9	7.2
Relação com a pessoa		
Familiar	32	25.6
Amigo	20	16
Eu próprio/a	6	4.8
Outro/a	13	10.4
Se familiar, qual o grau de parentesco		
Pai	3	2.4
Mãe	10	8
Irmão/Irmã	3	2.4
Filho/Filha	1	.8
Família alargada	15	12
Relevância Saúde Mental pós-pandemia COVID-19		

Avaliação da Literacia em Saúde Mental numa amostra de Cuidadores Formais

Sim	113	90.4
Não	12	9.6
O seu conhecimento sobre Saúde Mental aumentou após a pandemia COVID-19		
Sim	94	75.2
Não	31	24.8
Gostaria de ter mais informação acerca da Saúde Mental		
Sim	114	91.2
Não	11	8.8

RESULTADOS

Relativamente à análise descritiva do LSMq – jovem adulto, a amostra apresentou uma média de 117.78 pontos no *score* total, 44.80 no Fator 1, 31.64 no Fator 2, 24.58 no Fator 3 e, 16.76 no Fator 4. Avaliando a média das pontuações face à escala de *Likert* de 1 a 5 (Tabela 3), verifica-se que o *score* total para os 29 itens variou entre 3.17 e 5, com uma média de 4.06 pontos, o que significa que os níveis de LSM na amostra de CF são moderados. No que concerne aos diferentes fatores, foi o *Estratégias de autoajuda* (Fator 4) que revelou maior pontuação na amostra (M=4.19; DP=0.45), enquanto o mais baixo foi o *Crenças erróneas/estereótipos* (Fator 2) (M=3.96; DP=0.58).

Tabela 3

Estatística Descritiva do Questionário de Literacia em Saúde Mental – jovem adulto (LSMq - jovem adulto) (Médias das pontuações de 1 a 5)

	Nº itens	Mín	Máx	M (DP)
LSMq-score total	29	3.17	5	4.06 (0.35)
Fator 1	11	3.09	5	4.07 (0.40)
Fator 2	8	2.38	5	3.96 (0.58)
Fator 3	6	3.17	5	4.096(0.43)
Fator 4	4	3	5	4.19 (0.45)

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

No que diz respeito ao AQ-9, as respostas às afirmações/questões revelaram posições na sua maioria medianas, como é possível observar-se na Tabela 4. Destacam-se, no entanto, as afirmações que avaliam a *Culpa* e a *Evitação*, com médias de 1.66 e 2.23, respetivamente. Ainda, a questão que avalia a *Ajuda* destaca-se por apresentar a maior média de respostas, de 7.54.

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	5.75 (2.65)
Perigosidade	1	1	9	5.10 (2.45)
Medo	1	1	9	5.57 (2.56)
Culpa	1	1	9	1.66 (1.74)
Segregação	1	1	9	4.79 (3.03)
Raiva	1	1	9	3.35 (2.92)
Ajuda	1	1	9	7.54 (1.69)
Evitação	1	1	9	2.23 (2.18)
Coerção	1	1	9	4.94 (3.19)

No que concerne às diferenças das Habilitações Literárias face ao LSMq – jovem adulto, quando realizada a Análise de Variâncias (ANOVA) Unifatorial, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no *score* total do LSMq nem nos seus quatro fatores (Tabela 5). No que diz respeito ao Nível Socioeconómico, através do Teste T para amostras independentes, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os CF que possuem um valor médio do rendimento do agregado familiar até 1000€ e os que possuem valor médio do rendimento do agregado familiar superior a 1000€, ao nível das *Crenças erróneas/estereótipos* (Fator 2 do LSMq) ($p = .01$). Os CF que possuem o rendimento superior a 1000€ pontuam mais alto neste fator ($M=33.69$) do que os que possuem o rendimento até 1000€ ($M=31.10$). Não se verificaram, no entanto, diferenças estatisticamente significativas no que respeita ao Nível Socioeconómico para os restantes fatores do LSMq, assim como para o *score* total (Tabela 6).

Tabela 5*Análise das Diferenças do LSMq – jovem adulto em relação às Habilitações Literárias*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F(2,122)</i>	<i>p</i>
LSMq-Score total				
6º ano ou menos	116.76	9.68		
Até ao 9º ano	117.10	9.71	.46	.64
12º ano ou mais	118.68	10.49		
Fator 1				
6º ano ou menos	43.92	4.86		
Até ao 9º ano	45.22	4.39	.68	.51
12º ano ou mais	44.88	4.29		

Avaliação da Literacia em Saúde Mental numa amostra de Cuidadores Formais

Fator 2				
6º ano ou menos	31	5.16		
Até ao 9º ano	30.93	4.02	1.53	.22
12º ano ou mais	32.41	4.81		
Fator 3				
6º ano ou menos	24.92	2.14		
Até ao 9º ano	24.44	2.47	.29	.75
12º ano ou mais	24.53	2.84		
Fator 4				
6º ano ou menos	16.92	1.91		
Até ao 9º ano	16.51	1.73	.59	.55
12º ano ou mais	16.86	1.77		

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

Tabela 6

Análise das Diferenças do LSMq – jovem adulto em relação ao Nível Socioeconómico

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i> (123)	<i>p</i>
LSMq-Score total				
Até 1000€	117.13	10.30		
Mais de 1000€	120.23	8.692	-1.41	.16
Fator 1				
Até 1000€	44.81	4.47		
Mais de 1000€	44.77	4.36	.04	.97
Fator 2				
Até 1000€	31.10	4.55		
Mais de 1000€	33.69	4.59	-2.58	.01
Fator 3				
Até 1000€	24.54	2.53		
Mais de 1000€	24.73	2.81	-.34	.73
Fator 4				
Até 1000€	16.69	1.82		
Mais de 1000€	17.04	1.61	-.89	.37

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

Avaliação da Literacia em Saúde Mental numa amostra de Cuidadores Formais

Quando realizados os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis face às respostas do AQ-9, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para nenhum dos estereótipos consoante as Habilitações Literárias e o Nível Socioeconómico. Estes resultados podem ser observados nas Tabelas 7 e 8.

Tabela 7

Análise das Diferenças do AQ-9 em relação às Habilitações Literárias

	<i>OM</i>	<i>H</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Pena				
6º ano ou menos	74.48			
Até ao 9º ano	65.78	4.94	2	.085
12º ano ou mais	56.20			
Perigosidade				
6º ano ou menos	69.42			
Até ao 9º ano	64.63	1.57	2	.46
12º ano ou mais	59.14			
Medo				
6º ano ou menos	51.82			
Até ao 9º ano	72.74	5.64	2	.06
12º ano ou mais	60.97			
Culpa				
6º ano ou menos	64.78			
Até ao 9º ano	63.78	.31	2	.86
12º ano ou mais	61.70			
Segregação				
6º ano ou menos	71.70			
Até ao 9º ano	67.07	3.99	2	.14
12º ano ou mais	56.48			
Raiva				
6º ano ou menos	50.48			
Até ao 9º ano	66.62	4.23	2	.12
12º ano ou mais	65.79			
Ajuda				
6º ano ou menos	66.58			
Até ao 9º ano	63.17	.39	2	.82

Avaliação da Literacia em Saúde Mental numa amostra de Cuidadores Formais

12º ano ou mais	61.36			
Evitação				
6º ano ou menos	64.82			
Até ao 9º ano	62.71	.11	2	.95
12º ano ou mais	62.43			
Coerção				
6º ano ou menos	58.32			
Até ao 9º ano	66.48	.83	2	.66
12º ano ou mais	62.57			

Tabela 8

Análise das Diferenças do AQ-9 em relação ao Nível Socioeconómico

	<i>OM</i>	<i>U</i>	<i>P</i>
Pena			
Até 1000€	64.71		
Mais de 1000€	56.50	1118.00	.3
Perigosidade			
Até 1000€	64.71		
Mais de 1000€	56.48	1117.50	.3
Medo			
Até 1000€	62.67		
Mais de 1000€	64.27	1254.00	.84
Culpa			
Até 1000€	63.95		
Mais de 1000€	59.38	1193.00	.42
Segregação			
Até 1000€	63.44		
Mais de 1000€	61.31	1243.00	.79
Raiva			
Até 1000€	64.82		
Mais de 1000€	56.06	1106.50	.24
Ajuda			
Até 1000€	65.32		
Mais de 1000€	54.17	1057.50	.15

Evitação			
Até 1000€	62.70	1257.00	.83
Mais de 1000€	64.15		
Coerção			
Até 1000€	62.57	1244.50	.79
Mais de 1000€	64.63		

Na análise de correlação entre as Habilitações Literárias e a LSM, foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa com as *Crenças erróneas/estereótipos* (Fator 2) ($r = .18$; $p = .048$). À semelhança destes, entre o Nível Socioeconómico e a LSM foi também encontrada uma correlação estatisticamente significativa com as *Crenças erróneas/estereótipos* (Fator 2) ($r = .18$; $p = .044$). Relativamente aos restantes fatores da LSM, bem como o *score* total, não foram encontradas outras correlações estatisticamente significativas, tanto para as Habilitações Literárias como para o Nível Socioeconómico. Poder-se-á observar todos os resultados na Tabela 9.

Tabela 9

Correlação de Pearson entre a LSM (LSMq – jovem adulto) e as Habilitações Literárias e Nível Socioeconómico

	Habilitações Literárias	Nível Socioeconómico
LSMq – Score total	.10	.11
Fator 1	.08	.01
Fator 2	.18*	.18*
Fator 3	-.04	.03
Fator 4	-.03	.08

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

* $p < 0.05$

Aquando da análise de correlações entre as Habilitações Literárias e o estigma, verificou-se a existência de correlações estatisticamente significativas para a *Pena* ($r_s = -.21$; $p = .02$) e a *Segregação* ($r_s = -.21$; $p = .02$). Por outro lado, entre o Nível Socioeconómico e o estigma não foram encontradas correlações estatisticamente significativas para nenhum dos estereótipos. Na Tabela 10 surgem todos os resultados anteriormente referidos.

Tabela 10

Correlação de Spearman entre o estigma (AQ-9) e as Habilitações Literárias e Nível Socioeconómico

	Habilitações Literárias	Nível Socioeconómico
Pena	-.21*	-.12
Perigosidade	-.14	-.09
Medo	.05	.00
Culpa	-.05	-.17
Segregação	-.21*	.00
Raiva	.13	-.14
Ajuda	-.08	-.11
Evitação	-.05	-.06
Coerção	.04	.02

* $p < 0.05$

Quando analisadas as correlações entre a LSM e o estigma, podem constatar-se correlações estatisticamente significativas entre o *score* total do LSMq e a *Culpa* ($r_s = -.21$; $p = .02$), a *Segregação* ($r_s = -.24$; $p = .01$) e a *Evitação* ($r_s = -.19$; $p = .03$). No que concerne aos fatores do LSMq, foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre o *Conhecimento sobre problemas de saúde mental* (Fator 1) e a *Coerção* ($r_s = .19$; $p = .04$), entre as *Crenças erróneas/estereótipos* (Fator 2) e a *Culpa* ($r_s = -.19$; $p = .04$), a *Segregação* ($r_s = -.29$; $p < .001$) e a *Evitação* ($r_s = -.20$; $p = .02$) e, por último, entre as *Competências de primeiros socorros e comportamentos de procura de ajuda* (Fator 3) e a *Coerção* ($r_s = .19$; $p = .03$). Estes resultados, assim como as correlações não consideradas estatisticamente significativas, encontram-se na Tabela 11.

Tabela 11

Correlação de Spearman entre a LSM (LSMq – jovem adulto) e o estigma (AQ-9)

	LSMq- Score total	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Pena	-.12	-.06	-.15	-.02	-.10
Perigosidade	-.11	.01	-.17	-.04	-.01
Medo	-.05	-.04	.00	.01	-.03
Culpa	-.21*	-.10	-.19*	-.10	-.12
Segregação	-.24**	-.14	-.29**	-.09	.01
Raiva	-.11	-.05	-.12	.04	.03
Ajuda	.03	.08	.02	.03	.05
Evitação	-.19*	-.14	-.20*	-.01	.03
Coerção	.16	.19*	.09	.19*	.04

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

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Por último, foi realizado no presente estudo uma análise de regressão linear múltipla, de forma a avaliar os efeitos das Habilitações Literárias e do Nível

Socioeconómico nos níveis de LSM. É possível concluir que, as duas variáveis independentes explicam 6,3% da variabilidade da variável *Crenças erróneas/estereótipos* (Fator 2 da LSM). Face aos restantes fatores da LSM, assim como o *score* total, o modelo de regressão não se verifica significativo. Neste seguimento, é possível observar pelos valores de prova que, ambas as variáveis independentes predizem significativamente a variável *Crenças erróneas/estereótipos* (Fator 2 da LSM). Isto é, quanto mais Habilitações Literárias e quanto maior o Nível Socioeconómico, mais elevada a pontuação no Fator 2 da LSM (*Crenças erróneas/estereótipos*) (Tabela 12).

