



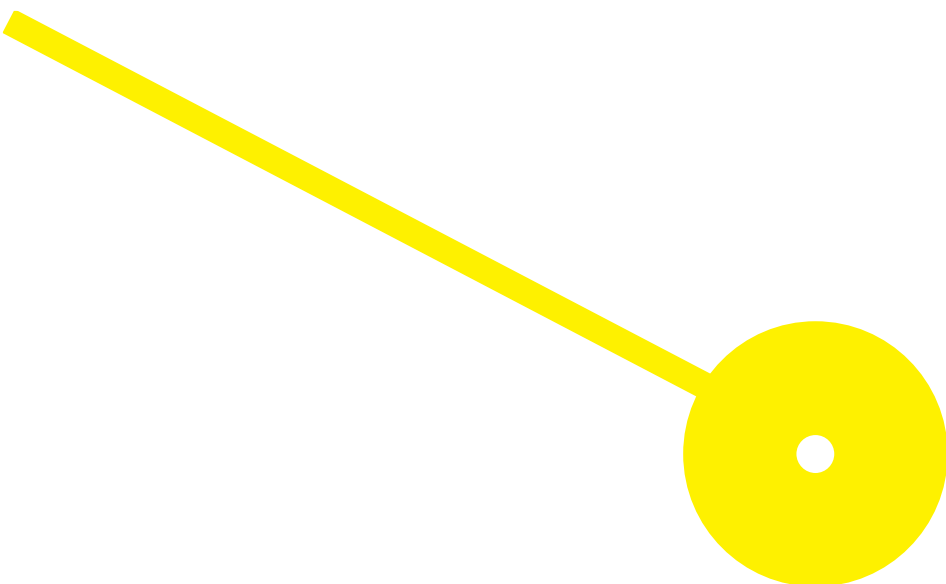
MESTRADO

MESTRADO EM TERAPIA OCUPACIONAL – OPÇÃO SAÚDE MENTAL

# Literacia em Saúde Mental - Esquizofrenia

Liliana Maria Pinto dos Santos

12/2020





**ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE**

## **Literacia em Saúde Mental – Esquizofrenia**

**Autor**

Liliana Maria Pinto dos Santos

**Orientador(es)**

Prof Doutor António José Pereira Silva Marques /orientador

Prof Doutora Raquel Simões de Almeida/co-orientadora

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

"A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do  
seu próprio conhecimento."

Platão

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho apenas foi possível com a ajuda e colaboração de algumas pessoas a quem deixo um reconhecimento especial:

Às minha amigas Catarina Oliveira e Joana Campos que sempre me ajudaram em tudo o que precisei, nunca desistiram de mim e fizeram-me sempre acreditar que era capaz;

Ao meu companheiro, aos meus pais e à minha irmã que acreditaram sempre em mim e estiveram sempre do meu lado;

Por último, aos orientadores, pois sem eles a concretização deste trabalho não seria possível.

## **Resumo**

A saúde mental está intrinsecamente ligada à qualidade de vida e à participação social. As pessoas com experiência de doença mental são alvo de estigma e discriminação, por parte da sociedade, como consequência de níveis baixos de literacia em saúde mental, prejudicando o tratamento precoce, procura de ajuda e a sua recuperação pessoal. Intervenções direcionadas para o aumento dos níveis de literacia das pessoas com doença mental permitem que o processo terapêutico seja mais eficaz. Este estudo tem como objetivo analisar o impacto de um programa *b-learning* na promoção dos níveis de literacia em saúde mental em pessoas com esquizofrenia. Englobou a realização de quatro sessões e foi aplicado numa amostra de dez participantes ( $M_{idades} \approx 44$  anos), a frequentar um centro de reabilitação psicossocial. Para avaliar o impacto do programa, utilizou-se o instrumento *Mental Health Literacy Measure*, aplicado antes e depois da participação nas sessões e um Questionário de Satisfação. Os resultados indicaram tendência de melhoria nas médias, ainda que não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas. Concluímos a necessidade de se continuar a melhorar o programa de literacia em saúde mental, de forma a se promover níveis de conhecimento mais compreensivos sobre a doença e saúde mental.

