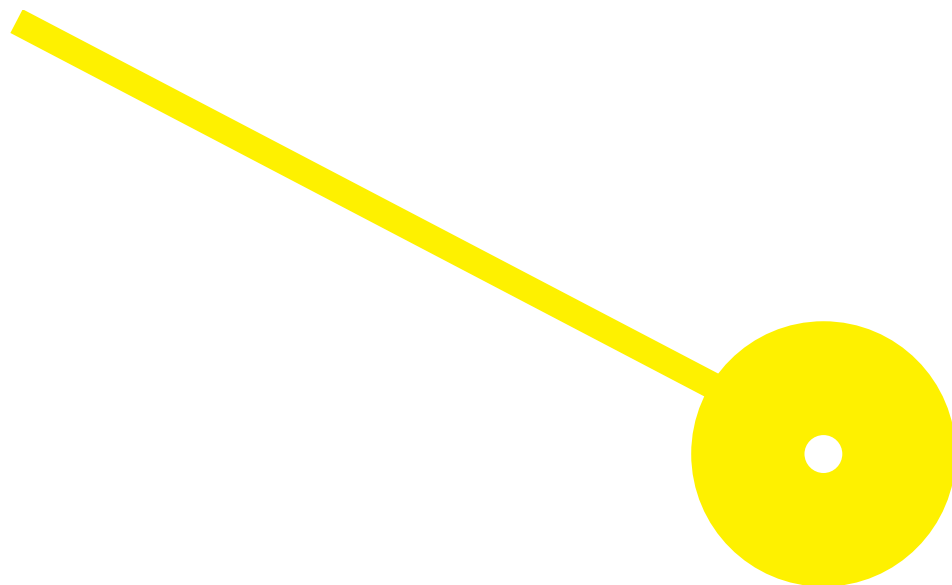




Estigma e Literacia nos profissionais da Póvoa de Varzim – “A Doença Mental não é um Bicho de 7 cabeças”

Catarina Isabel da Costa Pinho

10/2022





**ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE**



labrps

LABORATÓRIO DE
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

**Estigma e Literacia nos profissionais da Póvoa de Varzim – “A Doença Mental não é um
Bicho de 7 cabeças”**

Autor

Catarina Isabel da Costa Pinho

Orientador(es)

Doutora Sara de Sousa, ESS.IPP

Doutora Raquel Simões de Almeida, ESS.PP

Professora Doutora Paula Portugal, ESS.PP

Doutora Filipa Campos, ESS.PP

Professor Doutor António Marques, ESS.IPP

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de **Mestre em Terapia Ocupacional – Gerontologia** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

Resumo

Introdução: O estigma perante a doença mental tem assumido grande destaque, tendo em conta o aumento das atitudes e comportamentos por parte da sociedade. No entanto, estas atitudes e comportamentos não existem apenas na população em geral, mas também são prevalentes nos profissionais ligados à área da saúde mental, sendo a literacia em saúde mental uma das principais barreiras associadas a esta problemática. Neste contexto, a promoção da literacia em saúde mental constitui uma oportunidade e desafio de saúde pública.

Objetivo: O principal objetivo do estudo é analisar o conhecimento em saúde mental, e as atitudes e comportamentos estigmatizantes dos profissionais, em diferentes instituições de saúde da Póvoa de Varzim, bem como a influência de algumas variáveis sociodemográficas.

Métodos: Foi realizado um inquérito presencial a profissionais de entidades públicas de saúde do concelho da Póvoa de Varzim (N=58), recorrendo-se a um questionário sociodemográfico, as escalas MHPK-10 e RIBS, e ao questionário CAMI. Realizou-se ainda análise da relação das escalas utilizadas e algumas variáveis sociodemográficas.

Resultados e Discussão: A Escala MHPK-10 indica que a amostra apresenta um elevado nível de conhecimento em saúde mental, sendo que apenas se constatarem diferenças significativas ao nível do género ($p=0,109$), onde o sexo feminino obteve valores mais elevados. A Escala RIBS, indica que no geral, os profissionais apresentaram comportamentos estigmatizantes face às pessoas com doença mental, no entanto, a variável habilitações académicas influencia esse comportamento, uma vez que quanto maior for o nível académico, maior o comportamento discriminatório ($p=0,037$). No Questionário CAMI constata-se que os participantes apresentaram valores reduzidos, no que se refere a atitudes estigmatizantes em relação a pessoas com doença mental. Nesta escala apenas se verificaram diferenças significativas entre o grupo de solteiros e de divorciados ($p=0,023$) e existiu ainda correlação com as variáveis idade ($p=0,001$) e habilitações académicas ($p < 0,001$), sendo que quando aumenta a idade, aumentam as atitudes e quando aumenta o grau académico, diminuem as atitudes estigmatizantes.

Conclusão: No geral, e apesar de existir influência das variáveis em estudo, os participantes apresentam elevados níveis de conhecimento relativamente à saúde mental, e comportamentos e atitudes estigmatizantes reduzidas face a pessoas com doença mental. Considera-se importante alargar este estudo a uma população de profissionais mais abrangente, uma vez que existiram limitações que restringiram a diversidade de resultados neste estudo.

Palavras-chaves: Estigma, Literacia, Doença Mental, Profissionais, Póvoa de Varzim.

Abstract

Introduction: The stigma towards the mental illness has assumed a great emphasis considering the increase of the attitudes and behaviors on part of the society. However, these attitudes and behaviors do not exist only in general community, but are also prevalent on the professional linked to the mental health area, with mental health literacy being one of the main barriers associated with this problem. In this context, the promotion of the mental health literacy constitutes a public health opportunity and challenge.

Objective: The main goal of this study is to analyze the mental healthcare knowledge as well as the stigmatizing behaviors and attitudes demonstrated by professionals in several health institutions in Póvoa de Varzim. The influence of a few sociodemographic variables is also taken into account.

Methodology: A face-to-face survey to professionals of public healthcare entities of Póvoa de Varzim was carried out (N=58) using a sociodemographic questionnaire, the MHPK-10 and the RIBS scales, and the CAMI questionnaire. A further analysis of the relation between the used scales and some sociodemographic variables was conducted.

Results and Discussion: The MHPK-10 scale indicates that the sample possesses a high knowledge level regarding mental healthcare, with the only meaningful differences registered being registered when it comes to gender ($p=0,109$), where female professionals obtained higher results. The RIBS scale, shows that in general the professionals display stigmatizing behaviors towards mentally ill patients. However, the academic qualifications variable impacts this behavior, since the higher the academic degree, the greater the discriminatory behavior ($p=0,037$). In the CAMI questionnaire it is assessed that the participants revealed low values, regarding stigmatizing attitudes and behaviors towards people suffering from mental illness. In this scale, the only significant differences were registered between the single and divorced groups ($p=0,023$), as well as a correlation between the age ($p=0,001$) and the academic qualifications ($p < 0,001$), variables, being that these attitudes are more prevalent as the age grows and occur less as the academic degree increases.

Conclusion: Overall, even though the study variables influence the results, the participants display high levels of knowledge concerning mental healthcare and stigmatizing behaviors and attitudes towards mentally ill patients. It is important to extend this study to a broader sample of professionals as there were limitations that restricted the diversity of results in this study.

Keywords: Stigma, Literacy, Mental Illness, Professionals, Póvoa de Varzim.

Índice

1.	Introdução	1
2.	Métodos	3
2.1.	Tipo de estudo	3
2.2.	Participantes	4
2.3.	Instrumentos	4
2.4.	Procedimentos	6
2.5.	Análise estatística	7
3.	Resultados	8
3.1.	Caracterização da amostra	8
3.2.	Análise estatística Instrumento MHPK-10	10
3.3.	Análise estatística Instrumento RIBS	12
3.4.	Análise estatística Instrumento CAMI	14
3.5.	Análise comparativa das variáveis sociodemográficas com as escalas MHPK-10, RIBS e CAMI	16
4.	Discussão	18
5.	Conclusão	22
	Referências Bibliográficas	24
6.	Anexos	31
6.1.	Anexo 1 – Questionário Sociodemográfico	31
6.2.	Anexo 2 – Escala de Conhecimento em Saúde Mental MHPK-10	34
6.3.	Anexo 3 – Escala de Comportamento Discriminatório perante a Doença Mental (RIBS)	35
6.4.	Anexo 4 – Questionário de Atitudes da Comunidade em relação às Pessoas com Doença Mental (CAMI)	37

1. Introdução

A saúde mental (SM) pode ser definida como um estado de bem estar físico, mental e social, para além da ausência de doença ou enfermidade ⁽¹⁻³⁾ e encontra-se associada a fatores biológicos, psicológicos e sociais que ajudam a responder de forma positiva às adversidades do meio onde a pessoa se encontra, a desempenhar papéis na sociedade e manter relações interpessoais ^(1, 3-6), estando presente desde o início da vida de todo e qualquer indivíduo, e assumindo importância não só a nível individual, como também social ^(3, 4, 7).

Quando a SM se encontra afetada e surgem patologias que provocam alterações no agir e pensar dos indivíduos, é comum a adoção de comportamentos considerados negativos pela sociedade ^(1-3, 8). Isto afeta todas as faixas etárias, causa sofrimento a familiares e à comunidade em geral, e ainda interfere no bem-estar das populações ^(1, 3, 9, 10). Esta desvalorização está associada igualmente ao que a sociedade pensa e pouco conhece acerca das patologias destes indivíduos, o que potencia a um aumento da estigmatização perante a doença mental ^(3, 10-12).

O estigma é um fenómeno universal e incapacitante ^(2, 13, 14), sendo considerado uma combinação de crenças estereotipadas, atitudes preconceituosas e comportamentos discriminatórios em relação a grupos externos ou a grupos onde a identidade social é desvalorizada, como por exemplo pobres, criminosos, homossexuais, portadores de doença física, intelectual ou mental, entre outros ^(2, 5, 7, 15-19), trazendo consequências para todos os envolvidos, sejam eles, pacientes, familiares ou profissionais de saúde ⁽¹⁶⁾.

Na maior parte das vezes, a sociedade coloca "rótulos" nas pessoas com DM devido a ideias erradas sobre o que é a DM e como agem as pessoas portadoras dessa condição, considerando que estas últimas são violentas, perigosas, irracionais e que demonstram comportamentos imprevisíveis ^(2, 4, 12, 18, 20, 21). Um dos pontos importantes e que também é influenciado pelo "rótulo" colocado pela sociedade é o auto estigma, que influencia não só a parte comportamental e emocional do indivíduo, mas também a adesão ao tratamento adequado para a sua doença mental ^(4, 19, 22).

As atitudes estigmatizantes não existem apenas no público geral, também são prevalentes entre os profissionais que com eles interagem. A evidência revela que pessoas com DM relatam que os profissionais que trabalham em serviços de saúde mental e física são uma importante fonte de estigma e discriminação. De facto, o estigma relacionado à DM no sistema de saúde e entre os profissionais de saúde tem vindo a ser identificado como uma grande barreira ao tratamento e recuperação ^(17, 19, 22).