Tabela 12

Regressão Linear Múltipla – Habilitações Literárias e Nível Socioeconómico na LSM (LSMq – jovem adulto)

Variável	<i>Crenças erróneas/estereótipos (Fator 2 LSM)</i>			
	B	β	t	p
Habilitações Literárias	.79	.18	2.00	.048
Nível Socioeconómico	1.49	.18	2.04	.04

Nota. $R^2 = .063$ (N = 125, $p = .02$)

DISCUSSÃO

Tem-se verificado, ao longo dos últimos anos, uma crescente preocupação com a temática da saúde mental e conseqüentemente com a necessidade de promover a LSM e reduzir o estigma associado à mesma. No que respeita a CF de adultos idosos, no entanto, é notória a escassez de estudos que abordem estas variáveis, pelo que se procurou com este estudo avaliar os níveis de LSM e de estigma nesta população, assim como a sua relação com as habilitações literárias e o nível socioeconómico.

Do total de 125 participantes, verificou-se que a maioria pertence ao sexo feminino (94.4%), são casados/união de facto (57.6%), concluíram a escolaridade até ao 12º ano (41.6%) ou apenas o 9º ano (32.8%) e, apresentam um valor médio de rendimento do agregado familiar entre 500€ e 1000€ (74.4%). Constata-se, efetivamente que, a amostra apresenta uma grande homogeneidade ao nível do sexo dos participantes, o que se poderá dever ao facto de, em Portugal, os CF serem maioritariamente mulheres (Manuel et al., 2020; Sousa, 2011). No mesmo sentido, outros autores referem, além da prevalência do sexo feminino, que a maioria dos CF de adultos idosos são casados e apresentam reduzidas habilitações literárias e estatuto socioeconómico (e.g. Gitlin & Hodgson, 2018; Manuel et al., 2020). Colomé et al. (2011)

destacam ainda que, este predomínio do sexo feminino e estado civil casado evidencia que as mulheres continuam a exercer a atividade de cuidar em função de raízes históricas, culturais, sociais e afetivas. Assim, a habitual prática em cuidar dos filhos, marido e casa parece facilitar a adaptação para exercer o cuidado formal aos adultos idosos (Colomé et al., 2011).

Relativamente aos dados recolhidos acerca da saúde mental, a maioria dos CF referiu conhecer alguém que tem/teve problema de saúde mental (56.8%), referindo contudo, perturbações mentais de maior conhecimento da população geral - depressão (16.8%), *Alzheimer* (13.6%), demência (9.6%) e esquizofrenia (9.6%). Tal poderá ser parcialmente justificado por algumas destas serem as perturbações mentais mais prevalentes nos adultos idosos ao cuidado destes profissionais, no seu local de trabalho (Benavente, 2020; WHO, 2017). Quando questionados acerca da pandemia COVID-19, são de notar resultados relevantes. Isto é, a grande maioria dos participantes (90.4%) considera que o tema da saúde mental se tornou mais pertinente após a pandemia COVID-19, sendo que 75.2% refere que o seu próprio conhecimento sobre saúde mental aumentou após a mesma. De entre a literatura analisada, salienta-se o aumento de estudos sobre a incidência de perturbações mentais no pós-pandemia (e.g. WHO, 2022b; Li et al., 2022; McPherson et al., 2021), o alerta para a necessidade de prestar atenção às mesmas a longo prazo (Li et al., 2022) e, a conclusão de que quem apresentava maiores níveis de LSM no pré-pandemia geriu mais eficazmente o *stress* associado à mesma e aos períodos de confinamento (Duplaga & Grysztar, 2021; Hu et al., 2021). Por último, revela-se especialmente preponderante a conclusão de que, 91.2% dos participantes relataram que gostariam de ter mais conhecimento acerca da saúde mental. Estes dados confirmam o alerta por parte de vários autores para a necessidade urgente de criar intervenções para a promoção da LSM e, que abordem simultaneamente a redução dos níveis de estigma, direcionados a toda a população (e.g. Benuto et al., 2019; Bragg et al., 2018; Cheng et al., 2018; Lee et al., 2020), especialmente para o sistema de saúde (e.g. Marangu et al., 2021; Munawar et al., 2022).

Os resultados da avaliação da LSM sugerem que a amostra de CF apresenta níveis moderados de LSM (média de 117.78 pontos em 148 pontos). No que se refere aos fatores da LSM, em particular, a amostra pontuou mais alto nas *Estratégias de autoajuda* (Fator 4), sugerindo um conhecimento acerca de estratégias de *coping* adequadas e, apresentaram a pontuação mais baixa nas *Crenças erróneas/estereótipos* (Fator 2), que poderá remeter para a existência de estigma. Embora seja possível encontrarem-se investigações que concluem a existência de bons níveis de LSM em algumas populações, sobretudo em estudantes universitários e que frequentam cursos de psicologia (Stewart

et al., 2019; Campos et al., 2018), os resultados deste estudo refutam a grande maioria da literatura analisada, que aponta para níveis reduzidos de LSM, nomeadamente nos profissionais de saúde (Giandinoto & Edward, 2016; Marangu et al., 2021; Wu et al., 2017). Estes níveis moderados de LSM poderão ter sido influenciados pela recolha de dados se ter realizado ainda num contexto de pandemia, que espoletou não só a necessidade de comunicação acerca da mesma, mas também das suas consequências para a saúde mental. Esta conjuntura parece ter exercido um impacto positivo na LSM destes CF, como aliás relatado pelos próprios. Além disso, estes dados são muito importantes, uma vez que a existência de níveis moderados de LSM se traduzem numa maior capacidade dos CF de adultos idosos para intervir de forma correta com os seus utentes, através do reconhecimento de primeiros sintomas de perturbações mentais e auxiliando na procura de ajuda (Jung et al., 2016; Rahman, 2014). Ainda, poderá contribuir para que o CF não infantilize o adulto idoso ou assuma o papel de substituir a sua autonomia, mas antes que o motive e contribua para a sua autoestima (Albano, 2021).

Por outro lado, uma vez que, quanto mais elevado o valor do *score* no AQ-9 maior o estigma existente e, a maioria dos estereótipos avaliados apresenta média superior a 4, poderá considerar-se também a existência de estigma na amostra. À semelhança do supramencionado, estudos realizados com profissionais de saúde concluem também a existência de crenças erróneas e, por consequência, comportamentos discriminatórios (Hanafiah & Bortel, 2015; Larkings & Brown, 2018; van der Kluit et al., 2013). Assim, revela-se urgente desenvolver, no sistema de saúde, campanhas de consciencialização para a problemática do estigma na saúde mental (Hanafiah & Bortel, 2015; Larkings & Brown, 2018; Munawar et al., 2022). De facto, esta conclusão vai ao encontro do observado para a LSM, na medida em que a pontuação mais baixa dizia respeito ao Fator 2 (Crenças erróneas/estereótipos). Deve notar-se, ainda assim, que o parâmetro em que a amostra pontuou mais alto foi a *Ajuda*, que diz respeito a uma atitude positiva, ao contrário dos demais, pois supõe a possibilidade de prestar ajuda. Por este ponto de vista, o item/dimensão deveria surgir invertido, tal como sinalizado por outros autores (Carneiro et al., 2022), podendo tratar-se de uma limitação inerente à versão preliminar portuguesa do AQ-9. Não obstante este aspeto, outros autores que utilizaram o AQ-9 concluem ser a *Ajuda* o parâmetro que obtém um maior grau de concordância, seguido da *Pena* (João et al., 2017; Oliveira & Azevedo, 2014). Isto sugere que, apesar da presença de diversas atitudes estigmatizantes na população, parece existir ainda assim uma vontade de tentar ajudar o outro.

Relativamente às variáveis sociodemográficas analisadas neste estudo, que a literatura aponta como se encontrando relacionadas com os níveis de LSM e de estigma, vários estudos indicam que, maiores níveis de LSM estão associados com habilitações literárias mais elevadas (Dogan et al., 2021; Reavley et al., 2012) e maior nível socioeconómico (Holman, 2015; Kaba, 2019). Também neste estudo se encontraram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao nível socioeconómico, mas apenas para o Fator 2 da LSM (Crenças erróneas/estereótipos), na medida em que os indivíduos com maior nível socioeconómico pontuam mais alto neste fator, corroborando parcialmente os estudos de Holman (2015) e Kaba (2019). Relativamente ao estigma, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nem face às habilitações literárias nem ao nível socioeconómico. Não obstante os resultados anteriores, quando analisadas as associações entre estas mesmas variáveis, obtiveram-se algumas correlações significativas. No que concerne à LSM, os resultados sugerem que habilitações literárias mais elevadas poderão associar-se a maior pontuação no Fator 2, isto é, maior conhecimento acerca de crenças e estereótipos e por isso menor estigma, corroborando, em parte, estudos anteriores (Dogan et al., 2021; Reavley et al., 2012). Isto poderá estar relacionado com a constatação de que indivíduos com habilitações literárias superiores revelam uma maior capacidade de aceder, compreender e avaliar informações relacionadas com a saúde mental (Dogan et al., 2021). À semelhança do referido anteriormente, através das associações volta a constatar-se que maior nível socioeconómico se traduz em maior conhecimento de crenças e estereótipos. Também em relação ao estigma, concluiu-se que maior número de habilitações literárias se traduzem em menores sentimentos de pena e comportamentos de segregação. Como já foi referido, habilitações literárias superiores pressupõem uma maior capacidade de compreender informações acerca da saúde mental e, conseqüentemente, isso traduz-se numa diminuição de crenças erróneas acerca da doença mental, como a consideração de que as pessoas são dominadas pela sua doença (pena) e que devem ser afastadas da sua comunidade (segregação) (Corrigan, 2008; Dogan et al., 2021).

Como já mencionado anteriormente, esta amostra de CF apresenta níveis relativamente favoráveis de LSM, contudo apresenta também níveis moderados de estigma, o que à partida contraria a generalidade da literatura, que pressupõe que quanto maiores os níveis de LSM, menor o estigma (e.g. Cheng et al., 2018; Crowe et al., 2018; Dogan et al., 2021; Kim, 2021; Ross et al., 2020). Não obstante, quando analisada a relação entre a LSM e o estigma na amostra, verificaram-se relações negativas entre a LSM e alguns dos estereótipos. Nomeadamente, quanto maior a LSM (*score* total) na amostra de CF, menor a atribuição de culpa à pessoa com doença mental e menores as atitudes de segregação e de evitação para com a mesma. De facto, a literatura sugere que,

quanto maior a LSM, isto é, conhecer as características das perturbações mentais, os tratamentos, como e onde procurar ajuda, reflete-se numa diminuição de crenças erróneas acerca das mesmas, nomeadamente a crença de que as pessoas têm controlo e responsabilidade pela doença mental (culpa) e, de que devem ser evitadas e afastadas da comunidade (evitação e segregação) (e.g. Brijnath et al., 2016; Corrigan, 2008; Kim, 2021). Em particular para o Fator 2 (Crenças erróneas/estereótipos), verifica-se igualmente essa relação negativa com a atribuição de culpa, bem como as atitudes de segregação e evitação. Para além destas, foram ainda constatadas relações positivas entre o Fator 1 (Conhecimento sobre problemas de saúde mental) e a coerção, assim como entre o Fator 3 (Competências de primeiros socorros e comportamentos de procura de ajuda) e a coerção. Estes resultados poderão dever-se ao facto de, quanto mais conhecimento se tem acerca dos problemas de saúde mental, maior a crença de que as pessoas com doença mental devem aderir a medicação e a tratamentos, ainda que forçados. Alguns autores abordam, de facto, este e outros efeitos “indesejáveis” que advêm da forma como determinadas informações são disponibilizadas, por exemplo em programas de intervenção, que acabam por aumentar o estigma ao invés de o reduzir (e.g. Doll et al., 2022; Larkings & Brown, 2018).

Por último, no presente estudo foi testado um modelo para explicar a LSM. Este, apenas se verificou significativo na explicação do Fator 2 da LSM (Crenças erróneas/estereótipos), com mais habilitações literárias e maior nível socioeconómico a serem preditores de maior pontuação neste fator (isto é, maior conhecimento acerca de crenças e estereótipos, e portanto menor estigma). Estes resultados encontram-se, novamente, em consonância com estudos anteriores (e.g. Dogan et al., 2021; Holman, 2015; Kaba, 2019), reforçando a importância de aumentar os níveis de LSM na população.

CONCLUSÃO

A revisão de literatura realizada para o presente estudo revelou que não foram desenvolvidos, até ao momento, estudos que abordem a LSM e o estigma, bem como a sua relação com as habilitações literárias e o nível socioeconómico, em CF de adultos idosos em Portugal. Assim, pelo seu carácter exploratório, este estudo constitui uma importante contribuição à investigação no que concerne a estas variáveis em CF de adultos idosos em Portugal, desenvolvendo um primeiro plano concetual para futuras investigações.

De uma forma geral, os participantes deste estudo apresentaram níveis moderados de LSM, mas também existência de estigma. Foram encontradas algumas

relações entre a LSM e estigma e, as habilitações literárias e o nível socioeconómico. Entre a LSM e o estigma, concluiu-se também a existência de relações negativas, embora estas se limitem a determinadas dimensões e/ou estereótipos. Partindo destes resultados, este estudo conclui, à semelhança de outros autores, a importância de desenvolver programas de intervenção para a promoção da LSM e/ou para a redução do estigma, particularmente em profissionais nos quais estas variáveis poderão assumir um papel preponderante na forma como lidam com os pacientes/utentes ao seu cuidado (e.g. Benuto et al., 2019; Bragg et al., 2018; Cheng et al., 2018; Hanafiah & Bortel, 2015; Larkings & Brown, 2018; Munawar et al., 2022).