**Palavras-chave:** Literacia em Saúde Mental; Programa; Esquizofrenia; Plataforma Online

## **Abstract**

Mental health is intrinsically linked to quality of life and social participation. People with mental illness experience are a target of stigma and discrimination, by society, as a result of low levels of mental health literacy, impairing early treatment, seeking help and their personal recovery. Interventions aimed at increasing literacy levels in people with mental illness allow the therapeutic process to be more effective. This study aims to analyze the impact of a b-learning program, in promoting levels of mental health literacy in people with schizophrenia. It included four sessions and was applied to a sample of ten participants (*average age*  $\approx$  44 years old), attending a psychosocial rehabilitation center. To evaluate the impact of the program, the Mental Health Literacy Measure Instrument was used, applied before and after the participation in these sessions, and a Satisfaction Questionnaire. The results indicated an improvement in the literacy levels, although there were no significant statistic differences. It was concluded the need to continue to improve this mental health literacy program in order to promote more comprehensive levels of mental health knowledge.

**Keywords:** Mental Health Literacy; Program; Schizophrenia; Online Platform

## Índice

Introdução.....	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico.....	4
1.1.Esquizofrenia.....	4
1.2.Literacia em Saúde e Literacia em Saúde Mental.....	9
Capítulo II – Metodologia .....	19
2.1. Tipo de Estudo .....	19
2.2. Participantes.....	19
2.3.Instrumento de Avaliação.....	19
2.4.Procedimentos.....	20
Capítulo III – Resultados .....	23
3.1.Caracterização dos participantes.....	23
3.2.Resultados.....	24
3.2.1. Resultados do Questionário MHLM.....	24
3.2.2. Resultados do Questionário de Satisfação.....	27
Capítulo IV – Discussão.....	29
Conclusão.....	32
Referências Bibliográficas.....	34
Anexos.....	41
Anexo I – Versão Portuguesa da Medida de Literacia em Saúde Mental (MHLM) – Fase de validação .....	41
Anexo II – Questionário de Satisfação.....	43
Anexo III – Questionário Sóciodemográfico.....	45

## Introdução

A Saúde Mental (SM) é definida como um estado de bem-estar no qual o indivíduo compreende as suas capacidades, é capaz de lidar com situações de *stress*, consegue trabalhar de forma produtiva e contribuir para a sua comunidade. Traduz-se como um pilar para o bem-estar, que é parte integrante da saúde, sendo estes conceitos interdependentes (Kutcher, Wei, & Coniglio, 2016; OMS, 2005). Exerce, ainda, um papel fulcral no que respeita às relações interpessoais no seio familiar e na participação social e económica do indivíduo (Almeida et al., 2013).

A SM está ligada a conceitos como o bem-estar, a autonomia, a competência, a autoeficácia e a autorrealização intelectual e emocional, portanto torna-se diminutivo defini-la apenas pela ausência de problemas de foro mental. A SM e a saúde física são dependentes e indispensáveis para o bem-estar e qualidade de vida do ser humano. Com isto, para um indivíduo ser considerado saudável é necessário ter em conta a forma como pensa e lida com os problemas do seu quotidiano, bem como, estabelece as suas relações interpessoais (Quartilho, 2010; WHO, 2001).

Em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmou que uma em cada cinco pessoas poderá desenvolver em algum momento da sua vida um problema de saúde mental (WHO, 2001).

A Doença Mental (DM) surge na literatura caracterizada pelo sofrimento, incapacidade e morbilidade causada no indivíduo. O seu aparecimento pode estar relacionado com o consumo de substâncias, fatores genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais, bem como condições sociais adversas (Direcção-Geral da Saúde, 2013; Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017; WHO, 2005).

Na Europa são diagnosticadas 165 milhões de pessoas, por ano, com uma doença ou perturbação mental. Portugal ocupa o segundo lugar, dos países europeus, com a maior prevalência de doenças de foro mental (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria & Mental, 2016). Estudos epidemiológicos demonstram, consistentemente, ao longo do tempo, este predomínio de doenças mentais na população e o seu impacto na funcionalidade, bem como a falta de oportunidades de participação social que são proporcionadas às pessoas com diagnóstico de DM (Almeida et al., 2013; Morgan, Ross, & Reavley, 2018; WHO, 2001).