Estudos recentes revelam que ter contacto com pessoas com DM, através de estágios realizados nessa área, surte efeitos positivos na redução do estigma em relação à psiquiatria e às doenças mentais, ou seja, o aumento da educação e contacto com a doença mental ajudam a

combater o auto estigma e assim, diminuir as atitudes discriminatórias e estigmatizantes permitindo que as pessoas com DM se sintam integradas na sociedade em geral⁽²³⁻²⁶⁾.

Existem varios fatores que influenciam estes resultados, como o conhecimento sobre as doenças mentais, fatores de risco, características associadas, recursos profissionais e tratamentos^(3, 7, 11, 16, 17, 21, 27). O estigma associado a problemas de SM é uma das principais barreiras à literacia em saúde mental (LSM)^(22, 28-30). A falta de conhecimento, associada à vergonha sentida pelas pessoas no que concerne à DM, resulta na ocultação da sua doença e numa diminuição da adesão a tratamento precoce^(10, 14, 31), que condiciona a qualidade de vida do indivíduo, dos familiares e sociedade onde este se insere^(10-12, 14, 21).

O conceito de literacia tem sido estudada ao longo de vários anos e são cada vez mais os estudos apresentados acerca da importância da literacia em saúde (LS) na prevenção de doenças e promoção de saúde^(3, 31-33). A promoção da LS, junto das pessoas, das comunidades e das organizações, constitui-se como uma importante oportunidade e desafio da saúde pública^(1, 32, 34, 35).

Vários foram os estudos que se focaram em estudar a LSM nos profissionais^(16-18, 35-37). Em 2018, Tonsing⁽³⁶⁾ fez um estudo em que os resultados defendiam que os profissionais da área de psiquiatria são os que reconhecem mais facilmente a DM, encaminham de imediato para o médico e são os mais otimistas relativamente ao tratamento, enquanto os profissionais dos serviços gerais propõem outras estratégias, como por exemplo: alteração de rotina e/ ou alteração de atividades realizadas diariamente⁽³⁶⁾.

Outros autores como Schulze⁽³⁸⁾ e Valery⁽¹⁸⁾ apontam para a existência de resultados mistos, onde os profissionais de saúde apresentam crenças e atitudes estigmatizantes iguais ou superiores à população em geral^(18, 38, 39).

O plano português de ação para a literacia em saúde 2019-2021⁽⁴⁰⁾, promovido pela Direção-Geral de Saúde (DGS), refere a LS como uma oportunidade para promover o aumento da saúde tendo em conta as várias fases do desenvolvimento, aumentando assim os níveis de LS na população portuguesa, em diferentes contextos, procurando potenciar e criar, novas oportunidades de aumentar os comportamentos saudáveis^(31, 40).

Mais recentemente, foi publicado pela DGS o “Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos profissionais de saúde”⁽³⁵⁾. Este manual foi criado para complementar a concretização dos objetivos do plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021. Assim sendo, pretende aprofundar o conceito de LS, enaltecendo a importância da prevenção da doença e promoção da saúde, desenvolvendo estratégias de comunicação por parte dos profissionais e facilitando assim a transmissão de informação^(32, 35, 40).

Ambos os documentos visam a capacitação dos profissionais na melhoria dos níveis de literacia em saúde e na promoção do espírito crítico das pessoas face às suas decisões de saúde, representando um desafio de saúde pública no nosso país ⁽³²⁾.

Assim como a LS é importante para a promoção da saúde, também o conceito de literacia em saúde mental (LSM) é considerado uma estratégia relevante ^(30, 33, 41-43).

Com o avanço da neurociência e do aumento da informação quanto às doenças mentais ⁽³³⁾, surgiu também o aumento do interesse em realizar mais investigações ao nível da LSM ^(3, 7, 30, 31, 43, 44). Inicialmente, o conceito de LSM foi desenvolvido apenas para adultos, contudo já foi alargado aos adolescentes, visto que, é nesta fase da vida que muitas vezes surgem problemas ao nível da SM ⁽⁴³⁾. Várias políticas de saúde internacionais e nacionais destacam a necessidade de promover o aumento da LSM o mais cedo possível, sendo a adolescência um período de oportunidade para promover a SM, uma vez que a literacia nesta idade tem impacto direto na vida adulta destes indivíduos, conseguindo estes adquirir competências que lhes permitem gerir positivamente os seus pensamentos e emoções, assim como construir relacionamentos sociais e familiares saudáveis ^(3, 11, 31, 43).

Assim sendo, o Laboratório de Reabilitação Psicossocial – LabRP (que pertence à ESS-PPORTO e Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto), em parceria com Câmara Municipal da Póvoa de Varzim (CMPV), criou o projeto “Bicho de 7 Cabeças”, aplicado no âmbito do Plano Municipal de Promoção de Literacia em Saúde Mental, onde o principal objetivo é promover o aumento dos níveis de literacia em saúde mental e diminuir o estigma em relação à doença mental, nos profissionais de instituições de prestação de cuidados do concelho do concelho da Póvoa de Varzim. De forma a atingir este objetivo geral, o projeto foi dividido em vários estudos, sendo que o objetivo do presente estudo passa por avaliar os conhecimentos relacionados com a SM e os comportamentos e atitudes discriminatórias face à pessoa com DM, bem como determinar as relações com algumas variáveis sociodemográficas.

2. Métodos

2.1. Tipo de estudo

Este estudo apresenta uma metodologia Quantitativa do tipo Observacional Analítico Descritivo e Transversal. Caracteriza-se por ser um tipo de estudo empírico sobre um fenómeno, onde as variáveis são de diferentes naturezas, medidas através de dados numéricos e analisadas estatisticamente, onde os dados foram obtidos através da realização de um inquérito por questionário, constituído por um grupo de questões de caracterização sociodemográfica e administração das versões portuguesas preliminares de alguns instrumentos de avaliação, com o

objetivo de compreender quais os níveis de literacia em saúde mental e quais as atitudes dos profissionais em relação às pessoas com DM.^(45, 46)

Para além disso, não existe intervenção por parte dos investigadores, apenas observação e registo de dados da amostra. Neste estudo, também é possível descrever com precisão e de forma sistemática uma população, situação ou fenómenos. Por fim, é de salientar que a recolha de dados ocorreu apenas num único momento, não existindo comparação entre grupos ⁽⁴⁵⁾.

2.2. Participantes

Este estudo apresenta uma amostra não probabilística por conveniência⁽⁴⁷⁾, onde as instituições foram selecionadas pela Câmara Municipal da Póvoa de Varzim (CMPV), ou seja, foram recrutadas de forma não aleatória. No que diz respeito à escolha dos profissionais, qualquer profissional podia participar neste estudo, desde que fizesse parte de uma instituição selecionada.

Como já foi referido, este projeto conta com uma parceria entre o Laboratório de Reabilitação Psicossocial (LabRP) e a CMPV, que possuem funções distintas ao longo de todo o estudo. A CMPV procedeu à seleção das entidades, enquanto o LabRP e a ESS disponibilizaram os recursos humanos, seis investigadores, para realizar o diagnóstico de situação junto da população alvo.

No início do estudo foram considerados como critérios de inclusão ser profissional de entidades públicas do Concelho da Póvoa de Varzim, envolvidas em processos relacionados com a saúde e doença mental, ou seja, podiam participar profissionais que mantinham contacto direto com os utentes (enfermeiro, médico...) ou outras pessoas que trabalhassem na instituição com cargos não ligados diretamente aos utentes (diretores, empregadas de limpeza).

Assim sendo, este estudo em concreto contou com a participação de 58 profissionais ligados à área da prestação de cuidados a pessoas com DM, de ambos os sexos, e com idades compreendidas entre os 22 e os 74 anos.

2.3. Instrumentos

De forma a proceder à recolha dos dados da amostra descrita, elaborou-se um questionário através da plataforma *Google Forms* composto por um questionário sociodemográfico e por três instrumentos de avaliação.

- **Questionário sociodemográfico (anexo 1)**

O questionário é composto por questões sociodemográficas como idade, género, estado civil e habilitações académicas. Incluíram-se também algumas questões relativas ao conhecimento, contacto e estigma em relação a pessoas com DM.

- **Versão Portuguesa da Medida de Promoção do Conhecimento em Saúde Mental (MHPK-10) (anexo 2)** ^(48, 49)

Este instrumento tem como objetivo avaliar o conhecimento dos indivíduos sobre os fatores que promovem uma boa saúde mental, sendo constituído por 10 questões, em que cada uma apresenta 6 opções de resposta, sendo que, na escala de *Likert*, o 1 corresponde a “completamente errada” e o 5 corresponde a “completamente correta”, existindo ainda a opção “Não sei”, que equivalente a 0 pontos. É atribuído 1 ponto a “completamente errada”, 2 pontos a “ligeiramente errada” e assim sucessivamente até chegar aos 5 pontos que correspondem a “completamente correta”. O *score* final do instrumento é obtido através da média da pontuação das dez questões, sendo que os autores definem que os valores inferiores a 4 (ponto de corte) são atribuídos a um baixo nível de conhecimento.

O Índice de α de *Cronbach* obtido para a população portuguesa é de consistência alta, sendo este de 0,79^(48,49).

- **Escala de comportamento discriminatório perante a doença mental (RIBS) (anexo 3)**⁽⁵⁰⁻⁵²⁾

Esta escala tem como objetivo principal avaliar as experiências e os pontos de vista da população em relação às pessoas que apresentam problemas de SM. O RIBS avalia os comportamentos em 4 domínios diferentes: viver com, trabalhar com, morar perto e ter um amigo próximo com DM. A escala inclui 8 itens, sendo que os primeiros 4 exploram a experiência já vivida com pessoas com DM e os últimos 4 avaliam as perspetivas em relação ao futuro sobre os domínios referidos acima. As primeiras 4 questões são respondidas através de uma escala dicotómica de “Sim” e “Não”, existindo ainda a opção “Não sei”. Já os itens 5 a 8 são cotados por uma escala do tipo *Likert*, utilizando 5 opções de resposta: 1 = discordo plenamente, 2 = discordo, 3 = não concordo nem discordo, 4 = concordo, 5 = concordo plenamente. Existe ainda a possibilidade de responder “Não sei”.

As questões de 1 a 4 não apresentam pontuação, uma vez que apenas avaliam a prevalência de contacto com pessoas com DM. Já as questões 5 a 8, são pontuadas através de uma escala ordinal, de 1 a 5, onde o “concordo plenamente” equivale a 5 pontos e o “discordo plenamente” equivale a 1 ponto. Como referido anteriormente, existe ainda a possibilidade de responder “Não sei”, que é classificado como “neutro”, sendo atribuído 3 pontos a esta resposta, a fim de determinação de uma pontuação total.

As pontuações totais são calculadas através da soma da pontuação de todas as questões, sendo que o valor mínimo corresponde a 4 e o máximo a 20 valores. Quanto maior a pontuação obtida, maior é a concordância do instrumento e mais comportamentos positivos existirão, ou seja, menor o estigma sentido face às pessoas com DM.