Contudo, o presente estudo padece de algumas limitações, pelo que os seus resultados devem ser interpretados com precaução. Primeiramente, o facto de se tratar de um estudo transversal torna impossível o estabelecimento de uma sequência temporal de causa efeito nos resultados apresentados. A forma como se procedeu a recolha de dados também apresenta limitações, pois apesar de se ter obtido um número aceitável de participantes, encontrou-se inerente apenas à colaboração de três instituições, todas situadas na região centro do país, o que se repercutiu numa relativa homogeneidade das características da amostra. Ainda, os resultados dos questionários, particularmente face ao AQ-9, poderão ter sido influenciados pela desejabilidade social, principalmente por estes CF trabalharem com adultos idosos e se tratar de um questionário de autorresposta. Além disso, o facto de o AQ-9 avaliar apenas um tipo de estigma (estigma público) e uma única perturbação mental, assim como a impossibilidade de, apenas com recurso ao LSMq – jovem adulto, se avaliar todas as perturbações mentais e todas as vertentes da LSM, revela-se como limitativo na generalização dos resultados.

Apesar das limitações acima referidas, consideramos que o estudo contribui com importantes implicações práticas. O facto de se tratar de um estudo exploratório, conceptualiza um ponto de partida para futuras investigações que incluam estas e outras variáveis na população de CF de adultos idosos. Além disso, contribui para o desenvolvimento de intervenções que visem aumentar a LSM e reduzir o estigma nos CF em contexto de ERPI, pela importância que assumem no cuidado prestado aos adultos idosos institucionalizados. Aliado a isto, o facto de os próprios participantes relatarem a sua vontade de adquirir mais conhecimentos acerca da saúde mental, revela-se uma importante implicação e reforça a urgência de desenvolver este tipo de intervenções. Embora não limitado a esta população, o estudo também acrescenta informações relevantes para a investigação acerca das componentes a ser incluídas nas intervenções e campanhas de sensibilização, bem como a forma de avaliar os seus resultados – para a possibilidade de aplicação generalizada das mesmas – algo que também ainda se

encontra em desenvolvimento na literatura (e.g. Brijnath et al., 2016; Fretian et al., 2021). Por último, o estudo poderá ainda servir como ponto de partida para a investigação da LSM no período pós-pandemia.

REFERÊNCIAS

- Albano, V. S. (2021). *Desenvolvimento de um Questionário de Literacia em Saúde Mental para Cuidadores Formais de Pessoas Idosas: Secção Pessoa Idosa*. Dissertação de mestrado. Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/35166>
- American Psychological Association. (2014). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 69(1), 34–65. <https://doi.org/10.1037/a0035063>
- American Psychological Association. (n.d.). *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/exploratory-research>
- Benavente, R. (2020). *Intervenção Psicológica em Gerontologia* (1st ed.). PACTOR.
- Benuto, L. T., Gonzalez, F., Reinoso-Segovia, F., & Duckworth, M. (2019). Mental Health Literacy, Stigma, and Behavioral Health Service Use: the Case of Latinx and Non-Latinx Whites. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 6, 1122-1130. <https://doi.org/10.1007/s40615-019-00614-8>
- Bragg, T. L., Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2018). Mental Health Literacy and Attitudes about Mental Disorders among Younger and Older Adults: A Preliminary Study. *Open Journal of Geriatrics*, 1(2), 1-6. <http://dx.doi.org/10.22259/2639-359X.0102001>
- Brijnath, B., Protheroe, J., Mahtani, K. R., & Antoniadis, J. (2016). Do Web-based Mental Health Literacy Interventions Improve the Mental Health Literacy of Adult Consumers? Results From a Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 18(6), 1-13. <https://www.jmir.org/2016/6/e165/>
- Campos, L., Dias, P., Duarte, A., Veiga, E., Dias, C. C., & Palha, F. (2018). Is It Possible to “Find Space for Mental Health” in Young People? Effectiveness of a School-Based Mental Health Literacy Promotion Program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071426>
- Carneiro, M. P., Veras, L. M., Fernandes, C. S., Vieira, M. C., Rios, G. B., & Costa, L. B. (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/rbmfc17\(44\)2766](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2766)

- Cheng, H., Wang, C., & McDermott, R. C. (2018). Self-Stigma, Mental Health Literacy, and Attitudes Toward Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling & Development*, 96, 64-74. <https://doi.org/10.1002/jcad.12178>
- Coles, M. E., & Coleman, S. L. (2010). Barriers to Treatment Seeking For Anxiety Disorders: Initial Data On The Role Of Mental Health Literacy. *Depression And Anxiety*, 27, 63-71. <https://doi.org/10.1002/da.20620>
- Colomé, I. C., Marqui, A. B., Jahn, A., Resta, D. G., Carli, R., Winck, M. T., & Nora, T. T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(2), 306-312. <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a17.htm>
- Corrigan, P. (2004). 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. (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>
- Crowe, A., Mullen, P., & Littlewood, K. (2018). Self-Stigma, Mental Health Literacy and Health Outcomes in Integrated Care. *Journal of Counseling & Development*, 96, 267-277. <https://doi.org/10.1002/jcad.12201>
- 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>
- Doll, C. M., Michel, C., Betz, L. T., Schimmelmann, B. G., & Schultze-Lutter, F. (2022). The Important Role of Stereotypes in the relation between Mental Health Literacy and Stigmatization of Depression and Psychosis in the Community. *Community Mental Health Journal*, 58, 474-486. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00842-5>

- Duplaga, M., & Grysztar, M. (2021). The Association between Future Anxiety, Health Literacy and the Perception of the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*, 9(43), 1-18. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010043>
- Freitas, E. V., & Py, L. (2013). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3rd ed.). Guanabara Koogan.
- 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>
- Fusar-Poli, P., de Pablo, G. S., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfenning, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33-46. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
- Giandinoto, J., & Edward, K. (2016). The Experience of Mental Health Literacy in Health Professionals in Non-Mental Health Areas. *The International Journal of Health, Wellness, and Society*, 6(2), 1-12. <https://doi.org/10.18848/2156-8960/CGP/v06i02/1-12>
- Gitlin, L. N., & Hodgson, N. A. (2018). Formal Caregivers: The Role of the Interprofessional Team. In L. N. Gitlin, & N. A. Hodgson (Eds.), *Better Living With Dementia* (pp. 155-168). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811928-0.00007-7>
- Hanafiah, A. N., & Bortel, T. V. (2015). A qualitative exploration of the perspectives of mental health professionals on stigma and discrimination of mental illness in Malaysia. *International Journal Of Mental Health Systems*, 9(10), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0002-1>
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777-780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>
- Holman, D. (2015). Exploring de relationship between social class, mental illness stigma and mental health literacy using British national survey data. *Health*, 19(4), 1-17. <https://doi.org/10.1177/1363459314554316>

- 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>
- João, R. M., Coelho, T., Ferreira, C. S., Castelo, A. M., & Massano, M. T. (2017). Estigma na Doença Mental: Estudo Observacional e Piloto em Portugal. *Revista da UIIPS, 5*(2), 171-185. <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *MJA, 166*, 182-186.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.034>
- Kaba, M. (2019). *A comparative study on Mental Health Knowledge Based on Socioeconomic Status in Kisumu Kenya 2019*. Independent Study Project (ISP) Collection. https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3130
- Kim, H. C. (2021). Mediating Effect of stigma on the relationship between mental health literacy and help-seeking attitudes among university students in South Korea. *International Journal of Mental Health, 1-16*. <https://doi.org/10.1080/00207411.2021.1965397>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry, 61*(3), 154-158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Larkings, J. S., & Brown, P. M. (2018). Do biogenetic causal beliefs reduce mental illness stigma in people with mental illness and in mental health professionals? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing, 27*(3), 928-941. <https://doi.org/10.1111/inm.12390>
- Lee, H. Y., Hwang, J., Ball, J. G., Lee, J., Yu, Y., & Albright, D. L. (2020). Mental Health Literacy Affects Mental Health Attitude: Is There a Gender Difference? *Am J Health Behav., 44*(3), 283-291. <https://doi.org/10.5993/AJHB.44.3.1>
- 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>

- Livingston, J. D. (2013). *Mental illness-related structural stigma: The downward spiral of systemic exclusion*. Mental Health Commission of Canada. www.mentalhealthcommission.ca
- Manuel, S., Gonçalves, G., Braz, N., & Sousa, C. (2020). O desenvolvimento de competências dos cuidadores formais: O caso das instituições de apoio a idosos na região do Algarve. In Anica, A., & Sousa, C. (Eds.), *Envelhecimento ativo e educação (II)* (pp. 87-100). Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/14848>
- Marangu, E., Mansouri, F., Sands, N., Ndetei, D., Muriithi, P., Wynter, K., & Rawson, H. (2021). Assessing mental health literacy of primary health care workers in Kenya: a cross-sectional survey. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(55), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00481-z>
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir* (1st ed.). Psiquilíbrios Edições.
- McPherson, K. E., McAloney-Kocaman, K., McGlinchey, E., Faeth, P., & Armour, C. (2021). Longitudinal analysis of the UK COVID-19 Psychological Wellbeing Study: Trajectories of anxiety, depression and COVID-19 related stress symptomology. *Psychiatry Research*, 304, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114138>
- Mikolon, S., Kreiner, G. E., & Wieseke, J. (2016). Seeing you seeing me: Stereotypes and the stigma magnification effect. *Journal of Applied Psychology*, 101(5), 639–656. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/apl0000060>
- Munawar, K., Mukhtar, F., Choudhry, F. R., & Oon, A. L. (2022). Mental health literacy: A systematic review of knowledge and beliefs about mental disorders in Malaysia. *Asia Pac Psychiatry*, 14(1), 1-11. <https://doi.org/10.1111/appy.12475>
- 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>
- Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual – A step by step guide to data analysis using SPSS*. (4th ed.). McGraw Hill.
- Pereira, A., & Patrício, T. (2020). *SPSS Guia Prático de Utilização – Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia* (8th ed.). Edições Sílabo.

- Pinto, A. M., Veríssimo, M., & Malva, J. (2019). *Envelhecimento ativo e saudável: Manual do Cuidador*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Rafal, G., Gatto, A., & DeBate, R. (2018). Mental health literacy, stigma, and help-seeking behaviors among male college students. *Journal Of American College Health*, 66(4), 284-291. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1434780>
- Rahman, T. T. A. (2014). Health Literacy: Prevalence among Elderly Care Givers and Its Impact on the Frequency of Elderly Hospitalization and Elderly Health Related Quality of Life. *Advances in Aging Research*, 3, 380-387. <http://dx.doi.org/10.4236/aar.2014.35048>
- Ramli, F. Z. A., Tilse, C., & Wilson, J. (2016). Qualitative interviewing of Malay caregivers: stigma and mental health problems of older adults. *International Journal of Culture and Mental Health*, 10(2), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1080/17542863.2016.1259338>
- 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>
- Ross, S. G., Bruggeman, B., Maldonado, M., & Deiling, M. (2020). Examining Personal, Perceived, Treatment and Self-Stigma in College Students: The Role of Parent Beliefs and Mental Health Literacy. *Journal Of College Student Psychoterapy*, 34 (3), 183-197. <https://doi.org/10.1080/87568225.2019.1580657>
- Sequeira, C. (2018). Tipologias de Prestação de Cuidados. In C. Sequeira (Ed.), *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2nd., pp. 167-169). LIDEL.
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Serviço Nacional de Saúde. https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/09/RelAvPNSM2017_compressed.pdf
- Smith, M. (2002). Stigma. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 317-325. <https://doi.org/10.1192/apt.8.5.317>
- Smith, R. A., & Applegate, A. (2018). Mental health stigma and communication and their intersections with education. *Communication Education*, 67(3), 382-408. <https://doi.org/10.1080/03634523.2018.1465988>

- Sousa, M. M. (2011). *Formação para a Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas* (1st ed.). PRINCIPIA.
- Stewart, G., Kamata, A., Miles, R., Grandoit, E., Mandelbaum, F., Quinn, C., & Rabin, L. (2019). Predicting Mental Health Help Seeking Orientations among Diverse Undergraduates: An Ordinal Logistic Regression Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 257(1), 271-280. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.058>
- Tay, J. L., Tay, Y. F., & Klainin-Yobas, P. (2018). Mental health literacy levels. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 757-763. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>
- Vaccari, P., Ramírez-Vielma, R., Saldivia, S., Cova, F., Vielma-Aguilera, A., Victoriano, V., Ulloa-Vidal, N., & Grandón, P. (2020). Stigma towards people with a diagnosis of severe mental disorder in primary healthcare centers: perspectives of service users and health teams in Chile. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(6), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-0340-5>
- van der Kluit, M. J., Goossens, P. J., & Leeuw, J. R. (2013). Attitude Disentangled: A Cross-Sectional Study into the Factors Underlying Attitudes of Nurses in Dutch Rehabilitation Centers toward Patients with Comorbid Mental Illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 124-132. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.733906>
- Wei, Y., McGrath, P., Hayden, J., & Kutcher, S. (2018). The quality of mental health literacy measurement tools evaluating the stigma of mental illness: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27, 433-462. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000178>
- World Health Organization. (2021). *Mental Health Action Plan 2013-2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization (2017, December 12). *Mental health of older adults*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- World Health Organization. (2022a, June 17). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (2022b, June 8). *Mental Disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Wu, Q., Luo, X., Chen, S., Qi, C., Long, J., Xiong, Y., Liao, Y., & Liu, T. (2017). Mental health literacy survey of non-mental health professionals in six general hospitals in Hunan

Province of China. *PLOS ONE*, 12(7), 1-13.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180327>

Apêndice Teórico

1. Saúde Mental

A saúde mental é essencial para uma vida saudável e equilibrada, abrangendo o bem-estar psicológico, emocional e social. Consequentemente, afeta a forma como cada indivíduo se sente, pensa e se comporta no seu dia a dia (Marques, 2020). Nas últimas décadas, este conceito tem vindo a ser amplamente discutido.