As pessoas diagnosticadas com doença mental têm maiores probabilidades de desenvolver problemas a nível da saúde física o que pode resultar em impactos significativos na envolvência e participação no seu meio circundante, que conduz a problemáticas como o estigma, a discriminação, o preconceito e a exclusão social (Xavier, Baptista, Mendes, Magalhães, & Caldas-de-Almeida, 2013).

A SM é uma das componentes mais importantes da saúde e a sociedade tem compreendido este facto, sendo que ao longo dos tempos tem vindo a aumentar a investigação neste âmbito (Prince et al., 2007). Apesar deste predomínio, a procura de ajuda profissional por parte das pessoas com experiência de DM é reduzida, pelo que apenas 33% da população procura apoio quando experienciam algum sintoma de DM (Almeida et al., 2013; WHO, 2001).

Um estudo conduzido pela OMS indica que mais de 450 milhões de pessoas, em todo o mundo, sofrem de várias doenças mentais, das quais 121 milhões sofrem de depressão, 24 milhões sofrem de Esquizofrenia (EZ) e mais de um milhão comete suicídio todos os anos (Lincoln & Lins, 2017; WHO, 2001). Assim sendo, os problemas de SM traduzem-se como um dos maiores desafios políticos, económicos e sociais na nossa sociedade, com a morbilidade associada a apresentar desafios e riscos específicos (WHO, 2005).

Não obstante, apesar de a DM apresentar índices baixos de mortalidade, os impactos ao nível da morbilidade, dos prejuízos ao nível do funcionamento, a falta de oportunidades e recursos comunitários e o estigma, contribuem para a diminuição da qualidade de vida e do bem-estar das pessoas com esta condição (Araújo, Godoy, & Botti, 2017; Direcção-Geral da Saúde, 2013; Lincoln & Lins, 2017). No entanto, entende-se que o diagnóstico de uma DM tem impacto no próprio, na família e até na comunidade (Almeida et al., 2013).

A baixa literacia em saúde (LS) apresenta um grande risco para as sociedades, pois está associada a: problemas de comunicação entre profissionais de saúde; incerteza sobre como ajudar os outros; aumento do estigma, relativamente, aos indivíduos/grupos com perturbação mental e diminuição da procura de ajuda (Jorm, 2000). O reconhecimento precoce das doenças mentais permite um encaminhamento adequado e uma intervenção atempada reduzindo o risco de agravamento dos sintomas, aumentando as probabilidades de recuperação pessoal e, conseqüentemente, potenciando as oportunidades de participação social e de bem-estar nos indivíduos. Portanto, torna-se fundamental dotar as pessoas com experiência de DM, com um conjunto de conhecimentos e competências que lhes permita compreender e gerir, de forma adequada e eficiente, a sua doença. Estes conhecimentos podem ser proporcionados através de programas de educação e promoção de Literacia em Saúde Mental (LSM) (Jorm, 2012; WHO, 2001).

O conceito de LSM foi originalmente introduzido por Jorm e colaboradores (1997), referindo-se aos “conhecimentos e crenças acerca das perturbações mentais que, ajudam no seu reconhecimento, gestão e prevenção”. Este conceito não se restringe apenas ao facto de receber conhecimento, mas é, também, referente ao conhecimento voltado para a ação, onde o indivíduo, através de diversas ferramentas adquiridas, é capacitado para agir de forma consciente (Jorm, 2000).

Os dois grandes entraves à promoção da LSM são a falta de conhecimentos adequados sobre questões de SM e o estigma, sendo que estes dois fatores se encontram, intrinsecamente, relacionados (Kleim et al., 2008; Quartilho et al., 2015).

O estigma remete-nos para a Grécia antiga, altura na qual se marcavam os traidores ou escravos para os identificar como sendo marginais. Esta “marca” evoluiu, tornando-se simbólica e, atualmente, existem muitas pessoas que são colocadas à margem da sociedade pelo simples facto de terem um diagnóstico de doença mental. Estas atitudes estigmatizantes face às pessoas com este diagnóstico refletem o medo

do desconhecido que existe na sociedade e a presença de crenças infundadas e vergonha sentida por ter uma DM ou por ter um familiar com esta condição (Hinshaw, 2005; Quartilho et al., 2015).