A versão portuguesa deste instrumento obteve um Índice de α de *Cronbach* de 0,81.

- **Questionário de Atitudes da Comunidade em relação às Pessoas com Doença Mental (CAMI) (anexo 4)** ⁽⁵¹⁻⁵⁵⁾

O (CAMI), originalmente de língua inglesa, elaborado por Taylor e Dear ⁽⁵³⁾, tem como objetivo de medir as atitudes dos profissionais ligados à área da DM, em relação às pessoas com DM. A escala original é constituída por 40 questões, dividida em 4 subescalas: autoritarismo; benevolência; restrição social; e ideologia comunitária de saúde mental, no entanto esta versão foi considerada extensa e, portanto, ao longo do tempo, foram criadas versões mais curtas e intuitivas do CAMI, como por exemplo uma versão com 27 itens ⁽⁵¹⁾ e uma versão mais curta com 12 itens ⁽⁵²⁾.

Neste estudo aplicamos a versão utilizada na validação do instrumento para a versão portuguesa ⁽⁵⁶⁾, ou seja, a versão curta de 27 itens. Esta escala divide as 27 questões em 2 fatores: preconceitos e exclusão (questões 1-3, 11-18, 25 e 26); e tolerância e apoio na comunidade (questões 4-10, 19-24 e 27). As respostas 1 a 3, 11 a 18, 25 e 26 são dispostas de acordo com a escala *Likert* onde 1 corresponde a “concordo fortemente” e 5 a “discordo fortemente”, que traduz numa pontuação total, ou seja, é atribuído 1 ponto a “concordo fortemente” e assim sucessivamente até chegar a “discordo fortemente” que apresenta uma pontuação de 5 valores. Já as restantes questões, são cotadas inversamente, sendo que 5 corresponde a “concordo fortemente” (5 pontos) e 1 a “discordo fortemente” (1 ponto). Quanto maior o valor total obtido no CAMI, menos atitudes estigmatizantes existem na comunidade.

Em geral, os estudos existentes mostram uma consistência positiva em que o Índice de α de *Cronbach* varia entre 0,6 a 0,9 ^(57, 58). Segundo o artigo de validação do CAMI para a versão portuguesa, Índice de α de *Cronbach* para o fator preconceitos e exclusão social foi 0,70, e a da tolerância e apoio na comunidade fator foi de 0,63⁽⁵⁶⁾.

2.4. Procedimentos

Para a realização deste estudo foi necessária a aprovação da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto, que já se encontra validada pois este estudo é a continuação de projetos já existentes no LabRP.

Inicialmente, no âmbito do projeto “Bicho de 7 Cabeças”, foi estabelecido contacto com a CMPV, onde foram definidas quais as entidades e quais as datas para o momento das recolhas, tendo este ocorrido entre os meses de março e julho de 2022, em 10 instituições da Póvoa de Varzim (5 centros sociais e 2 locais de atividades desportivas e socioculturais com população não institucionalizada e 3 instituições dirigidas a população institucionalizada).

Neste estudo apenas existiu um único momento de contacto, sendo que se iniciou com o preenchimento de um consentimento informado, segundo a Declaração de Helsínquia, ⁽⁵⁹⁾, que autorizasse a participação dos profissionais neste estudo. De seguida, procedeu-se à apresentação

dos elementos da equipa técnica de investigação, dos participantes e do Plano Municipal de Promoção de Literacia em Saúde Mental. Por último, foram aplicados os instrumentos de avaliação acima referidos, através da plataforma *Google Forms*, de forma a medir os níveis de estigma e literacia da população em estudo.

2.5. **Análise estatística**

A análise estatística deste estudo foi realizada utilizando o software *IBM SPSS Statistics 28.0*, tendo sido considerado um nível de significância de 0,05 e intervalo de confiança de 95%^(47, 60, 61).

Para a caracterização sociodemográfica, recorreu-se à estatística descritiva, sendo que as variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%) enquanto as contínuas foram descritas através de medidas de tendência central, ou seja, média, e medidas de dispersão como o desvio padrão.

Relativamente aos instrumentos utilizados (MHPK-10, RIBS e CAMI), para todos realizou-se o cálculo das pontuações totais, tendo sido apresentados os resultados através de medidas de tendência central (média ou mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão ou desvio interquartil). Para além disso, também obtivemos as frequências absoluta e relativa dos resultados obtidos em cada uma das questões respondidas, em cada um dos instrumentos.

Procedeu-se também ao cálculo do índice de α de *Cronbach*, em cada um dos instrumentos estudados, de forma a compreender se o resultado neste estudo é ou não semelhante aos restantes já realizados.

Por fim, foram realizados dois tipos de análises de relações entre variáveis que permitiram identificar e descrever as relações entre as variáveis sociodemográficas da amostra com o score final das três escalas utilizadas neste estudo. Inicialmente, foi testada a normalidade para cada uma das variáveis, através da utilização do teste de *Kolmogorov-Smirnov* (para $N > 50$). Sempre que se verificou a normalidade utilizamos testes paramétricos, quando este não se verificou, utilizamos testes não paramétricos.

Para comparar as médias entre a variável género e os scores totais das escalas MHPK-10/RIBS/CAMI usamos o teste *T-student*.

A relação entre estado civil e o score total do CAMI e MHPK-10 usamos o teste ANOVA para amostras independentes; já entre o estado civil e os scores totais do RIBS usamos o teste *Kruskal-wallis*.

Para determinar a correlação entre as variáveis quantitativas idade e habilitações literárias com os scores totais das escalas MHPK-10/RIBS/CAMI usamos a correlação de *Spearman* (ρ).

Estas correlações consideram-se muito fracas se apresentarem valores entre 0,00-0,10, consideram-se fracas se os valores se apresentarem entre de 0,11-0,39, moderadas se forem entre 0,40-0,69, fortes entre 0,70-0,89 e uma correlação muito forte se os valores se compreenderem entre 0,90-1,00⁽⁶²⁾.

3. Resultados

3.1. Caracterização da amostra

Como forma de caracterizar a amostra em estudo, procedeu-se à recolha dos dados sociodemográficos de todos os participantes, que constam nas tabelas 1.

A amostra é constituída por 58 profissionais ligados à prestação de cuidados a pessoas com DM, de entidades públicas, sendo que 53 (91,4%) eram do sexo feminino e 5 (8,6%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e os 74 anos, obtendo-se uma média de idades de 38,79.

No que diz respeito ao estado civil, metade das respostas dos participantes diz respeito ao “casado/a” (50,0%), sendo a opção “divorciado” a que obteve menor percentagem de resposta (13,8%).

Em termos das habilitações académicas, os valores mais elevados correspondem a maior que o 9º ano e menor ou igual ao 12º ano (34,5%).

Tabela 1– Caracterização sociodemográfica da amostra segundo idade, género, estado civil e habilitações académicas.

Variável	Mínimo	Máximo	Média (± dp)	
Idade (anos)	21	74	38,79±12,839	
			FA* (n)	FR* (%)
Género		Feminino	53	91,4
		Masculino	5	8,6
Estado Civil		Solteiro/a	21	36,2
		Casado/a	29	50,0
		Divorciado	8	13,8
Habilitações académicas		≤ 9º ano	16	27,6
		> 9º ano e ≤ 12º ano	20	34,5
		Licenciatura	16	27,6
		Mestrado	6	10,3

*FA= frequência absoluta; FR= frequência relativa

No que diz respeito ao contacto que os profissionais têm com pessoas com doença mental, 34 (58,6%) afirmaram não ter familiares com doença mental e 24 (41,4%) dos participantes afirmaram ter familiares com doença mental, sendo que 41,6% desses familiares são os pais dos participantes. Relativamente à regularidade do contacto com esses familiares, 37,5% dos profissionais mantém contacto diário, 29,1% ocasionalmente, 25,0% semanalmente e 4,2% indicou ter contacto mensalmente ou até mesmo nenhum.

Tabela 2- Contacto dos profissionais ligados à área da DM e sua regularidade com um familiar com doença mental.

Variável		FA* (n)	FR* (%)
Tem algum familiar com doença mental?	Sim	24	41,4
	Não	34	58,6
Se respondeu "Sim", quem?	Pais	10	41,6
	Filhos/as	1	4,2
	Irmãos	1	4,2
	Primos/as	3	12,5
	Sogro/a	2	8,3
	Avós	5	20,8
	Tio/a	1	4,2
	Outros familiares	1	4,2
Se respondeu afirmativamente, com que regularidade contacta com essa(s) pessoa(s)?	Diariamente	9	37,5
	Semanalmente	6	25,0
	Mensalmente	1	4,2
	Ocasionalmente	7	29,1
	Nunca	1	4,2

*FA= frequência absoluta; FR= frequência relativa

Para além do contacto com os familiares, os participantes foram questionados se conheciam alguém fora do seu núcleo familiar, com doença mental, ao que 9 (15,5%) respondeu não e 49 (84,5%) respondeu ter conhecimento, sendo que 73,5% respondeu ser alguém "conhecido" e 20,4% respondeu ser um "amigo/a" com doença mental. Relativamente à regularidade de contacto

com essas pessoas, 53,1% respondeu ter contacto diariamente, 16,3% ocasionalmente, 14,3% semanalmente e mensalmente, e por último, 2,0% respondeu não manter qualquer tipo de contacto.

Tabela 3- Contacto dos profissionais ligados à área da DM e sua regularidade com um conhecido com doença mental.

Variável		FA* (n)	FR* (%)
Conhece alguém com doença mental	Sim	49	84,5
	Não	9	15,5
Se respondeu "Sim", quem?	Amigo/a	10	20,4
	Conhecido/a	36	73,5
	Colega de trabalho	2	4,1
Se respondeu afirmativamente, com que regularidade contacta com essa(s) pessoa(s)?	Vizinho/a	1	2,0
	Diariamente	26	53,1
	Semanalmente	7	14,3
	Mensalmente	7	14,3
	Ocasionalmente	8	16,3
	Nunca	1	2,0

*FA= frequência absoluta; FR= frequência relativa

3.2. Análise estatística Instrumento MHPK-10

Os resultados relativos à análise da escala Medida de Promoção do Conhecimento em Saúde Mental (MHPK-10) encontram-se posteriormente descritos, sendo apresentados em formato de tabela. Na tabela 4 é possível observar as frequências (absoluta e relativa), assim como a média e o desvio padrão para cada um dos itens do instrumento acima referido. As questões que obtiveram uma pontuação mais elevada foram as questões 3- "ter boas rotinas de sono" e 9 - "sentir que tem valor independentemente das suas conquistas", com médias de $(4,78 \pm 0,677)$ e $(4,74 \pm 0,785)$ respetivamente, sendo que a percentagem de respostas completamente corretas é de 86,2% e 84,5%. Já a questão número 4 - "tomar decisões baseadas na sua própria vontade" $(3,98 \pm 1,277)$, obteve um valor inferior ao ponto de corte.