A *World Health Organization* (WHO, 2022a), na sua mais recente atualização, conceptualizou a saúde mental como “um estado de bem-estar mental que permite às pessoas lidar com o *stress* da vida, perceber as suas capacidades, aprender bem e trabalhar bem, e contribuir para a sua comunidade”. Consideram, ainda, a saúde mental como uma componente integral da saúde e do bem-estar que sustenta as capacidades individuais e coletivas do indivíduo para tomar decisões, relacionar-se com os outros e moldar o mundo em que vive (WHO, 2022a).

Contrariamente, as “condições de saúde mental”, como também definido pela WHO (2022a), incluem perturbações mentais e incapacidades psicossociais, assim como outros estados mentais associados a sofrimento significativo, prejuízo no funcionamento normativo do indivíduo ou risco de comportamentos autolesivos. Indivíduos que sofrem com estas condições terão maior probabilidade de vivenciar baixos níveis de bem-estar mental, contudo, tal não tem necessariamente de acontecer (WHO, 2022a).

Da mesma forma que se considera o conceito de saúde como um bem-estar físico, mental e social e, não apenas a ausência de doença, a saúde mental surge também como mais do que apenas a ausência de perturbação mental (WHO, 2022a).

Com o propósito de explicar esta distinção, Fusar-Poli et al. (2020) propuseram um esquema (Figura 1), que entende a perturbação mental e a “boa saúde mental” como um *continuum*, ainda que relacionados, onde um indivíduo pode sofrer de uma perturbação mental mas ser bem sucedido em vários domínios relacionados com uma boa saúde mental. Da mesma forma, indivíduos que não sofrem com nenhuma perturbação mental, não têm de possuir necessariamente uma boa saúde mental (Fusar-Poli et al., 2020).

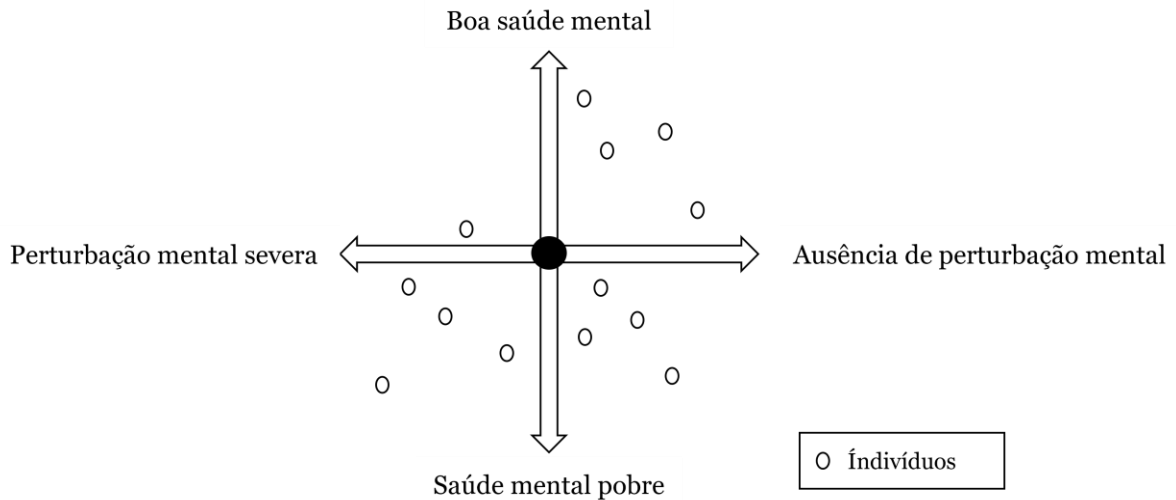


Fig. 1 Continuum entre perturbação mental e boa saúde mental

A saúde mental inclui, como supramencionado, o bem-estar psicológico, emocional e social. A boa saúde mental poderá ser, então, refletida através destas três dimensões, como proposto por Keyes (2014). Segundo o autor, o bem-estar psicológico inclui a autoaceitação (de si e da sua personalidade), crescimento pessoal (desafiar-se a ser uma melhor pessoa), propósito de vida (sentir que a sua vida tem um significado e uma direção), domínio ambiental (sentir-se capaz de gerir as suas responsabilidades), autonomia (sentir-se confiante ao pensar e expressar as suas ideias, opiniões e valores) e capacidade de criar relações positivas e de confiança com os outros (Keyes, 2014). O bem-estar emocional, por sua vez, pressupõe o afeto positivo (felicidade, paz, interesse pela vida, etc.) e a qualidade de vida percebida pelo próprio (Keyes, 2014). Por fim, o bem-estar social envolve a aceitação social, o crescimento social (sentir que, dentro de um grupo, instituição, sociedade, “são” desafiados a ser melhores pessoas), contribuição social (sentir que as atividades diárias são úteis e valorizadas pelos outros), coerência social (capacidade de perceber o que se passa à sua volta, na sua comunidade, local de trabalho, etc.) e a integração social (sentimento de pertença e conforto numa comunidade) (Keyes, 2014).

Em 2019, a WHO considerou também a boa saúde mental como estando relacionada com o bem-estar emocional e psicológico, preconizando novamente a distinção entre a promoção do bem-estar mental e a prevenção de perturbações mentais. Não obstante, perante dados recentes de todo o mundo, acrescenta que, para melhorar a saúde mental dos indivíduos e da sociedade em geral, deve trabalhar-se, também, pela proteção dos direitos humanos e no atendimento às pessoas afetadas com perturbações mentais (WHO, 2019, 2022a).

De facto, estima-se que, em 2019, 1 em cada 8 pessoas no mundo viveria com uma perturbação mental, com uma maior prevalência de perturbações depressivas e de ansiedade (WHO, 2022b). Em 2020, o número de pessoas sobretudo com perturbações depressivas e de ansiedade aumentou significativamente, consequência da pandemia COVID-19 (WHO, 2022b). Não obstante, importa ressaltar que, apesar da existência de opções de tratamento e programas de prevenção eficazes, a maioria das pessoas acaba por não ter acesso aos mesmos, além de muitas serem ainda alvo de estigma e comportamentos discriminatórios (WHO, 2022b). Estes últimos serão abordados nos pontos que se seguem.

Neste sentido, pode e, deve, distinguir-se a prevenção da doença mental da promoção da saúde mental (WHO, 2022a). Intervenções destinadas à promoção e prevenção funcionam através da identificação dos determinantes individuais, sociais e estruturais da saúde mental, com o objetivo de atuar na redução de riscos, desenvolver resiliência e criar ambientes de apoio à saúde mental (WHO, 2022a). Tais intervenções podem ser projetadas para indivíduos, grupos específicos ou para populações (WHO, 2022a).

Em Portugal, tem-se verificado uma crescente preocupação governamental com a saúde mental dos indivíduos e da comunidade, com a inclusão do Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) nos Programas de Saúde Prioritários. O PNSM compreende como uma das suas metas o aumento das ações no âmbito dos programas de promoção de saúde mental e prevenção das doenças mentais (Serviço Nacional de Saúde, 2017).

2. Estigma

Não existe uma definição ou teoria unitária acerca do estigma, pois este representa uma interação complexa entre várias áreas, como as ciências sociais, política, psicologia, antropologia, medicina, entre outras (M. Smith, 2002). Sabe-se, sim, que este tem origem na percepção da diferença, uma predisposição que parece encontrar-se inata em todos os indivíduos e na sociedade (M. Smith, 2002; R. Smith, 2007). Um dos primeiros autores a expor este conceito foi Erving Goffman (1891/2004), com a ideia de que o estigma fora introduzido pelos gregos, para fazer referência a sinais corporais desenhados com o objetivo de ridicularizar moral e socialmente determinados indivíduos, nomeadamente criminosos e traidores. Esses sinais de mutilação pretendiam, assim, que esses indivíduos fossem reconhecidos como desonrados e indesejáveis e, conseqüentemente, evitados e menosprezados pelos outros à sua volta (Goffman, 1891/2004).

Ao longo da história, ancorado em motivos de natureza cultural, político-religiosa, económica e social, o conceito de estigma foi evoluindo e, estas marcas físicas foram sendo substituídas pelo que se conhece como “rótulos sociais”, que englobam um conjunto de condições consideradas desviantes por uma sociedade (Fonseca, 2018; Link et al., 2004). Verifica-se que muitas das diferenças entre as pessoas são ignoradas e percecionadas como irrelevantes, contudo, certas características intra e interpessoais - idade, género, cor de pele, orientação sexual, doença mental, pertença a um grupo vulnerável – são usualmente consideradas como categorias mais “objetivas” de diferença (Mikolon et al., 2016; M. Smith, 2002). Não obstante, para a estigmatização ocorrer, significa efetivamente que tais diferenças estão relacionadas com características indesejáveis e com o que não corresponde à “normalidade” de uma dada sociedade (Link et al., 2004; M. Smith, 2002; R. Smith, 2007).

Por estas razões, muitos investigadores consideram o estigma como sendo social e culturalmente determinado (Mikolon et al., 2016; M. Smith, 2002; R. Smith, 2007). Isto é, assim como referido por Livingston (2013), o estigma revela mais acerca de uma sociedade do que sobre os indivíduos que carregam características estigmatizadas, ou mesmo das pessoas que possuem crenças erróneas acerca dos outros. O estigma alerta para quem na sociedade tem acesso ao poder e privilégio necessários para definir regras e aplicar sanções a quem as quebra – aqueles que o fazem, tornam-se beneficiários do estigma e, aqueles que não o fazem, tornam-se submissos ao mesmo (Livingston, 2013).

Atualmente, o estigma poderá, então, ser entendido como um conjunto de atitudes, crenças e pensamentos negativos presentes numa sociedade, que influenciam os seus indivíduos, resultando em comportamentos de medo, rejeição, humilhação, evitamento, preconceito e discriminação (Mikolon et al., 2016).

Hatzenbuehler et al. (2013), numa revisão de literatura acerca dos efeitos negativos de vários tipos de estigma em diversos contextos, concluíram que algumas das consequências negativas resultantes do estigma incluem consequências sociais (e.g. perda de relações sociais), diminuição de recursos e de oportunidades de educação e emprego, respostas psicológicas e comportamentais negativas e *stress*, além da redução da autoestima, evitamento e redução da procura de ajuda na saúde.

Pessoas diagnosticadas com perturbações mentais constituem um dos grupos mais estigmatizados na sociedade (Vaccari et al., 2020). Neste sentido, apresentar-se-á de seguida um enquadramento do conceito de estigma na saúde mental, para uma melhor compreensão.

2.1. Estigma na Saúde Mental

O estigma na saúde mental é definido como uma atitude errónea e estereótipos negativos acerca de pessoas que vivem com perturbações mentais (Corrigan, 2004; Smith & Applegate, 2018). Este prende-se com a associação das perturbações a estereótipos de potencial violência, problemas de comunicação e a imprevisibilidade (M. Smith, 2002).

Nas sociedades ocidentais, tem dominado sobretudo um padrão de estereótipos que retratam a pessoa com doença mental como incompetente, perigosa, infantil, incapaz de tomar conta de si própria, imprevisível e responsável pela sua doença (S. Oliveira, 2015). Além destes, surgem ainda os preconceitos, que acrescentam à dimensão cognitiva um conteúdo emocional, dando a origem a uma atitude desfavorável generalizada. Estes dois construtos, ainda que distintos, funcionam em conjunto na produção do estigma e contribuem para a manutenção da crença errónea de que as pessoas que sofrem com perturbações mentais deveriam estar hospitalizadas, longe da sociedade e sem direito à integração numa comunidade (S. Oliveira, 2015).

Neste seguimento, o estereótipo *“a maioria das pessoas com doença mental são perigosas”* origina uma resposta de medo *“as pessoas com doença mental assustam-me”*, materializado num preconceito frequente, amplamente enraizado e persistente. Estes, por sua vez, induzem comportamentos de rejeição face a este grupo de pessoas, manifestados sob a forma de discriminação – por exemplo *“as pessoas com doença mental são perigosas e assustam-me, então o melhor é evitá-las”* (S. Oliveira, 2015).

Nos diversos estudos acerca do estigma, é comum distinguir-se entre estigma público ou percebido, estigma internalizado ou auto-estigma (Benuto et al., 2019; Smith & Applegate, 2018) e o estigma estrutural ou institucional (Livingston, 2013). O estigma público diz respeito aos estereótipos que se difundiram e normalizaram através de grupos ou membros de uma comunidade, ou seja, perceções que as pessoas criam acerca da saúde mental dos outros (Benuto et al., 2019; Smith & Applegate, 2018). O estigma internalizado, por sua vez, diz respeito às atitudes e crenças do próprio, que sofre com perturbação mental, acerca da saúde mental e, ainda, a forma como absorve o estigma público na sua identidade (Benuto et al., 2019; Smith & Applegate, 2018), o que vai ter impacto na sua autoestima e autoeficácia (Corrigan, 2008). O estigma estrutural, referente às políticas institucionais que limitam o acesso das pessoas aos seus direitos e oportunidades, poderá refletir-se igualmente nas práticas desses profissionais, manifestando-se sob várias formas de discriminação (Livingston, 2013).