O desenvolvimento do estigma tem por base a aquisição de crenças, que têm como fundamento experiências pessoais, informações veiculadas pelos *media*, anedotas e informações provenientes de fontes informais de conhecimento (Jorm, 2000). Assim, a falta de compreensão e conhecimento sobre as doenças mentais leva a que as pessoas não queiram assumir os sinais/sintomas iniciais, quer em si mesmo quer no outro, não procurem ajuda profissional e condicionem o processo de reabilitação psicossocial levando, inúmeras vezes, a que a pessoa com DM viva confinada naquilo que é a sua família nuclear (Corrigan, Powell, & Rüsçh, 2012; Hinshaw, 2005; Rüsçh, Angermeyer, & Corrigan, 2005). Então, o foco prioritário de intervenções ao nível da LSM é a promoção de conhecimentos verídicos sobre DM e a desmistificação de crenças associadas à mesma, com conseqüente diminuição de atitudes, nas quais o estigma se encontra presente (Jorm, 2012; Quartilho et al., 2015; Skre et al., 2013).

Segundo o Plano Nacional de Saúde (2015) é crucial capacitar os cidadãos através de ações de literacia, com o propósito de potenciar a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde, com base no pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (*empowerment*). A capacitação dos cidadãos possibilita a sua consciencialização sobre as ações promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incide pela utilização dos seus serviços.

Em Portugal, uma em cada duas pessoas detende níveis reduzidos de LS e este número tende a reduzir quando se fala em SM (Loureiro, 2014; Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017; Reavley, Morgan, & Jorm, 2014; Telo-de-Arriaga, Santos, Silva, Mata & Chaves, 2019). Neste seguimento, e em coerência com o definido como prioritário nos sucessivos Planos Nacionais de Saúde Mental, este estudo assume como objetivo contribuir para o aumento da LSM em populações já diagnosticadas com esquizofrenia, através da disponibilização de um programa *b-learning* centrado neste domínio e avaliação do mesmo.

O estudo, apresentado em seguida, encontra-se organizado em quatro capítulos. O Capítulo I, referente ao enquadramento teórico do trabalho, explora, teoricamente, as problemáticas implícitas no nosso objeto de estudo: a EZ, o estigma, a LS e a LSM, procurando analisar e clarificar de que forma estes temas se relacionam, influenciam a sociedade e o seu papel na DM. No final, apresentamos alguns estudos efetuados que fundamentam e suportam o nosso programa.

O Capítulo II descreve o processo de construção do nosso programa de LSM para pessoas diagnosticadas com EZ (metodologia – instrumentos, participantes e procedimentos), onde é descrito todo o estudo empírico efetuado junto de uma amostra de dez participantes. Nos capítulos seguintes apresentamos os resultados e a discussão dos mesmos. Por fim, expomos as principais conclusões que foram possíveis obter com o estudo realizado.

## Capítulo I – Enquadramento Teórico

Nas últimas décadas a DM tem vindo a ganhar maior protagonismo, enquanto objeto de estudo, no enquadramento das ciências da saúde. Compreende-se, atualmente, que a esquizofrenia, enquanto síndrome multidimensional complexa, é uma das doenças mentais mais incapacitantes e que mais atitudes estigmatizantes gera em seu redor. Assim, iniciaremos este capítulo com uma breve caracterização desta nosologia, perspectivada a partir da sua etiologia, sintomas característicos, terapêutica, incidência e problemáticas associadas (estigma, preconceito e discriminação). Num segundo momento, será abordado o conceito de LSM, bem como, formas de a promover, enquanto estratégia nuclear para a compreensão desta doença e diminuição do estigma face às pessoas que dela padecem.

### 1.1. Esquizofrenia

A esquizofrenia, considerada, atualmente, como uma das perturbações psiquiátricas mais graves, é reconhecida desde a antiguidade, pelo que as primeiras referências na literatura que descrevem perturbações mentais semelhantes a esta patologia remontam ao tempo de Hipócrates (460–370 AC), permanecendo um conceito estanque até aos séculos XIX e XX (D'Agord, 2013; Generoso, 2008; Oliveira, 2010; Silva et al., 2016).