No que concerne às pontuações totais, estas variam entre 3,00 e 5,00, obtendo uma média de 4,54. Em relação ao nível de consciência interna da escala para a população em estudo, este é de 0,79.

Tabela 4- Avaliação do nível de conhecimento dos fatores promotores da saúde mental (MHPK-10).

Itens do instrumento (MHPK-10)	Classificação das respostas						Média(± dp)
	CE	LE	NC/NE	LC	CC	NS	
	n (%)						
1.Lidar adequadamente com situações stressantes	1 (1,7%)	-----	7 (12,1%)	9 (15,5%)	41 (70,7)	-----	4,53±0,842
2.Acreditar em si mesmo	1 (1,7%)	-----	4 (6,9%)	7 (12,1%)	46 (79,3%)	-----	4,67±0,758
3.Ter boas rotinas de sono	1 (1,7%)	-----	2 (3,4%)	5 (8,6%)	50 (86,2%)	-----	4,78±0,677
4. Tomar decisões baseadas na sua própria vontade	2 (3,4%)	5 (8,6%)	10 (17,2%)	11 (19,0%)	29 (50,0%)	1 (1,7%)	3,98±1,277
5.Estabelecer limites para as suas próprias ações	-----	1 (1,7%)	6 (10,3%)	17 (29,3%)	33 (56,9%)	1 (1,7%)	4,36±0,950
6.Sentir que pertence a uma comunidade	-----	-----	4 (6,9%)	7 (12,1%)	46 (79,3)	1 (1,7%)	4,66±0,849
7.Dominar os seus pensamentos negativos	-----	-----	2 (3,4%)	12 (20,7%)	44 (75,9%)	-----	4,72±0,523
8.Definir limites sobre o que está bem para si	-----	-----	7 (12,1%)	11 (19,0%)	38 (65,5%)	2 (3,4%)	4,40±1,091
9.Sentir que tem valor independente das suas conquistas	-----	-----	2 (3,4%)	6 (10,3%)	49 (84,5%)	1 (1,7%)	4,74±0,785

10.Lidar bem com a escola	1 (1,7%)	-----	5 (8,6%)	13 (22,4%)	39 (67,2%)	-----	4,53±0,799
MHPK-10 total	Mínimo			Máximo			
	3,00			5,00			
Média do score total							4,54±0,514

CP- Completamente errada; LE- Ligeiramente errada; NC/NE- Nem correta nem errada; LC – Ligeiramente correta; CC- Completamente correta; NS- Não sei.

3.3. Análise estatística Instrumento RIBS

Os resultados da análise da Escala de Comportamento Discriminatório Perante a Doença Mental (RIBS) encontram-se posteriormente descritos, sendo apresentados também em formato de tabela. Nas tabelas 5 e 6 é possível observar as frequências (absoluta e relativa), assim como a média e o desvio padrão para cada um dos itens do instrumento acima referido.

Assim sendo, relativamente às questões relacionadas com os comportamentos passados e/ou atuais vivenciados com pessoas com doença mental, as pontuações afirmativas variaram entre os 37,9% e os 75,9%. Sendo que, a pontuação mais elevada é referente à convivência no local de trabalho e a mais baixa relativa à convivência com vizinhos com DM.

Relativamente às questões relacionadas com a convivência, no futuro, com pessoas com doença mental, é possível observar que nenhuma das questões apresentadas obteve cotação no “discordo”, “discordo plenamente” e “não sei”, sendo que a maior parte dos participantes respondeu que não concorda, nem discorda com o facto de viver (37,9%) com pessoas com doença mental, 63,8% da amostra indica que estaria disponível para trabalhar e para viver perto de alguém com doença mental, e por fim, 72,4% indica que estaria disponível para continuar a ser amigo de alguém com problemas de saúde mental.

Uma vez que não existe cotação para as primeiras 4 questões, as pontuações totais das questões de 5 a 8 variam entre 12,00 e 20,00, obtendo uma média de 17,78. Em relação ao nível de consciência interna para a população em estudo, o $\alpha=0,81$.

Tabela 5- Avaliação do comportamento discriminatório perante a doença mental face à experiência já vivida com pessoas com doença mental (RIBS).

Subescala1- Experiência já vivida com pessoa com DM			
Itens do instrumento (RIBS) (Questões 1-4)	Sim	Não	Não sei
1. Atualmente vive, ou alguma vez viveu, com alguém com problemas de saúde mental?	26 (44,8%)	30 (51,7%)	2 (3,4%)
2. Atualmente trabalha, ou alguma vez trabalhou, com alguém com problemas de saúde mental?	44 (75,9%)	13 (22,4%)	1 (1,7%)
3. Atualmente tem um vizinho, ou alguma vez teve, com problemas de saúde mental?	22 (37,9%)	29 (50,0%)	7 (12,1%)
4. Atualmente tem um amigo, ou alguma vez teve, com problemas de saúde mental?	32 (55,2%)	26 (44,8%)	----

Tabela 6 – Avaliação do comportamento discriminatório perante a doença mental face às perspetivas em relação ao futuro (RIBS).

Subescala2- Experiência futura com pessoa com DM							
Itens do instrumento (RIBS) (Questões 5-8)	Grau de concordância						
	CP	C	NC/ND n (%)	D	DP	NS	Média± dp
5.No futuro, eu estaria disponível para viver com alguém com problemas de saúde mental.	21 (36,2%)	15 (25,9%)	22 (37,9%)	---	----	---	3,98±0,87
6.No futuro, eu estaria disponível para trabalhar com alguém com problemas de saúde mental.	37 (63,8%)	14 (21,1%)	7 (12,1%)	---	----	---	4,52±0,70
7.No futuro, eu estaria disponível para viver perto de alguém com	37 (63,8%)	17 (29,3%)	4 (6,9%)			---	4,57±0,62

problemas de saúde mental.					
8.No futuro, eu estaria disponível para continuar a ser amigo de alguém que desenvolva um problema de saúde mental.	42 (72,4%)	15 (25,9%)	1 (1,7%)	---	4,71±0,50
RIBS total (questões 5-8)	Mínimo		Máximo		
	12,00		20,00		
Média score total	17,78±2,20				

CP= concordo plenamente; C= concordo; NC/ND= não concordo, nem discordo; D= discordo; DP= discordo plenamente; NS= não sei

3.4. Análise estatística Instrumento CAMI

No que concerne aos resultados relativos ao Questionário da Comunidade em relação às Pessoas com Doença Mental, estes encontram-se apresentados na tabela 7, onde é possível observar as frequências (absoluta e relativa), assim como a média e o desvio padrão para cada um dos itens do CAMI. As questões que obtiveram uma pontuação mais elevada foram as questões 11- "pessoas com doença mental não merecem a nossa simpatia" e 13- "o aumento dos gastos nos serviços de saúde mental são um desperdício de dinheiro" (4,95±0,22), sendo que 94,8% da amostra respondeu "discordo fortemente". Foi ainda calculada a média de todas as questões, variando assim entre 1,62 e 4,95.

Tabela 7 – Atitudes dos profissionais ligados à área da doença mental em relação às pessoas com doença mental.

Itens do instrumento (CAMI)	CF	CL	NC/ND	DL	DF	Média ± dp
1.Uma das maiores causas da doença mental é a falta de autodisciplina e força de vontade	2 (3,4%)	12 (20,7%)	7 (12,1%)	11 (19,0%)	26 (44,8)	3,81±1,30
2.Existe algo nas pessoas com doença mental, que as permite facilmente distinguir das outras pessoas.	8 (13,8%)	16 (27,6%)	10 (17,2%)	8 (13,8%)	16 (27,6%)	3,14±1,44
3.Assim que uma pessoa mostre sinais de perturbação mental deve ser hospitalizada.	2 (3,4%)	1 (1,7%)	7 (12,1%)	19 (32,8%)	29 (50,0%)	4,24±0,98
4.A doença mental é uma doença como qualquer outra.	15 (25,9%)	8 (13,8%)	10 (17,2%)	6 (10,3%)	19 (32,8%)	3,10±1,62
5.Deve dar-se menos ênfase à proteção da população em relação às pessoas com doença mental.	26 (44,8)	11 (19,0%)	13 (22,4%)	4 (6,9%)	4 (6,9%)	2,12±1,26
6.Os hospitais psiquiátricos são um meio desatualizado no tratamento de pessoas com doença mental.	12 (20,7%)	14 (21,1%)	15 (25,9%)	11 (19,0%)	6 (10,3%)	2,74±1,28
7.Praticamente, qualquer pessoa pode tornar-se mentalmente doente.	1 (1,7%)	3 (5,2%)	3 (5,2%)	9 (15,5%)	42 (72,4%)	4,52±0,94
8.Pessoas com doença mental têm sido ridicularizadas durante muito tempo.	----	1 (1,7%)	7 (12,1%)	22 (37,9%)	28 (48,3%)	4,33±0,76
9.Precisamos de adotar uma postura muito mais tolerante em relação às pessoas com doença mental na nossa sociedade.	----	----	4 (6,9%)	10 (17,2%)	44 (75,9%)	4,69±0,60
10.Temos a responsabilidade de fornecer os melhores cuidados possíveis a pessoas com doença mental.	----	-----	3 (5,2%)	8 (13,8%)	47 (81,0%)	4,76±0,54
11. Pessoas com doença mental não merecem a nossa simpatia.	----	-----	---	3 (5,2%)	55 (94,8%)	4,95±0,22
12. Pessoas com doença mental são um peso na sociedade.	1 (1,7%)	5 (8,6%)	4 (6,9%)	3 (5,2%)	45 (77,6%)	4,48±1,06
13.O aumento dos gastos nos serviços de saúde mental são um desperdício de dinheiro.	----	----	----	3 (5,2%)	55 (94,8%)	4,95±0,22
14.Já existem serviços suficientes para pessoas com doença mental.	1 (1,7%)	1 (1,7%)	5 (8,6%)	10 (17,2%)	41 (70,7%)	4,53±0,86
15.Não se deve dar qualquer responsabilidade às pessoas com doença mental.	1 (1,7%)	4 (6,9%)	8 (13,8%)	17 (29,3%)	28 (48,3%)	4,16±1,02
16.Uma mulher seria doida se casasse com um homem que tivesse doença mental, mesmo que parecesse totalmente recuperado.	-----	-----	20 (34,5%)	7 (12,1%)	31 (53,4)	4,19±0,93
17.Eu não gostaria de viver ao lado de alguém que tivesse doença mental.	-----	2 (3,4%)	8 (13,8%)	12 (20,7%)	36 (62,1%)	4,41±0,86
18.Qualquer pessoa com histórico de problemas mentais deve ser excluída de assumir cargos públicos.	----	4 (6,9%)	20 (34,5%)	9 (15,5%)	25 (43,1%)	3,95±1,03
19.Ninguém tem o direito de excluir pessoas com doença mental da sua vizinhança.	2 (3,4%)	1 (1,7%)	1 (1,7%)	5 (8,6%)	49 (84,5%)	4,69±0,83
20.Pessoas com doença mental são muito menos perigosas do que a maioria das pessoas pensa.	3 (5,2%)	11 (19,0%)	18 (31,0%)	9 (15,5%)	17 (29,3%)	3,45±1,25
21.A maioria das mulheres que já foram utentes em hospitais psiquiátricos podem ser confiáveis como amas.	6 (10,3%)	3 (5,2%)	16 (27,6%)	16 (27,6%)	17 (29,3%)	3,60±1,26
22.A melhor terapia para muitas pessoas com doença mental é fazer parte de uma comunidade normal.	-----	2 (3,4%)	4 (6,9%)	15 (25,9%)	37 (63,8)	4,50±0,78
23.Os serviços de saúde mental devem ser prestados, tanto quanto possível, através de instalações comunitárias.	3 (5,2%)	1 (1,7%)	14 (24,1%)	15 (25,9%)	25 (43,1%)	4,00±1,11
24.Os moradores não devem temer pessoas que entrem na sua vizinhança para obterem serviços de saúde mental.	5 (8,6%)	3 (5,2%)	5 (8,6%)	17 (29,3%)	28 (48,3%)	4,03±1,26
25.Pensar em pessoas com problemas mentais que vivem em residências comunitárias é assustador.	1 (1,7%)	7 (12,1%)	7 (12,1%)	13 (22,4%)	30 (51,7%)	4,10±1,36

A estatística descritiva dos 2 fatores (preconceito e exclusão, e tolerância e apoio na comunidade) está descrita na tabela 8, onde o preconceito e exclusão obteve um valor médio de 55,00±6,76 e a tolerância e apoio na comunidade um valor de 48,71±5,33.