Corrigan (2008) considera ainda um terceiro “grupo” de estigmas - o evitamento de rótulos – que compreende as pessoas que tentam evitar o estigma ao não procurarem serviços de saúde mental, de onde obtêm esses mesmos rótulos.

O estigma face à doença mental resulta em muitos comportamentos discriminatórios, pessoais e sociais, desde o evitamento interpessoal às violações dos direitos humanos, incluindo restrições aos direitos à educação, trabalho, casamento e reprodução (WHO, 2021; Ramli et al., 2016). A vivência desses comportamentos afeta a forma como as pessoas funcionam na sociedade como um todo, começando logo nos ambientes educacionais (Smith & Applegate, 2018). Além disto, o estigma aparece como um dos maiores fatores que influenciam o acesso e a procura de cuidados de saúde mental (Corrigan, 2004; Vaccari et al., 2020; Wei et al., 2018).

Numa tentativa de compreender e avaliar o estigma associado à doença mental, bem como criar intervenções para a sua redução, diversos autores propuseram, ao longo dos anos, vários modelos e teorias. São exemplos a teoria da rotulagem (Goffman, 1963 as cited in Wei et al., 2018), a teoria da atribuição social (Corrigan et al., 2003), a modelagem cognitivo comportamental (Thornicroft, 2006 as cited in Wei et al., 2018) e a modelagem de estigma social (Jones et al., 1984 as cited in Wei et al., 2018).

De entre os modelos e teorias referidos, abordar-se-á de forma mais aprofundada a Teoria da Atribuição, pelo facto de, apesar de não ser a mais recente, permanecer relevante face à evolução e atual contextualização do estigma.

A Teoria da Atribuição, desenvolvida no âmbito da Psicologia Social, tem por base o pressuposto de que os indivíduos revelam uma tendência para atribuir níveis de controlabilidade e responsabilidade, com o objetivo de entender e explicar as causas dos seus comportamentos, bem como os comportamentos dos outros (Corrigan et al., 2003). Deste modo, encontram-se permanentemente recetivos e à procura de sinais que evoquem crenças erróneas/estereótipos (e.g. perigosidade), reações emocionais negativas/preconceitos (e.g. medo) e, em última instância, comportamentos discriminatórios (como a coerção e segregação) (Corrigan et al., 2003; Sattler et al., 2021). Embora não se trate de um modelo teórico recente, este permanece como fundamento em diversos estudos empíricos, como é exemplo o de Sattler et al. (2021). Estes autores pretenderam investigar os fatores associados à estigmatização no contexto da dependência de drogas, com particular interesse nas diferenças de género (Sattler et al., 2021). Neste contexto, a Teoria da Atribuição poderá refletir-se de diversas formas, nomeadamente: os sinais anteriormente referidos poderão incluir informação referente ao início da dependência de drogas, o que poderá evocar crenças acerca da sua

controlabilidade, em que se supõe que o maior controlo do indivíduo sobre o início da sua dependência, irá aumentar o estigma (Sattler et al., 2021).

Mais recentemente, o enquadramento da literacia em saúde mental (Kutcher et al., 2016), considera a redução do estigma como um dos seus construtos centrais e, enfatiza a forma como a redução do estigma e a melhoria dos conhecimentos em saúde mental podem melhorar os comportamentos de procura de ajuda. Mais à frente, será abordado este conceito com mais profundidade, bem como a sua relação com o estigma.

Estas perspetivas explicativas e modelos teóricos acerca do estigma tencionam, além do supramencionado, auxiliar na construção de intervenções adequadas (Fernández et al., 2022). Isto é, permite aos pesquisadores identificar as componentes envolvidas em determinado modelo teórico e, por conseguinte, selecionar as estratégias mais eficazes para a sua mudança (Fernández et al., 2022).

3. Literacia em Saúde Mental

A Literacia em Saúde (LS) consiste no conhecimento, motivação e competências de um indivíduo para procurar, entender e aplicar informações acerca da saúde na interpretação e tomada de decisão acerca de cuidados de saúde na sua vida diária (WHO, 2013). Para Fernández-Gutiérrez et al. (2018), trata-se de um determinante social que pode levar a melhorias nos fatores de saúde e, além disso, promover o *empowerment* do paciente e reduzir as desigualdades.

O conceito de Literacia em Saúde Mental (LSM) surgiu pela primeira vez em 1997, por Jorm et al., numa tentativa de dar resposta à escassez de estudos que abordavam as falhas no conhecimento e atitudes dos indivíduos face à doença mental. A LSM foi definida, assim, como o conhecimento e crenças acerca das perturbações mentais e, consequentemente, a capacidade de reconhecimento, tratamento ou prevenção das mesmas (Jorm et al., 1997). Esta pressupunha a capacidade de reconhecer perturbações específicas, saber como procurar informação relacionada com a saúde mental, conhecimento acerca dos fatores de risco e causas associadas, dos tratamentos e da ajuda profissional disponível e, ainda, as atitudes que promovem o reconhecimento e a procura de ajuda adequada (Jorm et al., 1997).

No decorrer dos últimos anos, diversos autores têm estudado a LSM, na esperança de melhorar o conhecimento público acerca da mesma, reduzir o estigma associado, bem como promover comportamentos de procura de ajuda. Neste seguimento, Kutcher et al. (2016, p. 155) propuseram uma nova definição de LSM, que consiste em “entender como obter e manter a saúde mental positiva; compreender perturbações mentais e os seus

tratamentos; diminuir o estigma relacionado com perturbações mentais; melhorar a eficácia da procura de ajuda (saber quando e onde procurar ajuda e desenvolver competências destinadas a melhorar os cuidados de saúde mental e as capacidades de autogestão)”. Esta nova definição é consistente com a evolução do conceito da LS e inclui o conceito de estigma, como já introduzido no ponto anterior e, além disso, estende também o conceito de estratégias de autoajuda ao incluir a procura de ajuda eficaz (Jorm et al., 1997; Kutcher et al., 2016; Loureiro, 2018).

Galustyan (2019), fundamentado pela sua revisão de literatura, define que as dimensões que abrangem a LSM compreendem o conhecimento e a compreensão de diversas componentes, sendo estas: a doença em si (o que é, quais os fatores, sintomas e causas); quais são os tratamentos farmacológicos (medicação) e não farmacológicos (e.g. terapias, exercício físico, alimentação, higiene); o acompanhamento; quais são os programas de intervenção que existem; que tipo de apoio social existe (financeiro, instituições); que tipo de comunicação, empatia e competências sociais se deve ter; como lidar com uma pessoa com doença mental; autonomia e confiança.

A LSM revela-se, tal como concluído por diversos autores, um importante determinante do potencial para melhorar a saúde mental dos indivíduos, famílias e sociedades (Benuto et al., 2019; Lee et al., 2020). É de extrema importância a avaliação dos níveis de LSM de forma a compreender as variáveis associadas com a mesma (idade, sexo, estigma, procura de ajuda, etc.), assim como para possibilitar que sejam tomadas ações eficazes face às perturbações mentais (Lee et al., 2020).

Numa última nota, tal como manifestado por Spiker e Hammer (2019), deve ter-se em consideração que, paralelamente aos inquestionáveis benefícios da expansão da definição de LSM nos últimos anos, emergem cada vez mais questões relacionadas com a definição, abrangência e medição do construto. Os autores defendem, assim, a reconceptualização da LSM num modelo teórico, em que se possibilite observar: uma esquematização de variáveis específicas, num domínio específico que explique como e porque é que as variáveis estão ligadas à previsão de determinados resultados (Spiker & Hammer, 2019). Além disso, conceptualizar a LSM numa teoria terá, segundo os mesmos, inúmeras implicações na prática e na investigação (Spiker & Hammer, 2019).

3.1. Literacia em Saúde Mental e Estigma

Há muito que se discute o estigma na saúde mental, bem como as suas origens e implicações e, embora não o associando ainda com o conceito de LSM, já era constatado por alguns autores que, o estigma resultava e, resulta, efetivamente, da falta de

conhecimento e dos “mal entendidos” presentes na sociedade, acerca das diferentes perturbações mentais (Smith & Applegate, 2018).

Encontra-se, na maior parte da literatura existente, a análise da influência da LSM na procura de ajuda profissional, por parte dos pacientes e, a relação dos diferentes tipos de estigma com essas duas variáveis.

Num estudo realizado nos Estados Unidos da América, com estudantes universitários matriculados em cursos de Psicologia, foi avaliada a sua LSM para várias perturbações de ansiedade e depressão, nomeadamente acerca das causas e, se recomendariam ou não tratamento (Coles & Coleman, 2010). Os resultados gerais demonstraram baixos níveis de LSM, principalmente face a determinadas perturbações como a perturbação de pânico e a perturbação de ansiedade generalizada. Além disto, foi possível concluir ainda que, dado o facto de a amostra incluir jovens adultos com maior diferenciação e, inseridos em cursos de Psicologia, a LSM do público em geral será potencialmente menor (Coles & Coleman, 2010). Da mesma forma, no estudo de Ross et al. (2020), com uma amostra de estudantes universitários e pais, foi possível concluir que, quem apresentava maior educação prévia acerca de perturbações mentais, apresentava níveis significativamente menores de auto-estigma e, conseqüentemente, maior número de atitudes de procura de ajuda psicológica. No mesmo sentido, Cheng et al. (2018) verificaram numa grande maioria de estudantes universitários baixos níveis de procura de ajuda psicológica, baixos níveis de LSM acerca de perturbações mentais e dos serviços disponíveis de procura de ajuda e, elevados níveis de auto-estigma.

Num estudo realizado com diversos pacientes de um centro médico integrado, Crowe et al. (2018) concluíram a existência de uma relação inversa entre o auto-estigma (acerca da saúde mental e da procura de ajuda) e a LSM, com os participantes do sexo masculino a apresentar maiores níveis de auto-estigma. Ainda, um estudo realizado recentemente numa população de estudantes universitários na Coreia do Sul, que avaliou a relação entre a LSM e diferentes tipos de estigma e, novamente a relação das mesmas variáveis com as atitudes de procura de ajuda, verificou a existência de uma relação negativa entre a LSM e, o auto-estigma e o estigma público (Kim, 2021). Além disso, os dois tipos de estigma apresentaram uma relação negativa com as atitudes de procura de ajuda (Kim, 2021). Pode concluir-se, de uma forma geral perante a literatura existente que, os diferentes tipos de estigma encontram-se associados a baixos níveis de LSM e, paralelamente, à redução de atitudes de procura de ajuda (Dogan et al., 2021; Munawar et al., 2022).

Analisando, em maior detalhe, as diferenças dos níveis de LSM e o estigma entre homens e mulheres, bem como na consideração de outras variáveis sociodemográficas: num estudo de Reavley et al. (2012), foi possível concluir que, mais de 70% dos estudantes e funcionários de uma universidade eram capazes de reconhecer a depressão numa vinheta. Contudo, a maior capacidade de reconhecimento encontrava-se associada a idades mais avançadas, ao sexo feminino e a habilitações literárias superiores, enquanto as atitudes estigmatizantes se encontravam relacionadas com fatores como o sexo masculino, idades mais jovens, baixos níveis de escolaridade e a falta de reconhecimento de perturbações como a depressão (Reavley et al., 2012). Bragg et al. (2018), por outro lado, concluíram a existência de menores níveis de LSM nos adultos idosos, em comparação com jovens adultos. Estes resultados contrariam a associação habitualmente encontrada na literatura, na medida em que, apesar de serem os jovens adultos que apresentam maiores níveis de LSM, no presente estudo são quem apresenta, também, maiores níveis de estigma (Bragg et al., 2018). Outros estudos concluíram ainda a relação entre a LSM e o estatuto socioeconómico (Albano, 2021; Holman, 2015; Kaba, 2019).

Em congruência com os estudos anteriormente referidos, Bragg et al. (2018) e Rafal et al. (2018) concluem, uma vez mais, a existência de maiores níveis de LSM, menor presença de crenças erróneas acerca da saúde mental e atitudes negativas face à mesma, assim como menores níveis de auto-estigma face à procura de ajuda, entre as mulheres.

Mais recentemente, Lee et al. (2020) pretenderam avaliar as atitudes face à saúde mental e, considerar se as diferenças de género se revelavam significativas. Identificaram, efetivamente, um maior nível de atitudes negativas face à saúde mental em homens. Todavia, concluíram não ser este o fator mais preponderante, considerando outros fatores como a LSM, destacando ainda o facto de existirem resultados significativos relativamente a atitudes negativas face à saúde mental em mulheres com mais de 50 anos, quando comparadas com jovens adultas (Lee et al., 2020), contrariamente ao relatado por Bragg et al. (2018).