O conceito de esquizofrenia foi formalizado pelo psiquiatra alemão *Emil Kraepelin*, que estabeleceu uma classificação de doenças mentais, baseada no modelo médico. Este foi o primeiro a desenvolver uma definição compreensiva de EZ, mundialmente aceite, no período entre 1883 e 1927. O seu objetivo era delinear a existência de doenças com base na etiologia, sintomatologia, curso da doença e resultados comuns, denominando a EZ de “demência precoce”. Para *Kraepelin*, o curso e evolução da doença eram o critério básico para o diagnóstico das entidades clínicas, marginalizando as dimensões social, cultural e psicológica (D'Agord, 2013; Generoso, 2008; Oliveira, 2010; Silva et al., 2016).

Mais tarde, *Eugen Bleuler*, em 1911 introduziu o termo (“Esquizofrenia”= Esquizo – divisão; phrenia – mente) e, segundo este autor, a EZ corresponde, sobretudo, à fragmentação das funções psíquicas, caracterizando-se, assim, pela perturbação das associações do pensamento e do afeto (D'Agord, 2013; Generoso, 2008; Silva, 2016). Contrariamente a *Kraepelin*, *Bleuler* abriu caminho para a psicanálise, no que respeita à compreensão da EZ, recorrendo a *Jung* e *Freud* (D'Agord, 2013; Oliveira, 2010).

Nos tempos correntes, a EZ encontra-se inserida no grupo das psicoses e representa cinco das dez principais causas de morbilidade em todo o mundo, ou seja, apresenta uma incidência de um para 100, na população em geral e tem sido identificada como uma prioridade em termos de políticas de saúde devido ao défice de funcionamento que lhe é inerente (APA, 2014; WHO, 2001).

A EZ é entendida como uma doença mental grave e, segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2014), as doenças mentais graves são definidas pela presença de uma perturbação, clinicamente significativa, associada a défices severos no que respeita ao funcionamento cognitivo, social, familiar e

ocupacional, comprometendo as capacidades do indivíduo no seu dia-a-dia e requerendo, normalmente, períodos de hospitalização e a administração de medicação antipsicótica.

A EZ possuiu um caráter evolutivo prolongado e, comumente, ocorre num período sensível do desenvolvimento, entre a adolescência e a idade adulta jovem, sendo que nos homens os sintomas surgem mais precocemente, comparativamente com as mulheres. Não obstante, a sua incidência é independente da cultura, etnia ou condição socioeconómica. Esta patologia afeta a forma como o cérebro processa a informação, o pensamento, o afeto e o comportamento, sendo capaz de transformar a vida do indivíduo diagnosticado num alvoroço pessoal e social (APA, 2014; Küchenhoff, 2018; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria & Mental, 2016; WHO, 2001).

No que respeita à sintomatologia, a esquizofrenia apresenta sintomas positivos e negativos que se caracterizam pela perda de contacto com a realidade, resultante de alterações das funções psíquicas (APA, 2014; Erjavec et al., 2017). Nos sintomas positivos estão incluídos os delírios, as alucinações, a desorganização do pensamento e o comportamento desorganizado (Shin et al., 2017; Yang et al., 2017). Os delírios definem-se por crenças fixas que o indivíduo acredita serem verdadeiras (interpretação errada da realidade), estes podem ser: delírios persecutórios, delírios de referência, delírios de grandeza, delírios niilistas, delírios erotomaniacos e delírios somáticos. Nos delírios persecutórios, o indivíduo tem a convicção de que alguém o está a perseguir para causar dano. Nos delírios de referência o indivíduo crê que os comentários e estímulos exteriores são direcionados para ele. Nos delírios de grandeza, o indivíduo acredita que tem capacidades excecionais, riqueza ou fama, enquanto os delírios niilistas envolvem a crença de que irá acontecer uma grande catástrofe. Nos delírios erotomaniacos, o indivíduo acredita que os outros estão apaixonados ou se sentem atraídos por ele, finalmente, nos delírios somáticos existe a preocupação excessiva em relação à saúde, sendo visível uma crença sobre alterações do funcionamento dos órgãos (APA, 2014; Pinho, Sousa, Lopes, Valentim, & Ribeiro, 2020).