Tabela 8- Estatísticas descritivas dos 2 fatores: preconceitos e exclusão social e tolerância e apoio na comunidade

	Mínimo	Máximo	Média±dp
Preconceito e exclusão social	35,00	65,00	55,00±6,76
Tolerância e apoio na comunidade	33,00	58,00	48,71±5,33

No que concerne às pontuações totais, estas variam entre 88,00 e 133,00, tendo-se obtido uma média total de 112,10. Este instrumento, apresenta consciência interna para a população em estudo com α de Cronbach do preconceito e exclusão de 0,77 e da tolerância e apoio na comunidade de 0,64.

Tabela 9- Pontuação total CAMI

CAMI	Mínimo	Máximo
Total	88,00	133,00
Média (± dp)	112,10±10,62	
Índice de Cronbach subescalas	Preconceito e exclusão social	Tolerância e apoio na comunidade
	0,77	0,64

3.5. **Análise comparativa das variáveis sociodemográficas com as escalas MHPK-10, RIBS e CAMI**

Na tabela 10 podemos verificar que relativamente ao nível de conhecimento dos fatores promotores da saúde mental (MHPK-10), verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre géneros, sendo que o género feminino apresenta maior nível de conhecimento relativamente ao masculino (4,5±0,65 vs 4,1±0,34; p=0,036). Quanto ao estado civil não se verificam diferenças estatisticamente significativas ao nível dos conhecimentos em saúde mental (p>0,05).

Relativamente ao comportamento discriminatório perante a doença mental (RIBS), não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género e estado civil.

Quanto às atitudes da comunidade em relação às pessoas com doença mental (CAMI), verifica-se que o estado civil apresenta diferenças estatisticamente significativas entre grupos ($p=0,023$), sendo esta diferença significativa entre os solteiros e os divorciados ($116,6\pm 2,34$ vs $105,6\pm 3,02$; $p=0,023$) o que significa que os solteiros apresentam menos atitudes estigmatizantes.

Tabela 10- Relação entre variáveis sociodemográficas dos profissionais ligados à área da doença mental (género e estado civil) e conhecimentos sobre fatores promotores de saúde mental (MHPK-10), comportamentos discriminatórios perante a doença mental (RIBS) e atitudes em relação a pessoas com doença mental (CAMI).

Variável		Score MHPK-10		Score RIBS		Score CAMI	
		$\bar{x}\pm dp$	Valor p	$\bar{x}\pm dp/med(di) \text{ ‡}$	Valor p	$\bar{x}\pm dp$	Valor p
Género	Feminino	4,5±0,65*	0,036	17,7±2,25*	0,657	111,1±11,01*	0,846
	Masculino	4,1±0,34*		18,2±1,79*		113,4±5,55*	
Estado Civil	Solteiro	4,6±0,50**	0,559	18,0(4,00) ‡	0,953	116,6±2,34**	0,023
	Casado	4,6±0,53**		18,0(4,00) ‡		110,6±1,86**	
	Divorciado	4,4±0,54**		18,0(3,75) ‡		105,6±3,02**	

*Teste T-Student; **ANOVA; ‡Teste Kruskal-Wallis; \bar{x} = média; dp = desvio padrão, med= mediana, di= desvio interquartil

Relativamente à correlação entre as variáveis idade e habilitações académicas com o score total de conhecimento em saúde mental (MHPK-10), podemos observar que não se verificam correlações entre a idade e as habilitações académicas.

Quanto aos comportamentos discriminatórios perante a doença mental (RIBS), apenas se verifica correlação positiva com as habilitações académicas, sendo esta correlação fraca e significativa ($r=0,274$; $p=0,0037$).

Relativamente às atitudes da comunidade em relação a pessoas com doença mental (CAMI), verifica-se uma correlação moderada e negativa com a idade ($r=-0,416$; $p=0,001$) o que significa que à medida que a idade aumenta, a atitude discriminatória face a doença mental diminui. Quanto às habilitações académicas, existe também uma correlação moderada e positiva ($r=0,531$; $p<0,001$), ou seja, quanto maior as habilitações académicas, melhor as atitudes face à doença mental (tabela 11).

Tabela 11- Correlação entre variáveis sociodemográficas dos profissionais ligados à área da doença mental (idade e habilitações académicas) e conhecimentos sobre fatores promotores de saúde mental (MHPK-10); comportamentos discriminatórios perante a doença mental (RIBS) e atitudes em relação a pessoas com doença mental (CAMI)

Variáveis	MHPK-10		RIBS		CAMI	
	r	p	r	p	r	p
Idade	0,072	0,589	-0,134	0,316	-0,416	0,001
Habilitações académicas	0,147	0,271	0,274	0,037	0,531	<0,001

4. Discussão

O presente estudo tem como objetivo avaliar os níveis de conhecimento relacionados com a SM e os comportamentos e atitudes discriminatórias, dos profissionais de diferentes instituições da Póvoa de Varzim face à pessoa com DM, bem como determinar as relações com algumas variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil e habilitações académicas). Para isso, utilizou-se três escalas, duas que avaliam o estigma relativamente à doença mental (RIBS e CAMI) e uma que avalia a literacia em saúde mental (MHPK-10). Mais ainda, explorou-se a relação das pontuações totais de cada um dos instrumentos com as características sociodemográficas da amostra em estudo.

A análise da Escala Medida de Promoção do Conhecimento em Saúde Mental (MHPK-10) permite afirmar que, no geral a amostra apresenta um elevado nível de conhecimento de fatores que promovem uma boa saúde mental uma vez que a pontuação média é superior ao ponto de corte. Para além disso, foi possível observar que os profissionais das entidades em estudo apresentam um maior nível superior de conhecimento acerca da necessidade de ter uma boa rotina de sono e do valor que as pessoas têm independentemente das suas conquistas. Estes resultados correspondem aos encontrados na literatura uma vez que, estudos realizados indicam que profissionais ligados à área da saúde mental reconhecem mais facilmente as condições ligadas à DM e, posteriormente encaminham para o médico, indicando assim que os profissionais ligados à área da saúde ou que contactam diretamente com a doença mental apresentam níveis mais elevados de LSM^(16, 22, 35-37).

De acordo com os resultados obtidos do score final escala MHPK-10 (conhecimento em SM) com a variável género, o sexo feminino apresenta um maior nível de conhecimento relativamente ao sexo masculino. Estes valores podem ser justificados por, segundo vários autores, as mulheres apresentarem uma maior probabilidade de terem mais problemas de SM relativamente aos homens que, apesar de existirem nestes últimos, as mulheres procuram mais suporte social, por exemplo grupos sociais, para desenvolverem maior consciência sobre os seus problemas, procura

de informação e de ajuda.^(30, 44, 63-68) Ainda segundo um estudo realizado por Rebelo⁽³⁰⁾ em 2020, na população portuguesa, o sexo feminino apresentaram níveis mais elevados de LSM⁽³⁰⁾.

Relativamente ao estado civil, foi possível observar que esta variável não influencia o nível de conhecimento dos profissionais em estudo relativamente à saúde mental, no entanto, o grupo dos solteiros e o grupo dos casados apresentam maior conhecimento em SM comparativamente ao grupo dos divorciados. Na literatura não existem muitos estudos que corroborem esta informação.

Quanto à análise da correlação da variável idade, observou-se que apesar de existir uma correlação forte, esta não é significativa, logo não é possível afirmar que a idade influencia o conhecimento em SM. Segundo alguns autores, à medida que a idade vai aumentando, os níveis de conhecimento relativamente à SM vão diminuindo, ou seja, segundo os autores, os jovens apresentam um nível de conhecimento mais elevado do que as pessoas idosas⁽⁶⁹⁻⁷¹⁾.

Por último, foi possível observar que não se verificou correlação entre as habilitações académicas e o score final do MHPK-10, ou seja, o aumento do conhecimento é independente da escolaridade dos participantes. No entanto, existem estudos que indicam que o grau académico influencia o conhecimento, assim sendo, quanto maior for o grau académico, maior será o conhecimento^(63, 70). Dado que a nossa amostra é composta por profissionais ligados à área da saúde/doença mental, é normal que não existam diferenças significativas nos valores obtidos, pois, segundo Tonsing⁽³⁶⁾, Almeida e colaboradores⁽³⁵⁾, e Gonçalves e colaboradores⁽³⁷⁾, pessoas que contactam diariamente com a DM, têm um maior nível de conhecimento comparativamente à sociedade em geral⁽³⁵⁻³⁷⁾.

Através da aplicação da Escala de Comportamento Discriminatório Perante a Doença Mental (RIBS), o nível de estigma e de discriminação dos participantes perante problemas de saúde mental foram analisados através da recolha dos comportamentos passados, presentes e futuros em relação a pessoas com DM. Através dos resultados obtidos foi possível observar que, em média, os profissionais do estudo apresentam um nível elevado de comportamentos positivos em relação às pessoas com DM. Embora o contacto com a DM seja mais frequente no local de trabalho, os resultados apontam que a familiaridade que os profissionais em estudo têm com a DM ultrapassa o local de trabalho já que atualmente ou no passado tiveram amigos com DM, vivem ou viveram e têm ou tiveram vizinhos com DM. A maior parte dos participantes estaria disponível em conviver com pessoas com DM, em quase todos os domínios analisados, “continuar a ser amigo de alguém com”, “trabalhar com” e “viver perto de alguém com”, apresentando assim comportamentos positivos, ou seja, menor o comportamento estigmatizante face às pessoas com DM. Apesar de a amostra não estar relacionada com os profissionais ligados à área da saúde mental, um estudo realizado por Almeida⁽⁷²⁾ em 2021, na população portuguesa, afirma que a população em estudo da Área Metropolitana do Porto também estaria disponível a conviver com a DM em quase todos os

domínios, sendo que o que se destaca é “continuar a ser amigo de alguém com” e a que tem menos destaque é “viver com alguém com DM”, tal como no nosso estudo⁽⁷²⁾.