Assim como supramencionado, no que diz respeito às variáveis em estudo, é possível encontrar-se de forma genérica resultados semelhantes ao longo da literatura analisada. Importa ressaltar, no entanto, que a variabilidade encontrada em alguns resultados poderá dever-se às diferentes perturbações mentais analisadas em cada estudo (e os diferentes tipos de estigma), assim como os instrumentos e técnicas utilizadas na sua medição (e.g. Benuto et al., 2019; Bragg et al., 2018; Marangu et al., 2021; Wei et al., 2018).

Em suma, perante estes dados surge a necessidade urgente de criar intervenções para a promoção da LSM e, que abordem simultaneamente a redução dos níveis de estigma, disponibilizadas e ajustadas a toda a população (e.g. Benuto et al., 2019; Bragg et al., 2018; Cheng et al., 2018; Kutcher et al., 2016; Lee et al., 2020; Mumbauer-Pisano & Barden, 2020).

4. Literacia em Saúde Mental em Profissionais de Saúde

Os profissionais de saúde que exercem em contextos de cuidados agudos (departamentos de emergência, unidades de cuidados intensivos, entre outros) estão em contacto regular com pacientes que apresentam perturbações mentais como comorbilidade a condições físicas (Giandinoto & Edward, 2016; Wu et al., 2017). A literatura sugere que, nestes contextos, muitos dos profissionais encaram o cuidado prestado a estes pacientes como desafiador, devido a fatores como o medo de uma potencial agressão (por si só já indicativo da existência de um preconceito), baixos níveis de LSM, bem como a falta de tempo e recursos adequados para dar resposta às necessidades complexas dos pacientes (van der Kluit et al., 2013).

Face a estes e outros fatores, diversos autores têm dirigido a sua atenção para a importância de avaliar o estigma, não só da perspetiva dos pacientes e do público, mas cada vez mais da perspetiva dos profissionais de saúde mental e de outros serviços de saúde (Hanafiah & Bortel, 2015). A integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários deve, assim, realizar-se cada vez com mais atenção e cuidado (Hanafiah & Bortel, 2015).

Num estudo qualitativo realizado com profissionais de saúde pertencentes a hospitais metropolitanos em Melbourne, Giandinoto e Edward (2016) concluíram que a falta de LSM pode ser a barreira para estes profissionais promoverem um cuidado ideal aos seus pacientes. Da mesma forma, em estudos com profissionais de cuidados de saúde primários, concluiu-se que estes apresentam muito pouca LSM, indicada pela baixa precisão de diagnósticos perante perturbações mentais graves e comuns, como a esquizofrenia e depressão (Marangu et al., 2021; Wu et al., 2017). Destacam, por conseguinte, a importância de educar para o combate ao estigma na saúde mental, abordando perceções positivas acerca das pessoas que sofrem com doença mental (Marangu et al., 2021; Oztas & Aydogan, 2021; Wu et al., 2017). À semelhança destes, outros autores concluem que os profissionais de saúde são efetivamente um dos grupos que apresenta maior número de comportamentos discriminatórios (Hanafiah & Bortel,

2015; Larkings & Brown, 2018). Alertam, novamente, para a necessidade de abordar a problemática do estigma, particularmente no sistema de saúde, através de campanhas de consciencialização e promoção da LSM (Hanafiah & Bortel, 2015; Larkings & Brown, 2018; Munawar et al., 2022; Oztas & Aydogan, 2021).

5. Cuidador Formal

“O cuidado é a ação de cuidar; por extensão, o cuidador é aquele que cuida” (Pinto et al., 2019, p. 17). Na definição da palavra, fica claro que cuidar do outro implica atenção, dedicação e esmero, assim como o envolvimento afetivo entre o cuidador e a pessoa cuidada (Pinto et al., 2019). O ato de cuidar pressupõe, além da boa intenção inerente, o conhecimento sobre quem é o outro, quais as suas capacidades e limitações, integrando-o como pessoa ativa nessa parceria (Pinto et al., 2019).

No contexto do presente trabalho importa definir o conceito de Cuidador Formal (CF), que consiste num indivíduo que presta cuidado a pessoas dependentes, auxiliando na realização das Atividades de Vida Diária (AVD's) e, que é remunerado por esse mesmo apoio que oferece. Isto é, a sua atuação encontra-se integrada no âmbito de uma atividade profissional (Sequeira, 2018). Estes profissionais possuem capacidades e experiência para dar resposta às necessidades básicas dos indivíduos, em casos de doença, deficiências físicas ou mentais, idade avançada, entre outros, em diferentes instituições públicas, privadas e/ou serviços domiciliários (Sequeira, 2018), sendo parte integrante de uma equipa inter ou multidisciplinar (Gitlin & Hodgson, 2018).

É importante diferenciá-los dos Cuidadores Informais (CI), que são usualmente familiares, amigos ou vizinhos, que prestam cuidados de forma não antecipada e não remunerada (Coutinho, 2015). O cuidado informal acontece preferencialmente no domicílio, podendo ser prestado de forma parcial ou total (Sequeira, 2018).

5.1. Cuidador Formal do adulto idoso

No contexto do envelhecimento, em particular, o ato de cuidar envolve a consciência da própria pessoa cuidadora, de estar acessível ao adulto idoso e disposta a envolver-se com o mesmo. Implica agir de forma organizada e com conhecimento para que se possa otimizar a saúde e gerir, ética e eficazmente, os problemas existentes (Pinto et al., 2019).

Ao longo do presente trabalho, será considerado o termo supramencionado, *adulto idoso*, tal como proposto pelos profissionais da Psicogerontologia e recomendado pela APA (referente a pessoas a partir dos 65 anos, inclusive) (*American Psychological Association*, 2014).

Para Pinto et al. (2019), devem ser considerados três elementos – o Ser (atitudes), o Saber (conhecimento) e o Fazer (habilidades) – no cuidado ao adulto idoso. O Ser diz respeito à competência afetiva-expressiva, isto é, a capacidade do cuidador para estabelecer e manter relações afetivas. Remete, ainda, para o respeito, aceitação, responsabilidade, solidariedade e confidencialidade pelo adulto idoso (dimensão ético-moral) (Pinto et al., 2019). O Saber consiste na competência cognitiva, englobando o modo como o cuidador integra o seu conhecimento, no e pelo contexto de cuidar, assim como a procura constante de conhecimento atualizado e credível. Por último, o Fazer pressupõe a competência instrumental/técnica do cuidar, ou seja, a passagem do conhecimento para a prática, que exige em alguns casos formação específica (Pinto et al., 2019).

Com o aumento da esperança média de vida ao longo dos últimos anos, a redução da natalidade e a redução do número de jovens, as estimativas apontam para que, em todo o mundo, o número de pessoas com 60 anos ou mais duplique até 2050 e, triplique até 2100 (Benavente, 2020). Em Portugal, a esperança média de vida situa-se atualmente nos 81,1 anos (PORDATA, 2019), sendo possível observar, através dos resultados provisórios do Censos 2021, um grande aumento no índice de envelhecimento (por cada 100 jovens portugueses, existem 182 adultos idosos) (INE, 2021). Perante estes dados, o bem-estar dos adultos idosos e a qualidade dos processos de envelhecimento têm merecido crescente atenção no nosso país, sobretudo por se constatar que a população vive cada vez mais anos, porém com menor qualidade de vida, comparativamente a outros países europeus (Benavente, 2020).

Paralelamente a estes dados, fatores como o aumento da atividade profissional das mulheres tradicionalmente prestadoras de cuidados informais, o aumento do horário laboral, a sobrecarga na família devido a estádios avançados de doença (e.g. doenças crónicas incapacitantes), entre outros, conduziu ao surgimento de instituições que dão resposta às necessidades que a rede de apoio familiar cada vez menos consegue comportar (Chambel, 2016).

É neste âmbito que surge, assim, o papel do CF, uma peça fundamental na prestação de cuidados formais, representando o elo de ligação entre o adulto idoso, a família e a equipa multidisciplinar (Freitas & Py, 2013).

6. Literacia em Saúde Mental em Cuidadores Formais de adultos idosos

Os estudos indicam que a maioria dos CF de adultos idosos são do sexo feminino, casados, com idades compreendidas entre os 20 e os 65 anos e com reduzidas habilitações literárias e reduzido estatuto socioeconómico (Albano, 2021; Gitlin & Hodgson, 2018; Rodrigues, 2014). Muitos destes profissionais trabalham em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), Centros de Dia ou Centros de Convívio, entre outras instituições com fins lucrativos ou de solidariedade social (Albano, 2021; Rodrigues, 2014).

Nestes serviços destinados à população idosa, os CF exercem segundo as regras estabelecidas e, normalmente, os principais objetivos consistem em assegurar o bem-estar biopsicossocial do adulto idoso, através da prestação de serviços de saúde, cuidados básicos, de educação, de animação, de lazer e sociais (Fernandes, 2010; C. Oliveira, 2019). Estes cuidados de saúde e de assistência às necessidades sociais contribuem, sobretudo, para uma maior autoestima dos adultos idosos e para a redução de *stress* dos mesmos, ajudando-os a manterem as suas rotinas diárias (Almeida, 2011).

O CF deverá ser capaz de compreender e utilizar informação de forma significativa (Rahman, 2014), identificando as necessidades físicas e psíquicas do adulto idoso, bem como as suas potencialidades e expectativas, de forma a prestar o cuidado necessário, individualizado e estimulador para que o adulto idoso se mantenha autónomo nas suas AVD's (Albano, 2021; Pinto et al., 2019). Além disso, para prestar um serviço ao outro é necessário conhecer bem a pessoa, a sua história de vida, as suas incapacidades, as suas emoções, pois além de cuidar do corpo é necessário cuidar do bem-estar psíquico (Fernandes, 2010). E esta premissa ganha ainda maior impacto por se tratar de adultos idosos.

Não obstante, o grau de exigência inerente aos cuidados de adultos idosos revela-se preponderante para os níveis de sobrecarga do CF, exigindo assim uma maior dedicação no ato de cuidar (Y. Li et al., 2020). Também o estigma e as crenças pré-existentes relativas ao envelhecimento se verificam determinantes e influenciam a saúde mental dos próprios profissionais (Albano, 2021). Muitos dos CF têm a perceção de que o seu trabalho é infrutífero e stressante, afetando negativamente a sua estabilidade emocional e, conseqüentemente, a qualidade da prestação dos cuidados (Morgan et al., 2012).

Partindo destes aspetos, torna-se essencial que os CF possuam uma maior compreensão acerca das condições clínicas prevalentes no adulto idoso, que sejam tolerantes, motivados, que revelem capacidade de observação e sentido de responsabilidade, de forma a poderem corresponder profissionalmente de forma

adequada (Albano, 2021; Pinto et al., 2019). Isto é, para que o CF não assuma o papel de substituir a autonomia do adulto idoso ou o infantilize, mas que por outro lado o motive para a execução de funções e atividades quotidianas, revela-se fundamental uma maior LSM, principalmente integrada na temática do envelhecimento (Albano, 2021; Rodrigues, 2014).

Como referido por Ferreira (2012), a maioria dos CF não possuem formação prévia específica, sendo a instituição onde trabalham a primeira experiência profissional como CF de adultos idosos, sendo esta também quem lhes disponibiliza formação contínua na área.

Perante a revisão de literatura realizada, fica notória a escassez de estudos no que concerne à população de CF, particularmente em CF de adultos idosos. Não obstante, algumas investigações têm salientado o impacto positivo da LSM no que diz respeito à qualidade da prestação de cuidados formais a adultos idosos (Rahman, 2014), apesar de, com maior frequência, existirem estudos realizados com outros profissionais de saúde face à população em geral (Henderson et al., 2013).

De uma forma geral, estes concluem que, quanto maior o nível de LSM nestes profissionais, maior será a sua capacidade de reconhecimento dos primeiros sintomas de perturbações mentais nos adultos idosos ao seu cuidado, bem como para intervir de forma correta, nomeadamente ao nível da procura de ajuda (Jung et al., 2016). Acredita-se que, desse modo, conseguirão desempenhar de melhor forma as suas funções, assim como assegurar um melhor prognóstico para o adulto idoso (Jung et al., 2016). Contrariamente, a falta ou níveis inferiores de LSM nos CF poderá contribuir para mortes na comunidade, falta de reconhecimento de perturbações mentais e uma consequente falta de tratamento adequado e atempado (Henderson et al., 2013; Tay et al., 2018). Além disso, poderá conduzir ainda à existência de crenças erróneas acerca da perturbação do adulto idoso e suas causas (Albano, 2021).

7. Literacia em Saúde Mental e a Pandemia COVID-19

A COVID-19 é uma doença infecciosa, altamente contagiosa, causada pelo vírus SARS-CoV-2 (Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2) (Siddiqui et al., 2022). Desde o seu início, mais de 621 milhões de casos foram confirmados, tendo originado cerca de 6,5 milhões de mortes a nível mundial (WHO, 2022c). Atualmente, ainda que verifique uma situação relativamente “controlada” face à pandemia COVID-19, esta não

terminou e continua a impor desafios consideráveis por todo o mundo (Siddiqui et al., 2022).