Relativamente às alucinações, estas caracterizam-se por experiências que ocorrem sem um estímulo externo, ou sejam atuam, involuntariamente, ao nível dos sentidos e o indivíduo tem a percepção de coisas que não existem. As alucinações podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial (auditiva, visual, olfativa, gustativa, tátil ou cinestésica), pelo que, a mais comum é a alucinação auditiva, pois sucede em metade dos casos diagnosticados (APA, 2014; Weinberger, & Harrison, 2011).

Em relação ao discurso desorganizado, este está relacionado com a perturbação formal do pensamento e envolve distorções da linguagem e da comunicação, perda da associação das ideias, ideias fragmentadas, descarrilamento e incoerência. O comportamento desorganizado ou catatónico define-se por uma perturbação do autocontrolo do comportamento, por exemplo utilização de roupas desadequadas à época do ano, ou demasiado extravagantes (APA, 2014; Weinberger, & Harrison, 2011).

Os sintomas negativos caracterizam-se por perdurarem ao longo do tempo e são considerados os mais nocivos ao nível do funcionamento psicossocial, englobando: a avolia – falta de vontade; a anedonia

– perda ou ausência de prazer nas diferentes atividades; a apatia – ausência de interesse ou resposta a um estímulo; a alogia – produção diminuída do discurso; o isolamento social e o embotamento afetivo – redução na expressão de emoções (APA, 2014; Pinho, Sousa, Lopes, Valentim, & Ribeiro, 2020; Weinberger, & Harrison, 2011).

No que concerne aos critérios de diagnóstico da EZ, é necessário apresentar pelo menos dois dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa, durante o período de um mês: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado e sintomas negativos. Para além disto, para o diagnóstico desta patologia é necessário existir uma alteração no funcionamento social e ocupacional em uma ou mais áreas, tais como trabalho, participação social ou atividades de vida diária, durante um período de tempo significativo, desde o início da perturbação. A duração dos sintomas deve, ainda, estar presente durante pelo menos seis meses (APA, 2014; Tandon et al., 2013). Conclui-se que o quadro clínico da EZ é diverso, o que não torna fácil o seu reconhecimento, uma vez que não existe nenhum sinal ou sintoma que por si só seja suficiente para definir o diagnóstico, sendo que os sintomas variam, consoante a evolução da doença. Assim, o diagnóstico para além de ser longitudinal assenta, principalmente, na história clínica e na observação psicopatológica (APA, 2014; Queirós, Coelho, Linhares, & Correia, 2019).

O início desta patologia pode ser súbito ou agudo, sendo que surge e vai-se desenvolvendo num curto espaço de tempo, ou insidioso e lento, manifestando-se de forma progressiva, através de sinais e sintomas ao longo dos anos. No entanto, na sua maioria, os indivíduos apresentam sinais prodrómicos, que se vão manifestando de forma lenta e progressiva, como por exemplo, isolamento social, perda de interesse, deficiência na higiene e cuidados pelo próprio, entre outros (APA, 2014).

Para além disto, também a etiologia da EZ é complexa, acredita-se que a interação de diferentes fatores – biológicos (genéticos), psicológicos e sociais (interação do indivíduo com o meio) – podem contribuir para a vulnerabilidade da pessoa à doença (Arciniegas & David, 2015; Levy & Coentre, 2014; Ripke et al., 2014). Segundo o modelo vulnerabilidade-stress, quer o stress quer a vulnerabilidade biológica do indivíduo contribuem para o aparecimento dos sintomas psiquiátricos, ou seja, assume-se que os desafios externos e/ou internos provocam crises em qualquer pessoa, mas, dependendo da intensidade do stress provocado e do limiar da mesma para o tolerar, isto é, dependendo da vulnerabilidade pessoal, a crise será contida ou poderá levar a um episódio de perturbação (Gonçalves-Pereira, Xavier, & Fadden, 2012).

A cada crise ocorrida, a pessoa com EZ sofre, existe um aumento da incapacidade crónica até alcançar um determinado ponto. Como resultado, acontece que muitas pessoas com EZ acabam por não se conseguir adaptar de forma ajustada ao contexto social ou, podem mesmo, atingir a invalidez crónica, conduzindo a períodos de hospitalização prolongados. Todavia, esta evolução pode ser intercedida através de tratamento (Cardoso, 2002).