No que concerne aos resultados da escala RIBS com as variáveis sociodemográficas, foi possível concluir que o género e o estado civil não têm influência nos comportamentos discriminatórios. Como 91,4% da amostra é do sexo feminino, este valor pode ter influenciado os resultados. Apesar de existirem muitos estudos que analisam os efeitos discriminatórios em jovens, poucos são os que se focam na população adulta, no entanto, segundo Ndeti e colaboradores⁽⁷³⁾, adolescentes e adultos do sexo masculino tendem a manter mais atitudes estigmatizantes do que o sexo feminino⁽⁷³⁾.

Relativamente à correlação entre o score final do RIBS e a variável idade, foi possível observar que existe uma correlação negativa, no entanto como não é significativa, os comportamentos discriminatórios não estão dependentes desta variável. A literatura apresenta resultados mistos relativamente a esta correlação, pois alguns autores defendem que os comportamentos discriminatórios são mais evidentes em profissionais mais velhos ligados à área da saúde⁽⁷⁴⁻⁷⁷⁾, outros relatam o oposto^(74, 78, 79). Ainda outros estudos realizados por Monteiro e colaboradores⁽⁶⁾ e Querido e colaboradores⁽¹⁶⁾, em crianças e jovens indicam que quanto maior for o conhecimento acerca da doença mental, menor será o comportamento estigmatizante, ou seja, se for realizada uma intervenção precoce nas escolas, o conhecimento acerca das “diferenças” entre as pessoas será maior e assim diminuir o estigma face às pessoas com DM^(6,16, 80).

No que diz respeito às habilitações académicas, observa-se que existe uma correlação positiva com o score do comportamento discriminatório que embora seja fraca indica que à medida que as habilitações aumentam, aumentam o score do comportamento discriminatório. Os estudos realizados por Caldwell e Jorm⁽⁸¹⁾, Grausgruber e colaboradores⁽⁸²⁾ e Stuber e colaboradores⁽⁸³⁾ vão de encontro aos resultados deste estudo, uma vez que mostraram que existe uma correlação positiva entre as habilitações académicas e o comportamento estigmatizante^(18,81-83). Outro estudo, realizado por Pavon e Vaes⁽⁸⁴⁾ em 2017 relatou uma correlação negativa^(18,84).

Foi ainda possível avaliar o estigma dos profissionais em estudo face às pessoas com DM através do Questionário de Atitudes da Comunidade em relação às Pessoas com Doença Mental (CAMI). Os dados obtidos nesta escala permitem afirmar que, no geral, os participantes apresentam poucas atitudes estigmatizantes em relação a pessoas com doença mental. Relativamente às subescalas podemos concluir que tanto a “preconceitos e exclusão social”, como a “tolerância e apoio na comunidade” apresentam valores elevados, sendo que o valor mais elevado corresponde à primeira subescala, o que vai de encontro ao artigo de validação do instrumento para a versão portuguesa⁽⁵⁶⁾, significando assim que existem valores baixos de preconceito e exclusão relativamente às pessoas com problemas de SM.

Por último, foi possível analisar o score final da escala CAMI com as variáveis sociodemográficas em estudo. Relativamente à variável estado civil observou-se que existiu diferença entre os solteiros e os divorciados, ou seja, podemos dizer que os solteiros apresentam menos atitudes estigmatizantes que os divorciados.

No que diz respeito à variável género, foi possível observar que não existiu influência nas atitudes estigmatizantes face a pessoas com DM. No entanto, estudos realizados por São João e colaboradores⁽²⁾ e Oliveira e colaboradores⁽⁸⁵⁾ defendem que o sexo masculino apresenta atitudes mais autotitárias e menos benevolentes relativamente às pessoas com DM^(2,85,86).

Quando se realizou a correlação entre a idade e o score obtido no instrumento CAMI, observou-se que existe uma correlação negativa, o que significa que à medida que a idade aumenta, as atitudes discriminatórias diminuem. Tal como referido no instrumento anterior, existem autores que defendem que o estigma é maior em profissionais mais velhos ligados à área da saúde⁽⁷⁴⁻⁷⁷⁾, no entanto existem outros que relatam o oposto^(74,78,79).

Quanto às habilitações académicas, existe uma correlação moderada, sendo que quanto maior for o grau académico, melhor serão as atitudes face à doença mental. Apesar de existirem poucos estudos que relacionem o grau académico com as atitudes discriminatórias face à doença mental, vários autores estudam esta relação em estudantes de licenciatura ligados à área da saúde, podendo assim concluir-se que no início do curso estes estudantes apresentam mais atitudes estigmatizantes do que no final do curso, o que nos leva a concluir que à medida que o grau académico aumenta, menos atitudes estigmatizantes existirão perante as pessoas com DM^(26,87-89), o que vai de encontro aos resultados no nosso estudo. Segundo o estudo realizado por Lien e colaboradores⁽¹⁷⁾, as atitudes dos profissionais de saúde em relação à doença mental tornaram-se cada vez mais positivas ao longo do tempo de estudo e trabalho na área⁽¹⁷⁾.

Segundo estas duas últimas escalas, os profissionais ligados à área da SM apresentam baixos níveis de estigma e discriminação relativamente às pessoas com DM, no entanto, na literatura podemos encontrar resultados mistos. Segundo os estudos mais recentes, na generalidade, os profissionais ligados à área da saúde não apresentam atitudes estigmatizantes relativamente à DM^(19,90), sendo uma mais-valia para a procura de ajuda comparativamente à sociedade em geral e defendem que ter contacto com pessoas com DM, através de estágios realizados nessa área, surte efeitos positivos na redução do estigma em relação à psiquiatria e às doenças mentais⁽²³⁻²⁶⁾. No entanto, outros autores, como Schulze⁽³⁸⁾, Valery⁽¹⁸⁾ e Gonçalves⁽³⁷⁾, muitos profissionais que trabalham em serviços de saúde mental e física, são uma importante fonte de estigma e discriminação, apresentando crenças e atitudes estigmatizantes iguais ou superiores à população em geral^(18,37,38). Ainda existem outros estudos que indicam que o estigma relacionado

à DM no sistema de saúde e entre os profissionais de saúde tem vindo a ser identificado como uma grande barreira ao tratamento e recuperação^(18, 19, 38, 39, 56, 91, 92).

Por fim, ao longo da realização deste estudo, foram identificadas algumas limitações. Uma destas limitações diz respeito à reduzida dimensão da amostra, não permitindo assim representar a totalidade de profissionais de entidades públicas do concelho da Póvoa de Varzim. Outra das limitações prende-se à homogeneidade da amostra, uma vez que mais de metade da nossa amostra é do sexo feminino. Ainda aponto como limitação o facto de ter sido utilizado um instrumento (RIBS) que analisa a familiaridade com a DM em vários contextos (“viver com”, “ser amigo de alguém com” e “ter um vizinho com”) e não apenas no local de trabalho, podendo assim ter interferido nos resultados obtidos.

Posto isto, sugere-se que continuem a existir estudos futuros relacionados com esta temática, pois a realização de pesquisas adicionais são necessárias para que estes tópicos possam continuar a ter atenção nas organizações, na comunidade em geral e nos profissionais que lidam diariamente com a DM. Seria também uma mais valia aumentar o número da amostra de forma a torná-la mais extensa e homogénea, abrangendo mais instituições deste concelho e/ou de outros concelhos. Ainda acrescento a importância de realizar mais estudos com recurso a outros instrumentos/escalas que avaliem apenas a familiaridade e o contacto com a DM em contexto de trabalho.

5. Conclusão

Tal como referido anteriormente, o presente estudo pretende avaliar os conhecimentos relacionados com a SM e os comportamentos e atitudes discriminatórias face à pessoa com DM, nos prestadores de cuidados das entidades participantes do concelho da Póvoa de Varzim, bem como determinar as relações com algumas variáveis sociodemográficas.

Através do estudo realizado, foi possível concluir que a população em estudo apresenta um nível de conhecimento elevado, no entanto, a promoção da LS e da LSM, junto dos profissionais, comunidade e das organizações deve continuar a existir uma vez que contribui como uma importante oportunidade e desafio de saúde pública, ajudando na prevenção de doenças e na promoção de saúde^(1, 32, 34, 35).

Foi possível ainda aferir que a maior parte dos profissionais que trabalham em entidades públicas do concelho da Póvoa de Varzim apresentam comportamentos e atitudes positivas em relação a pessoas com DM, ou seja, apresentam um nível de estigma baixo. Como já referido, o estigma relacionado à DM no sistema de saúde e entre os profissionais de saúde tem vindo a ser identificado como uma das principais barreiras ao tratamento e recuperação. No entanto, apesar de no nosso estudo os profissionais apresentarem elevados níveis de LSM e baixos níveis de estigma

face às pessoas com DM, é de ressaltar o resultado apresentado na correlação entre a escala RIBS e a variável sociodemográfica habilitações académicas, onde foi possível observar que quanto maior for o grau académico, maior é o comportamento discriminatório face a pessoas com DM. Seria importante refletir nestes resultados e tentar compreender porque acontece e que estratégias podem ser aplicadas para diminuir o estigma.

Assim sendo, seria benéfico em estudos futuros realizar um levantamento das necessidades de aumentar a formação dos profissionais para que se continue a obter bons resultados, pois, para o concelho da Póvoa de Varzim seria uma mais valia aumentar a formação e assim os profissionais teriam maior literacia e menor estigma, o que facilitaria e melhoraria o tratamento e os cuidados prestados às pessoas com DM.

Neste estudo também foi possível observar que alguns fatores sociodemográficos como o estado civil, as habilitações académicas e a idade podem influenciar as atitudes e comportamentos dos profissionais face a pessoas com doença mental e o conhecimento relativamente à saúde mental. Assim sendo, estratégias de promoção da literacia em saúde mental também devem ser estudadas tendo em conta várias variáveis sociodemográficas.

Em suma, é importante salientar a importância do papel dos profissionais ligados à SM para a promoção da LSM, para a diminuição do estigma e para a inclusão das pessoas com DM na sociedade, promovendo assim um aumento da qualidade de vida destes indivíduos na comunidade onde vivem.