A ascendência do vírus, as medidas de isolamento adotadas em diversos países, assim como a interrupção da vida “normal” da população, provocaram o pânico e aumentaram exponencialmente os problemas de saúde mental (Cénat et al., 2022; S. Li et al., 2022; McPherson et al., 2021). Como referido *a priori*, em 2020 o número de pessoas que sofriam com perturbações depressivas e de ansiedade aumentaram significativamente, estimando-se que ocorreu um aumento de 28% e 26%, respetivamente, em apenas um ano (WHO, 2022b). No pós-pandemia, apesar de se verificar uma recuperação gradual ao nível da saúde física, os resultados negativos relativamente à saúde mental persistem e, poderão ainda agravar-se (Duplaga & Grysztar, 2021; McPherson et al., 2021). A literatura tem demonstrado que, tanto a ansiedade e a depressão, como também a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, continuam a revelar-se muito prevalentes dentro de um período de tempo após este tipo de emergências de saúde pública (S. Li et al., 2022; McPherson et al., 2021).

Embora não se verifique ainda possível retirar e generalizar conclusões a longo prazo (Cénat et al., 2022), constata-se a existência de cada vez mais literatura acerca do tema, e que alerta sobretudo para a importância de ser dada mais atenção à saúde mental pública neste período pós-pandemia (S. Li et al., 2022).

No que concerne à LSM, em contrapartida, verifica-se uma escassez nos estudos que abordam, até ao momento, melhorias (ou não) ao nível da mesma, na sequência da pandemia COVID-19. De entre a literatura encontrada, alguns estudos apontam para o facto de, indivíduos que apresentavam maiores níveis de LSM antes da pandemia COVID-19, terem gerido mais eficazmente o *stress* associado à mesma e aos períodos de confinamento (e.g. Hu et al., 2021). De forma semelhante, encontra-se também uma relação positiva entre maiores níveis de LS e atitudes e comportamentos pró-saúde durante a pandemia, assim como maior capacidade de gerir a ansiedade futura (Duplaga & Grysztar, 2021). Ainda, um estudo de S. Li et al. (2022), em que pretenderam investigar a LSM em residentes na China, após a segunda vaga de COVID-19 (em 2021), concluíram não se verificar melhorias significativas ao nível da LSM na população.

8. Programas de Intervenção na Literacia em Saúde Mental

Na sequência da crescente atenção dirigida à LSM nos últimos anos, têm surgido cada vez mais propostas de intervenção na literatura, com o intuito de promover a LSM e/ou reduzir os níveis de estigma na população (e.g. Fretian et al., 2021).

Existem, ainda, poucas evidências acerca das componentes que efetivamente funcionam aquando da construção dessas intervenções, assim como as variáveis a considerar e os instrumentos utilizados para avaliar os resultados, dificultando assim a aplicação generalizada das mesmas (Brijnath et al., 2016; Fretian et al., 2021). Não obstante, tem sido demonstrada a eficácia de determinados programas/campanhas na promoção da LSM e/ou na redução dos diferentes tipos de estigma, na sua grande maioria direcionados a crianças e jovens, em contexto escolar ou comunitário (Campos et al., 2018; Kutcher et al., 2015; Mumbauer-Pisano & Barden, 2020). Alguns dos estudos incluem, além dos alunos, também professores e funcionários das escolas, tendo originado resultados igualmente promissores (Fretian et al., 2021; Kutcher et al., 2015).

Além destes, Amado-Rodríguez et al. (2022), numa recente revisão sistemática, avaliaram a eficácia de intervenções de LSM em crianças e jovens em centros educativos, desde o início do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2030 (WHO, 2021) até ao presente. A maioria dos estudos analisados pelos autores apresentaram efeitos positivos relativamente à LSM, estigma e a procura de ajuda. Ainda assim, apenas a variável LSM demonstrou melhorias significativas a curto e longo prazo (Amado-Rodríguez et al., 2022).

Relativamente a outras populações-alvo, nomeadamente os estudantes universitários, é possível encontrar-se também programas de treino da LSM, embora, como referido por Reis et al. (2022), estes apresentem resultados bastante limitados no que concerne à eficácia e aplicabilidade das intervenções. Perante a análise de 24 estudos na sua revisão sistemática, os autores concluíram que apenas 5 alcançaram os padrões mínimos de qualidade para avaliação da eficácia das intervenções (Reis et al., 2022). Estas conclusões contrastam com Kurki et al. (2021), que verificaram melhorias nos níveis de LSM em estudantes de medicina, ao integrarem um curso opcional que incluía um programa de intervenção digital. À semelhança destes últimos, Liang et al. (2021), assim como Edgar e Connaughton (2021), verificaram melhorias ao nível da LSM, aquando da implementação de programas de Primeiros Socorros Psicológicos em estudantes universitários.

De um forma geral, os programas de intervenção analisados anteriormente e, que atingiram resultados positivos, dizem respeito sobretudo a intervenções educativas, intervenções de contacto, ou uma junção de ambas (Brijnath et al., 2016; Campos et al., 2018; Fretian et al., 2021). De entre as estratégias utilizadas, destacam-se o recurso a vinhetas, apresentações em *PowerPoint* e vídeos, com o intuito de abordar tópicos gerais acerca da saúde mental, ou através do fornecimento de informações específicas acerca das perturbações mentais, como a incidência, sintomas e tratamentos (Fretian et al., 2021; Mumbauer-Pisano & Barden, 2020). Alguns programas recorrem ainda à dinamização de atividades de grupo, debates acerca dos temas apresentados, realização de fichas de trabalho e, fornecimento de materiais de leitura complementares (Kurki et al., 2021; Mumbauer-Pisano & Barden, 2020). A título de exemplo, destaca-se o programa de intervenção de Campos et al. (2018), que revelou resultados positivos através da dinamização de sessões em sala de aula, com recurso a uma metodologia interativa: dinâmicas de grupo, música e vídeos adaptados à faixa etária de cada turma. Cada sessão apresentava objetivos específicos, nomeadamente a avaliação dos conhecimentos prévios e crenças dos estudantes acerca da saúde mental, identificação de sintomas e sinais das perturbações mentais e o seu impacto, identificação de fatores de risco para a saúde mental, fornecimento de informações acerca de cinco perturbações mentais específicas, promoção de comportamentos não estigmatizantes face à doença mental, identificação de opções formais e informais de procura de ajuda, bem como de estratégias de autoajuda, entre outros (Campos et al., 2018). Por outro lado, encontram-se também intervenções, como referido acima, que recorrem apenas a programas de intervenção digital, isto é, plataformas e jogos educativos e interativos (Brijnath et al., 2016; Kurki et al., 2021). Apesar da utilização de uma abordagem distinta, os temas abordados e objetivos apresentam-se semelhantes às demais intervenções (Brijnatj et al., 2016; Kurki et al., 2021).

No que concerne a outras faixas etárias, assim como grupos específicos de profissionais (ex. profissionais de saúde), verifica-se efetivamente a escassez de estudos que abordem programas de intervenção na LSM. Apesar das suas limitações, o estudo de Arthur et al. (2020), com recurso a uma abordagem de resolução de problemas e “Story-bridge”, baseado na Andragogia, demonstrou resultados promissores para a sua aplicação futura. O programa consistiu numa intervenção cara-a-cara, com utilização de apresentações *PowerPoint*, vídeos, discussões em pequenos e grandes grupos e, partilha de materiais acerca de indivíduos com depressão e esquizofrenia. O presente estudo, realizado com líderes comunitários (membros da assembleia), apresentou sobretudo melhorias ao nível das atitudes dos mesmos face a indivíduos com perturbações mentais nas suas comunidades (Arthur et al., 2020).

Por fim, Devendorf et al. (2020), alertam também para a crescente importância das redes sociais, nomeadamente apresentações disponibilizadas no *YouTube*, que ao transmitirem uma mensagem positiva, consciencializem a população para determinadas perturbações mentais. A título de exemplo, os mesmos autores referem vídeos informativos acerca da depressão, que não se demonstraram eficazes por se focarem demasiado, e inclusive apresentarem incoerências entre si, relativamente à cronicidade, causalidade e sintomas da perturbação. Pelo contrário, aconselham o foco na multiplicidade de dimensões associadas à depressão e ao seu tratamento, com o intuito de transmitir uma visão mais otimista (Devendorf et al., 2020). Doll et al. (2022), assim como Larkings e Brown (2018), corroboram a ideia transmitida pelo estudo anterior, relativamente ao efeito negativo de se transmitir em demasia a causalidade biogenética associada a determinadas perturbações mentais, pelo facto de poder aumentar ainda mais a estigmatização face às mesmas. Estes concluem, ainda, ser este um dos problemas que está na base de muitos programas de promoção da LSM que não apresentam resultados positivos a longo prazo (Doll et al., 2022).

9. Referências Bibliográficas

- Albano, V. S. (2021). *Desenvolvimento de um Questionário de Literacia em Saúde Mental para Cuidadores Formais de Pessoas Idosas: Secção Pessoa Idosa* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/35166>
- Almeida, M. L. F. (2011). Autocuidado e promoção da saúde do idoso: Contributo para uma intervenção em enfermagem [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84722/2/30764.pdf>
- Amado-Rodríguez, I. D., Casañas, R., Mas-Expósito, L., Castellví, P., Roldan-Merino, J. F., Casas, I., Lalucat-Jo, L., & Martín, M. I. (2022). Effectiveness of Mental Health Literacy Programs in Primary and Secondary Schools: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Children*, 9(4), 1-19. <https://doi.org/10.3390/children9040480>
- American Psychological Association. (2014). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 69(1), 34–65. <https://doi.org/10.1037/a0035063>
- Arthur, Y. A., Boardman, G. H., Morgan, A. J., & McCann, T. 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>
- Benavente, R. (2020). *Intervenção Psicológica em Gerontologia* (1st ed.). PACTOR.
- Benuto, L. T., Gonzalez, F., Reinoso-Segovia, F., & Duckworth, M. (2019). Mental Health Literacy, Stigma, and Behavioral Health Service Use: the Case of Latinx and Non-Latinx Whites. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 6, 1122-1130. <https://doi.org/10.1007/s40615-019-00614-8>
- Bragg, T. L., Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2018). Mental Health Literacy and Attitudes about Mental Disorders among Younger and Older Adults: A Preliminary Study. *Open Journal of Geriatrics*, 1(2), 1-6. <http://dx.doi.org/10.22259/2639-359X.0102001>
- Brijnath, B., Protheroe, J., Mahtani, K. R., & Antoniadou, J. (2016). Do Web-based Mental Health Literacy Interventions Improve the Mental Health Literacy of Adult Consumers? Results From a Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 18(6), 1-13. <https://www.jmir.org/2016/6/e165/>

- Campos, L., Dias, P., Duarte, A., Veiga, E., Dias, C. C., & Palha, F. (2018). Is It Possible to “Find Space for Mental Health” in Young People? Effectiveness of a School-Based Mental Health Literacy Promotion Program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071426>
- Cénat, J. M., Farahi, S. M. M., Dalexis, R. D., Darius, W. P., Bekarkhanechi, F. M., Poisson, H., Broussard, C., Ukwu, G., Auguste, E., Nguyen, D. D., Sehabi, G., Furyk, S. E., Gedeon, A. P., Onesi, O., Aouame, A. M., Khodabocus, S. N., Shah, M. S., & Labelle, P. R. (2022). The global evolution of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 315, 70-95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.07.011>
- Chambel, D. A. (2016). *Trabalhar com Idosos Institucionalizados: Análise dos Níveis de Sobrecarga dos Cuidadores Formais* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/17845>
- Cheng, H., Wang, C., & McDermott, R. C. (2018). Self-Stigma, Mental Health Literacy, and Attitudes Toward Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling & Development*, 96, 64-74. <https://doi.org/10.1002/jcad.12178>
- Coles, M. E., & Coleman, S. L. (2010). Barriers to Treatment Seeking For Anxiety Disorders: Initial Data On The Role Of Mental Health Literacy. *Depression And Anxiety*, 27, 63-71. <https://doi.org/10.1002/da.20620>
- Corrigan, P. (2004). 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. (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. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An Attribution Model of Public Discrimination towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 162-179. <https://doi.org/10.2307/1519806>
- Crowe, A., Mullen, P., & Littlewood, K. (2018). Self-Stigma, Mental Health Literacy and Health Outcomes in Integrated Care. *Journal of Counseling & Development*, 96, 267-277. <https://doi.org/10.1002/jcad.12201>
- Coutinho, M. (2015). *Cuidadores Formais e Informais – Olhares sobre os Idosos com Demência* [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. uBibliorum. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/6066/1/4388_8455.pdf

- Devendorf, A., Bender, A., & Rottenberg, J. (2020). Depression presentations, stigma, and mental health literacy: A critical review and YouTube content analysis. *Clinical Psychology Review*, 78, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101843>
- 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>
- Doll, C. M., Michel, C., Betz, L. T., Schimmelman, B. G., & Schultze-Lutter, F. (2022). The Important Role of Stereotypes in the relation between Mental Health Literacy and Stigmatization of Depression and Psychosis in the Community. *Community Mental Health Journal*, 58, 474-486. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00842-5>
- Duplaga, M., & Grysztar, M. (2021). The Association between Future Anxiety, Health Literacy and the Perception of the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*, 9(43), 1-18. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010043>
- Edgar, S., & Connaughton, J. (2021). Using Mental Health First Aid Training to Improve the Mental Health Literacy of Physiotherapy Students. *Physiotherapy Canada*, 73(2), 188-193. <https://doi.org/10.3138/ptc-2019-0036>
- Fernandes, S. L. (2010). *Vivências em lares de idosos: Diversidade de Percursos – Um Estudo de Caso* [Dissertação de mestrado, Universidade Portucalense]. Repositório da Universidade Portucalense. <http://hdl.handle.net/11328/219>
- Fernández, D., Grandón, P., López-Angulo, Y., Vielma-Aguilera, A. V., & Penate, W. (2022). Systematic Review of Explanatory Models of Internalized Stigma in People Diagnosed with a Mental Disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00836-8>
- Fernández-Gutiérrez, M., Bas-Sarmiento, P., Albar-Marín, M. J., Paloma-Castro, O., & Romero-Sánchez, J. M. (2018). Health literacy interventions for immigrant populations: a systematic review. *International Nursing Review*, 65, 54-64. <https://doi.org/10.1111/inr.12373>
- Ferreira, M. E. M. (2012). *Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/7936>
- Fonseca, A. R. (2018). “O poder de uma boa ação”: O impacto de uma intervenção no combate ao estigma face à doença mental em alunos do 1º ciclo [Dissertação de

Mestrado, Escola Superior de Saúde do Porto]. Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.22/11532>

Freitas, E. V., & Py, L. (2013). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3rd ed.). Guanabara Koogan.