Referências Bibliográficas

1. Organization WH. Relatório Mundial de saúde: Organização Mundial de Saúde; 2001.
2. São João R, Coelho T, Ferreira C, Castelo A, Massano MT. Estigma na doença mental: estudo observacional e piloto em Portugal. *Revista da UIIPS*. 2017;5(2):171-85.
3. Santos LMPd. Literacia em Saúde Mental–Esquizofrenia 2021.
4. Palha J, Palha F. Perspetiva sobre a Saúde Mental em Portugal: Perspective on Mental Health in Portugal. *Gazeta Médica*. 2016.
5. Fonseca ART. O Poder de Uma Boa Ação: O Impacto de Uma Intervenção no Combate ao Estigma Face à Doença Mental em Alunos do 1º Ciclo: Instituto Politecnico do Porto (Portugal); 2018.
6. Monteiro AP, Lopes AS, Madeira HT, Seco JM. Desigual (mente)–Projecto de intervenção de redução do estigma face à doença mental em crianças do ensino básico. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2012;1(1):63-71.
7. Morgan AJ, Reavley NJ, Ross A, San Too L, Jorm AF. Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*. 2018;103:120-33.
8. Michaels PJ, Álvarez ML, Rüsçh N, Corrigan PW. Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, society & education*. 2012;4(2):183-94.
9. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Research*. 2016;243:469-94.
10. Wu IH, Bathje GJ, Kalibatseva Z, Sung D, Leong FT, Collins-Eaglin J. Stigma, mental health, and counseling service use: A person-centered approach to mental health stigma profiles. *Psychological services*. 2017;14(4):490.
11. Gonçalves M, Moleiro C. Resultados de um programa piloto de desestigmatização da saúde mental juvenil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2016;34(3):276-82.
12. Bravo-Mehmedbašić A, Kučukalić S. Stigma of psychiatric diseases and psychiatry. *Psychiatria Danubina*. 2017;29(suppl. 5):877-9.
13. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsçh N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric services*. 2012;63(10):963-73.
14. Barrantes FJ, Violante C, Graça L, Amorim I. 4 PROGRAMA DE LUTA CONTRA O ESTIGMA: RESULTADOS OBTIDOS NA FORMAÇÃO NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Spe 5)*. 2017;19:24.
15. Kenny A, Bizumic B, Griffiths KM. The Prejudice towards People with Mental Illness (PPMI) scale: structure and validity. *BMC psychiatry*. 2018;18(1):1-13.

16. Querido AIF, Tomás CC, Carvalho DRSD, Gomes JMF, Cordeiro MSS. Impact of an intervention on stigma in mental health and intergroup anxiety. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2020;33.
17. Lien Y-Y, Lin H-S, Tsai C-H, Lien Y-J, Wu T-T. Changes in attitudes toward mental illness in healthcare professionals and students. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(23):4655.
18. Valery K-M, Prouteau A. Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Research*. 2020;290:113068.
19. Olmo-Romero D, González-Blanco M, Sarró S, Grácio J, Martín-Carrasco M, Martínez-Cabezón AC, et al. Mental health professionals' attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTER NOS study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2019;269(3):325-39.
20. Ibrahim N, Amit N, Shahar S, Wee L-H, Ismail R, Khairuddin R, et al. Do depression literacy, mental illness beliefs and stigma influence mental health help-seeking attitude? A cross-sectional study of secondary school and university students from B40 households in Malaysia. *BMC public health*. 2019;19(4):1-8.
21. Corrigan PW, Rüsç N, Scior K. Adapting disclosure programs to reduce the stigma of mental illness. *Am Psychiatric Assoc*; 2018.
22. Vaz CMR. Determinantes de literacia em saúde mental 2019.
23. Pinto IC, Bernardo M, Sousa S, Curral R. Evaluation of mental health stigma on medical education: an observational study with Portuguese medical students. *Porto Biomedical Journal*. 2020;5(4).
24. Economou M, Kontoangelos K, Peppou LE, Arvaniti A, Samakouri M, Douzenis A, et al. Medical students' attitudes to mental illnesses and to psychiatry before and after the psychiatric clerkship: training in a specialty and a general hospital. *Psychiatry research*. 2017;258:108-15.
25. Wang P-W, Ko C-H, Chen C-S, Yang Y-HC, Lin H-C, Cheng C-C, et al. Changes of explicit and implicit stigma in medical students during psychiatric clerkship. *Academic Psychiatry*. 2016;40(2):224-8.
26. Sandhu HS, Arora A, Brasch J, Streiner DL. Mental health stigma: explicit and implicit attitudes of Canadian undergraduate students, medical school students, and psychiatrists. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2019;64(3):209-17.
27. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia bulletin*. 2004;30(3):481-91.

28. Cheng HL, Wang C, McDermott RC, Kridel M, Rislin JL. Self-stigma, mental health literacy, and attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling & Development*. 2018;96(1):64-74.
29. Rocha IM. Questionário de literacia em saúde mental: LSMQ: versão jovem-adulto: um estudo multicultural entre Portugal e a Tailândia 2020.
30. Rebelo AERS. Questionário de literacia em saúde mental (LSMq) versão jovem adulto: um estudo multicultural entre Portugal e os EUA 2020.
31. Nobre J, Oliveira P, Sequeira C, Ferré-Grau C, editors. *Literacia e saúde Mental nos Adolescentes. I Encontro Internacional de Literacia e Saúde Mental Positiva-Conference Proceedings; 2021: Escola Superior de Enfermagem do Porto.*
32. Lopes C, Almeida CVd. *Literacia em saúde na prática. Edições ISPA.; 2019.*
33. Galustyan A-M. *A Literacia em Saúde Mental e o Bem-Estar do Cuidador Informal de Pessoas com Doença Mental: Instituto Politecnico do Porto (Portugal); 2019.*
34. Antunes MDL, Lopes C. *Contributos da literacia em saúde para a promoção e racionalização de custos na saúde. 2018.*
35. Almeida C, Francisco R, Silva CRd, Rosado D, Miranda D, Oliveira D, et al. *Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde. 2019.*
36. Tonsing KN. A review of mental health literacy in Singapore. *Social work in health care*. 2018;57(1):27-47.
37. Gonçalves A, Cabral L, Cruz CM, Chaves C, Sequeira C, Rodrigues JF. *Literacia em saúde mental positiva nos enfermeiros de cuidados de saúde primários. 2021.*
38. Schulze B. Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International review of Psychiatry*. 2007;19(2):137-55.
39. Wahl O, Aroesty-Cohen E. Attitudes of mental health professionals about mental illness: A review of the recent literature. *Journal of community psychology*. 2010;38(1):49-62.
40. Telo de Arriaga M, dos Santos B, Silva A, Mata F, Chaves N, Freitas G. *Plano de Ação para a Literacia em Saúde. Health Literacy Action Plan Portugal. 2019.*
41. Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K. *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan: Policy Press; 2019.*
42. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*. 2020.
43. Morgado T, Loureiro L, Botelho MAR. *Intervenção psicoeducacional promotora da literacia em saúde mental de adolescentes na escola: estudo com grupos focais. Revista de Enfermagem Referência. 2021(6).*

44. Spiker DA, Hammer JH. Mental health literacy as theory: current challenges and future directions. *Journal of Mental Health*. 2019;28(3):238–42.
45. Yilmaz K. Comparison of quantitative and qualitative research traditions: Epistemological, theoretical, and methodological differences. *European journal of education*. 2013;48(2):311–25.
46. Choy LT. The strengths and weaknesses of research methodology: Comparison and complimentary between qualitative and quantitative approaches. *IOSR journal of humanities and social science*. 2014;19(4):99–104.
47. Marôco J. *Análise Estatística com o SPSS Statistics*.: 7ª edição: ReportNumber, Lda; 2018.
48. Guimarães AC, Trigueiro MJ, Coelho T, Maia I, de Almeida RS, Simões-Silva V, et al. Validação do Mental Health Promoting Knowledge Scale (MHPK-10) para a população portuguesa. *RevSALUS-Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*. 2022;4(1).
49. Bjørnsen HN, Eilertsen M, Bradley E, Ringdal R, Espnes GA, Moksnes UK. Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC public health*. 2017;17(1):1–10.
50. Pingani L, Evans-Lacko S, Luciano M, Del Vecchio V, Ferrari S, Sampogna G, et al. Psychometric validation of the Italian version of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS). *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2016;25(5):485–92.
51. Rüsçh N, Evans-Lacko SE, Henderson C, Flach C, Thornicroft G. Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatric Services*. 2011;62(6):675–8.
52. Sampogna G, Bakolis I, Evans-Lacko S, Robinson E, Thornicroft G, Henderson C. The impact of social marketing campaigns on reducing mental health stigma: Results from the 2009–2014 Time to Change programme. *European Psychiatry*. 2017;40:116–22.
53. Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia bulletin*. 1981;7(2):225–40.
54. Wolff G, Pathare S, Craig J, Leff J. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *The British Journal of Psychiatry*. 1996;168(2):191–8.
55. Hartini N, Fardana NA, Ariana AD, Wardana ND. Stigma toward people with mental health problems in Indonesia. *Psychology research and behavior management*. 2018;11:535.
56. Lopes ICP. *Validation of the Portuguese Version of Community Attitudes Towards People with Mental Illness (CAMI)*: Instituto Politecnico do Porto (Portugal); 2021.
57. Fox AB, Earnshaw VA, Taverna EC, Vogt D. Conceptualizing and measuring mental illness stigma: The mental illness stigma framework and critical review of measures. *Stigma and health*. 2018;3(4):348.

58. Ochoa S, Martínez-Zambrano F, Vila-Badia R, Arenas O, Casas-Anguera E, García-Morales E, et al. Spanish validation of the social stigma scale: Community Attitudes towards Mental Illness. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*. 2016;9(3):150-7.
59. Braga R. Ética na publicação de trabalhos científicos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2013;29(6):354-6.
60. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 2008.
61. Maroco J. *Análise estatística com utilização do SPSS2007*.
62. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretatio, *Anesthesia & Analgesia*. February; 2018.
63. Videira A. *Literacia em saúde mental na Perturbação do Espectro do Autismo 2021*.
64. Lee HY, Lee J, Kim NK. Gender differences in health literacy among Korean adults: do women have a higher level of health literacy than men? *American journal of men's health*. 2015;9(5):370-9.
65. Townsend L, Musci R, Stuart E, Heley K, Beaudry MB, Schweizer B, et al. Gender differences in depression literacy and stigma after a randomized controlled evaluation of a universal depression education program. *Journal of Adolescent Health*. 2019;64(4):472-7.
66. Martínez-Hernández A, Carceller-Maicas N, DiGiacomo SM, Ariste S. Social support and gender differences in coping with depression among emerging adults: a mixed-methods study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2016;10(1):1-11.
67. Van Droogenbroeck F, Spruyt B, Keppens G. Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BMC psychiatry*. 2018;18(1):1-9.
68. Di Tella M, Romeo A, Benfante A, Castelli L. Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2020;26(6):1583-7.
69. Vovou F, Hull L, Petrides K. Mental health literacy of ADHD, autism, schizophrenia, and bipolar disorder: a cross-cultural investigation. *Journal of Mental Health*. 2021;30(4):470-80.
70. Farrer L, Leach L, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health*. 2008;8(1):1-8.
71. Piper SE, Bailey PE, Lam LT, Kneebone II. Predictors of mental health literacy in older people. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2018;79:52-6.
72. Almeida TFS. *Characterization of discriminatory behaviors towards people with mental illness in Porto Metropolitan Area population 2021*.