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>

Fusar-Poli, P., de Pablo, G. S., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfenning, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33-46. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>

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>

Giandinoto, J., & Edward, K. (2016). The Experience of Mental Health Literacy in Health Professionals in Non-Mental Health Areas. *The International Journal of Health, Wellness, and Society*, 6(2), 1-12. <https://doi.org/10.18848/2156-8960/CGP/v06i02/1-12>

Gitlin, L. N., & Hodgson, N. A. (2018). Formal Caregivers: The Role of the Interprofessional Team. In L. N. Gitlin, & N. A. Hodgson (Eds.), *Better Living With Dementia* (pp. 155-168). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811928-0.00007-7>

Goffman, E. (2004). *Estigma – Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada* (M. Lambert, Trad; 2ª ed.). Guanabara. (Trabalho original em inglês publicado em 1891)

Hanafiah, A. N., & Bortel, T. V. (2015). A qualitative exploration of the perspectives of mental health professionals on stigma and discrimination of mental illness in Malaysia. *International Journal Of Mental Health Systems*, 9(10), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0002-1>

- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821. <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777-780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>
- Holman, D. (2015). Exploring de relationship between social class, mental illness stigma and mental health literacy using British national survey data. *Health*., 19(4), 1-17. <https://doi.org/10.1177/1363459314554316>
- 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>
- INE. (2021). *CENSOS 2021 – Divulgação dos Resultados Provisórios*. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *MJA*, 166, 182-186.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.034>
- Kaba, M. (2019). *A comparative study on Mental Health Knowledge Based on Socioeconomic Status in Kisumu Kenya 2019*. Independent Study Project (ISP) Collection. https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3130
- Keyes, C. L. M. (2014). Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. In G. F. Bauer & O. Hämmig (Eds.), *Bridging Occupational, Organizational and Public Health* (pp. 179-192). Springer. https://globalhealth.duke.edu/sites/default/files/event-attachments/mental_health_as_a_complete_state_-_keyes_2014.pdf
- Kim, H. C. (2021). Mediating Effect of stigma on the relationship between mental health literacy and help-seeking attitudes among university students in South Korea.

International Journal of Mental Health, 1-16.
<https://doi.org/10.1080/00207411.2021.1965397>

Kurki, M., Sonja, G., Kaisa, M., Lotta, L., Terhi, L., Susanna, H., Atte, S., Subina, U., Yifeng, W., & Andre, S. (2021). *BMC Medical Education*, 21(563), 1-11.
<https://doi.org/10.1186/s12909-021-02990-4>

Kutcher, S., Bagnell, A., & Wei, Y. (2015). Mental Health Literacy in Secondary Schools: A Canadian Approach. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 233-244. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2014.11.007>

Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158.
<https://doi.org/10.1177/0706743715616609>

Larkings, J. S., & Brown, P. M. (2018). Do biogenetic causal beliefs reduce mental illness stigma in people with mental illness and in mental health professionals? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 928-941.
<https://doi.org/10.1111/inm.12390>

Lee, H. Y., Hwang, J., Ball, J. G., Lee, J., Yu, Y., & Albright, D. L. (2020). Mental Health Literacy Affects Mental Health Attitude: Is There a Gender Difference? *Am J Health Behav.*, 44(3), 283-291. <https://doi.org/10.5993/AJHB.44.3.1>

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>

Li, Y., Hu, L., Mao, X., Shen, Y., Xue, H., Hou, P., & Liu, Y. (2020). Health literacy, social support, and care ability for caregivers of dementia patients: Structural equation modeling. *Geriatric Nursing*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.03.014>

Liang, M., Chen, Q., Guo, J., Mei, Z., Wang, J., Zhang, Y., He, L., & Li, Y. (2021). Mental health first aid improves mental health literacy among college students: A meta-analysis. *Journal of American College Health*. <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1925286>

Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (3), 511-541.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>

- Livingston, J. D. (2013). *Mental illness-related structural stigma: The downward spiral of systemic exclusion*. Mental Health Commission of Canada. www.mentalhealthcommission.ca
- Loureiro, A. C. (2018). *Literacia e Saúde Mental Positiva: Tradução e validação de um instrumento de avaliação em literacia de saúde mental* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/25783>
- Marangu, E., Mansouri, F., Sands, N., Ndetei, D., Muriithi, P., Wynter, K., & Rawson, H. (2021). Assessing mental health literacy of primary health care workers in Kenya: a cross-sectional survey. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(55), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00481-z>
- Marques, M. J. (2020). *Literacia em saúde mental da puérpera* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da ESEnfC. <http://web.esenfc.pt/?url=mDXAgsiZ>
- McPherson, K. E., McAloney-Kocaman, K., McGlinchey, E., Faeth, P., & Armour, C. (2021). Longitudinal analysis of the UK COVID-19 Psychological Wellbeing Study: Trajectories of anxiety, depression and COVID-19 related stress symptomology. *Psychiatry Research*, 304, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114138>
- Mikolon, S., Kreiner, G. E., & Wieseke, J. (2016). Seeing you seeing me: Stereotypes and the stigma magnification effect. *Journal of Applied Psychology*, 101(5), 639–656. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/apl0000060>
- Morgan, D. G., Cammer, A., Stewart, N. J., Crossley, M., D'Arcy, C., Forbes, D. A., & Karunanayake, C. (2012). Nursing Aide Reports of Combative Behavior by Residents With Dementia: Results from a Detailed Prospective Incident Diary. *JAMDA*, 13, 220-227. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.07.003>
- Mumbauer-Pisano, J., & Barden, S. M. (2020). Examining a Mental Health Literacy Intervention Among Economically Disadvantaged Youth. *Journal of Mental Health Counseling*, 42(4), 339-355. <https://doi.org/10.17744/mehc.42.4.04>
- Munawar, K., Mukhtar, F., Choudhry, F. R., & Oon, A. L. (2022). Mental health literacy: A systematic review of knowledge and beliefs about mental disorders in Malaysia. *Asia Pac Psychiatry*, 14(1), 1-11. <https://doi.org/10.1111/appy.12475>

- Oliveira, C. S. (2019). *A Arte de Cuidar: A Relação de Cuidado estabelecida entre os cuidadores formais e as pessoas idosas residentes numa estrutura residencial* [Relatório de Estágio, Instituto Superior de Serviço Social do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/32899>
- Oliveira, S. E. H. (2015). *(In)visível para quem? Um olhar sobre o Estigma Internalizado, Auto-estima e Qualidade de Vida em Pessoas com Doença Mental* [Tese de Doutoramento, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte. <http://hdl.handle.net/10071/12455>
- Oztaş, B., & Aydoğan, A. (2021). Assessment of mental health literacy of health professionals. *Journal of Psychiatric Nursing*, 12(3), 198-204. <https://doi.org/10.14744/phd.2021.43265>
- Pinto, A. M., Veríssimo, M., & Malva, J. (2019). *Envelhecimento ativo e saudável: Manual do Cuidador*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- PORDATA (2019). *Esperança de Vida à Nascimento: Total e por Sexo (base: triénio a partir de 2001)*. [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418)
- Rafal, G., Gatto, A., & DeBate, R. (2018). Mental health literacy, stigma, and help-seeking behaviors among male college students. *Journal Of American College Health*, 66(4), 284-291. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1434780>
- Rahman, T. T. A. (2014). Health Literacy: Prevalence among Elderly Care Givers and Its Impact on the Frequency of Elderly Hospitalization and Elderly Health Related Quality of Life. *Advances in Aging Research*, 3, 380-387. <http://dx.doi.org/10.4236/aar.2014.35048>
- Ramli, F. Z. A., Tilse, C., & Wilson, J. (2016). Qualitative interviewing of Malay caregivers: stigma and mental health problems of older adults. *International Journal of Culture and Mental Health*, 10(2), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1080/17542863.2016.1259338>
- 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>

- Reis, A. C., Saheb, R., Moyo, T., Smith, C., & Sperandei, S. (2022). The Impact of Mental Health Literacy Training Programs on the Mental Health Literacy of University Students: a Systematic Review. *Prevention Science*, 23, 648-662. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01283-y>
- Rodrigues, C. A. (2014). *Perfil dos cuidadores formais de idosos e motivos para a função: Um estudo de caso* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico IPVC. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1141>
- Ross, S. G., Bruggeman, B., Maldonado, M., & Deiling, M. (2020). Examining Personal, Perceived, Treatment and Self-Stigma in College Students: The Role of Parent Beliefs and Mental Health Literacy. *Journal Of College Student Psychoterapy*, 34 (3), 183-197. <https://doi.org/10.1080/87568225.2019.1580657>
- Sattler, S., Zolala, F., Baneshi, M. R., Ghasemi, J., & Googhari, S. A. (2021). Public Stigma Toward Female and Male Opium and Heroin Users. An Experimental Test of Attribution Theory and the Familiarity Hypothesis. *Frontiers in Public Health*, 9, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.652876>
- Sequeira, C. (2018). Tipologias de Prestação de Cuidados. In C. Sequeira (Ed.), *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2nd., pp. 167-169). LIDEL
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Serviço Nacional de Saúde. https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/09/RelAvPNSM2017_compressed.pdf
- Siddiqui, S., Alhamdi, H. W. S., & Alghamdi, H. A. (2022). Recent Chronology of COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 10, 1-15. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.778037>
- Smith, M. (2002). Stigma. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 317-325. <https://doi.org/10.1192/apt.8.5.317>
- Smith, R. A. (2007). Language of the Lost: An Explication of Stigma Communication. *Communication Theory*, 17, 472-485. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2007.00307.x>
- Smith, R. A., & Applegate, A. (2018). Mental health stigma and communication and their intersections with education. *Communication Education*, 67(3), 382-408. <https://doi.org/10.1080/03634523.2018.1465988>

- Spiker, D. A., & Hammer, J. H. (2019). Mental health literacy as theory: current challenges and future directions. *Journal of Mental Health*, 28 (3), 238-242. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1437613>
- Tay, J. L., Tay, Y. F., & Klainin-Yobas, P. (2018). Mental health literacy levels. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 757-763. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>
- Vaccari, P., Ramírez-Vielma, R., Saldivia, S., Cova, F., Vielma-Aguilera, A., Victoriano, V., Ulloa-Vidal, N., & Grandón, P. (2020). Stigma towards people with a diagnosis of severe mental disorder in primary healthcare centers: perspectives of service users and health teams in Chile. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(6), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-0340-5>
- van der Kluit, M. J., Goossens, P. J., & Leeuw, J. R. (2013). Attitude Disentangled: A Cross-Sectional Study into the Factors Underlying Attitudes of Nurses in Dutch Rehabilitation Centers toward Patients with Comorbid Mental Illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 124-132. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.733906>
- Wei, Y., McGrath, P., Hayden, J., & Kutcher, S. (2018). The quality of mental health literacy measurement tools evaluating the stigma of mental illness: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27, 433-462. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000178>
- WHO Regional Office for Europe. (2013). *Health Literacy: The solid facts*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>
- World Health Organization. (2021). *Mental Health Action Plan 2013-2030*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization. (2019, October 2). Mental health. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
- World Health Organization. (2022a, June 17). Mental health: strengthening our response. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (2022b, June 8). Mental Disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization. (2022c, October 19). *COVID-19 Weekly Epidemiological Update*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---19-october-2022>

Wu, Q., Luo, X., Chen, S., Qi, C., Long, J., Xiong, Y., Liao, Y., & Liu, T. (2017). Mental health literacy survey of non-mental health professionals in six general hospitals in Hunan Province of China. *PLOS ONE*, *12*(7), 1-13.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180327>

Anexos

Anexo 1 – Parecer Comissão Ética Universidade da Beira Interior



Comissão de Ética
Universidade da Beira Interior

comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2021-073-ID:1149

Na sua reunião de 14 de dezembro de 2021, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**Avaliação da Literacia em saúde Mental em Profissionais da Saúde**”, da proponente **Paula Susana Loureiro Saraiva de Carvalho**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2021-073.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: ANA LEONOR SERRA MORAIS DOS
SANTOS
Num. de Identificação: BI112741975
Data: 2021.12.27 12:16:38+00'00'



(Professora Doutora Ana Leonor Serra Morais dos Santos)
(Professora Auxiliar)