73. Ndetei DM, Mutiso V, Maraj A, Anderson KK, Musyimi C, McKenzie K. Stigmatizing attitudes toward mental illness among primary school children in Kenya. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2016;51(1):73-80.
74. Almeida B, Samouco A, Grilo F, Pimenta S, Moreira AM. Prescribing stigma in mental disorders: A comparative study of Portuguese psychiatrists and general practitioners. *International Journal of Social Psychiatry*. 2022;68(4):708-17.
75. Leal VP. Estigma contra a esquizofrenia entre médicos: papel da estereotipagem negativa e periculosidade percebida. 2021.
76. Reavley NJ, Mackinnon AJ, Morgan AJ, Jorm AF. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: a comparison of Australian health professionals with the general community. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2014;48(5):433-41.
77. Vistorte AOR, Ribeiro WS, Jaen D, Jorge MR, Evans-Lacko S, Mari JdJ. Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: A systematic review. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2018;53(4):317-38.
78. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(6):467-82.
79. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Henderson S. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 1999;33(1):77-83.
80. Tomé GMQ, Matos MGd, Gomes P, Camacho INM, Gaspar T. Promoção da saúde mental nas escolas: Projeto ES´ COOL. 2017.
81. Caldwell TM, Jorm AF. Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: A comparison with the public and other healthcare professionals. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*. 2001;10(1):42-54.
82. Glausgruber A, Meise U, Katschnig H, Schöny W, Fleischhacker WW. Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: a comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;115(4):310-9.
83. Stuber JP, Rocha A, Christian A, Link BG. Conceptions of mental illness: Attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatric services*. 2014;65(4):490-7.
84. Pavon G, Vaes J. Bio-genetic vs. psycho-environmental conceptions of schizophrenia and their role in perceiving patients in human terms. *Psychosis*. 2017;9(3):245-53.
85. Oliveira S, Carolino L, Paiva A. PROGRAMA SAÚDE MENTAL SEM ESTIGMA: EFEITOS DE ESTRATÉGIAS DIRETAS E INDIRETAS NAS ATITUDES ESTIGMATIZANTES. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing/Revista Portuguesa de Enfermagem de Saude Mental*. 2012(8).

86. MÓSCA T. Atitudes da comunidade face às pessoas com doença mental: Tese de Mestrado em Psicologia Comunitária. Instituto Superior de Psicologia ...; 2008.
87. Sari SP, Yuliasuti E. Investigation of attitudes toward mental illness among nursing students in Indonesia. *International journal of nursing sciences*. 2018;5(4):414–8.
88. Abuhammad S, Hatamleh R, Howard K, Ahmad MM. Correlates and predictors of stigmatization of patients with mental illness among nursing students. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 2019;57(1):43–51.
89. Papish A, Kassam A, Modgill G, Vaz G, Zanussi L, Patten S. Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. *BMC medical education*. 2013;13(1):1–10.
90. Martins MIC. Opiniões e atitudes dos profissionais de saúde face à doença mental em diferentes serviços de um hospital 2020.
91. Mendonça LPSd. Exploring the experience of stigma in severe mental illness: a Portuguese contribution to the validation of a psychometric instrument 2014.
92. Abramenko L, Lovisi GM, Fonseca DdL, Abelha L. Atitudes dos trabalhadores de saúde mental em relação aos pacientes psiquiátricos em uma cidade do interior do Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2017;25:169–76.

6. Anexos

6.1. Anexo 1 – Questionário Sociodemográfico

Protocolo de Avaliação

Data da recolha: _____

Participante: _____

Parte I – Questionário sociodemográfico:

1. Idade: _____ anos

2. Localidade (residência): _____

3. Localidade (trabalho):

- a. Estela
- b. Laúndos
- c. Rates
- d. Balasar
- e. Aguçadoura
- f. Navais
- g. Terroso
- h. Aver-o-Mar
- i. Amorim
- j. Beiriz
- k. Argivai
- l. Póvoa de Varzim

4. Género:

Masculino

Feminino

Outro:

5. Estado civil:

Solteiro/a

Viúvo/a

Divorciado/a

Casado/a

União de facto

6. Situação laboral:

Estudante

Empregado

Trabalhador-Estudante

Reformado

Desempregado

Outro:

7. Profissão: _____

8. Habilitações académicas:

- 4^a classe
- 6^o ano
- 9^o ano
- 12^o ano
- Licenciatura
- Outro

9. Tem algum familiar com doença mental?

- Sim
- Não

10. Se respondeu sim, quem? (Se for o caso, pode assinalar mais que uma opção)

- Pais
- Irmãos
- Marido/Mulher
- Filho/as
- Outro:

11. Se respondeu afirmativamente, com que regularidade contacta com essa(s) pessoa(s)?

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensalmente
- Ocasionalmente
- Nunca

12. Conhece alguém com doença mental?

- Sim
- Não

13. Se respondeu "Sim", quem? (Se for o caso, pode assinalar mais que uma opção)

- Amigo/a
- Colega de Curso
- Colega de Trabalho
- Vizinho/a

Conhecido/a

14. Se respondeu afirmativamente, com que regularidade contacta com essa(s) pessoa(s)?

Diariamente

Ocasionalmente

Semanalmente

Nunca

Mensalmente

6.2. Anexo 2 – Escala de Conhecimento em Saúde Mental MHPK-10

Versão Portuguesa da Medida de Promoção do Conhecimento em Saúde Mental (MHPK-10)

O QUE É IMPORTANTE PARA UMA BOA SAÚDE MENTAL?

De seguida apresentam-se 10 afirmações sobre aspetos que podem ser importantes para uma boa saúde mental. Numa escala de 1 a 5, em que medida cada afirmação está correta?

	Completamente errada	Ligeiramente errada	Nem correta nem errada	Ligeiramente correta	Completamente correta	Não sei
1 Lidar adequadamente com situações stressantes						
2 Acreditar em si mesmo						
3 Ter boas rotinas de sono						
4 Tomar decisões baseadas na sua própria vontade						
5 Estabelecer limites para as suas próprias ações						
6 Sentir que pertence a uma comunidade						
7 Dominar os seus pensamentos negativos						
8 Definir limites sobre o que está bem para si						
9 Sentir que tem valor independentemente das suas						
10 Lidar bem com a escola						

Agradecemos a sua colaboração

6.3. Anexo 3 – Escala de Comportamento Discriminatório perante a Doença Mental (RIBS)

Escala de comportamento discriminatório perante a doença mental (RIBS)

Instruções: As seguintes perguntas estão relacionadas com as suas experiências e pontos de vista em relação às pessoas que têm problemas de saúde mental (por exemplo, pessoas seguidas por profissionais de saúde). Para cada questão (1-4), responda com um $\sqrt{\quad}$ em apenas uma das caixas.

	Sim	Não	Não sei
1 Atualmente vive, ou alguma vez viveu, com alguém com problemas de saúde mental?			
2 Atualmente trabalha, ou alguma vez trabalhou, com alguém com problemas de saúde mental?			
3 Atualmente tem um vizinho, ou alguma vez teve, com problemas de saúde mental?			
4 Atualmente tem um amigo, ou alguma vez teve, com problemas de saúde mental?			

Instruções: Para cada questão (5-8), responda com $\sqrt{\quad}$ em apenas uma das caixas.

	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente	Não sei
5 No futuro, eu estaria disponível para viver com alguém com problemas de saúde mental.						
6 No futuro, eu estaria disponível para trabalhar com alguém com problemas de saúde mental.						

	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente	Não sei
7 No futuro, eu estaria disponível para viver perto de alguém com problemas de saúde mental.						
8 No futuro, eu estaria disponível para continuar a ser amigo de alguém que desenvolva um problema de saúde mental.						

6.4. Anexo 4 – Questionário de Atitudes da Comunidade em relação às Pessoas com Doença Mental (CAMI)

Questionário de Atitudes da Comunidade em relação às Pessoas com Doença Mental (CAMI)

(Assinale a opção com a qual se identifica mais)

	Concordo fortemente	Concordo ligeiramente	Não concordo nem discordo	Discordo ligeiramente	Discordo fortemente
1 Uma das maiores causas da doença mental é a falta de autodisciplina e força de vontade.					
2 Existe algo nas pessoas com doença mental, que as permite facilmente distinguir das outras pessoas.					
3 Assim que uma pessoa mostre sinais de perturbação mental deve ser hospitalizada.					
4 A doença mental é uma doença como qualquer outra.					
5 Deve dar-se menos ênfase à proteção da população em relação às pessoas com doença mental.					
6 Os hospitais psiquiátricos são um meio desatualizado no tratamento de pessoas com doença mental.					
7 Praticamente, qualquer pessoa pode tornar-se mentalmente doente.					
8 Pessoas com doença mental têm sido ridicularizadas durante muito tempo.					
9 Precisamos de adotar uma postura muito mais tolerante em					

	Concordo fortemente	Concordo ligeiramente	Não concordo nem discordo	Discordo ligeiramente	Discordo fortemente
relação às pessoas com doença mental na nossa sociedade.					
10 Temos a responsabilidade de fornecer os melhores cuidados possíveis a pessoas com doença mental.					
11 Pessoas com doença mental não merecem a nossa simpatia.					
12 Pessoas com doença mental são um peso na sociedade.					
13 O aumento dos gastos nos serviços de saúde mental são um desperdício de dinheiro.					
14 Já existem serviços suficientes para pessoas com doença mental.					
15 Não se deve dar qualquer responsabilidade às pessoas com doença mental.					
16 Uma mulher seria doída se casasse com um homem que tivesse doença mental, mesmo que parecesse totalmente recuperado.					
17 Eu não gostaria de viver ao lado de alguém que tivesse doença mental.					
18 Qualquer pessoa com histórico de problemas mentais deve ser excluída de assumir cargos públicos.					
19 Ninguém tem o direito de excluir pessoas com doença mental da sua vizinhança.					

	Concordo fortemente	Concordo ligeiramente	Não concordo nem discordo	Discordo ligeiramente	Discordo fortemente
20 Pessoas com doença mental são muito menos perigosas do que a maioria das pessoas pensa.					
21 A maioria das mulheres que já foram utentes em hospitais psiquiátricos podem ser confiáveis como amas.					
22 A melhor terapia para muitas pessoas com doença mental é fazer parte de uma comunidade normal.					
23 Os serviços de saúde mental devem ser prestados, tanto quanto possível, através de instalações comunitárias.					
24 Os moradores não devem temer pessoas que entrem na sua vizinhança para obterem serviços de saúde mental.					
25 Pensar em pessoas com problemas mentais que vivem em residências comunitárias é assustador.					
26 A localização de Instalações de saúde mental em áreas residenciais desvaloriza o bairro.					
27 Pessoas com problemas de saúde mental devem ter os mesmos direitos a um emprego que qualquer outra pessoa.					