Embora esta perturbação não tenha cura, existem *guidelines* de tratamento para as pessoas com diagnóstico de EZ (NICE, 2014; NICE, 2020). Nestas orientações encontra-se referida a importância de ser adotada uma abordagem multidisciplinar, que considere as diferentes fases da doença, bem como, os domínios biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo, com vista na recuperação do funcionamento e na prevenção do declínio cognitivo (Queirós et al., 2019; Silva et al., 2016). Os objetivos do tratamento são estabelecidos, de acordo com as dificuldades e capacidades específicas de cada pessoa, de forma a promover uma maior autonomia nas ocupações, sejam estas da vida diária, vida diária instrumentais, descanso e sono, educação, trabalho, lazer e/ou participação social; prevenir recaídas; aumentar a qualidade de vida e bem-estar da pessoa; diminuir a sintomatologia ou ajudar a pessoa a gerir melhor os seus sintomas, e fomentar a inclusão social, para que a pessoa com EZ se sinta, efetivamente, como qualquer outro cidadão (NICE, 2014; Grover, Chakrabarti, Kulhara, & Avasthi, 2017). As pessoas têm o direito de se envolver nas discussões sobre o seu tratamento e devem ser capazes de tomar decisões informadas sobre o mesmo (NICE, 2014).

A intervenção direcionada a pessoas diagnosticadas com EZ centra-se em duas vertentes, a farmacológica e a não farmacológica, também, designada de reabilitação psicossocial (Lehman et al., 2010; Owen, Sawa, & Mortensen, 2016). No que respeita à intervenção farmacológica, a escolha da medicação antipsicótica deve ser realizada pelo usuário do serviço e pelos cuidados de saúde profissional em conjunto, sendo fulcral para a decisão ter em conta os benefícios e possíveis efeitos colaterais de cada medicamento, como por exemplo, aumento de peso, diabetes, controlo involuntário de movimentos, entre outros (NICE, 2020). Na reabilitação psicossocial existem várias opções: Intervenção Familiar (providenciar conhecimentos essenciais para a família da pessoa com EZ – muitas vezes são estes os cuidadores informais – sobre a doença, tal como, sintomas, causas e tratamento); Terapia pelas Artes – o objetivo desta terapia passa essencialmente por permitir que as pessoas com EZ se experienciem de forma diferente e consigam desenvolver novas formas de se relacionar com os outros, bem como permite a aceitação e o entendimento de sentimentos; Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) – as pessoas podem estabelecer vínculos entre seus pensamentos, sentimentos ou ações. Permite a reavaliação das percepções, crenças ou raciocínios das pessoas sobre a sua vida; entre outros (NICE, 2014; NICE, 2020).

Para além destes tratamentos, deve ser providenciado apoio ao nível da saúde física, pois como já foi referido tanto a SM como a física estão interligadas, assim, segundo o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (2014) deve ser providenciado para as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia um programa de alimentação saudável e atividade física, bem como, oferecer para aqueles que são fumadores estratégias ou tratamento para parar ou diminuir o seu consumo de tabaco.

Um dos maiores desafios relacionados com a intervenção com pessoas com EZ reside na baixa adesão dos indivíduos ao processo terapêutico. Para além disto, os resultados da intervenção são, também,

condicionados pelo facto de que o diagnóstico da doença, muitas vezes, é demorado o que leva a que os sintomas se tenham agravado ao longo do tempo (Silva et al., 2016).

Além do sofrimento que esta condição pode provocar, as pessoas diagnosticadas manifestam dificuldades em relacionar-se e participar na comunidade uma vez que o início da doença se dá, na maioria das pessoas, numa fase da vida em que as competências sociais, ainda, se estão a maturar e, portanto, as pessoas com EZ acabam por não ter oportunidade de desenvolver e consolidar as suas competências sociais. São pessoas que, na sua maioria, interromperam os estudos aquando do início da doença, não estabeleceram relações amorosas, não casaram, nem ingressaram no mercado de trabalho o que, em termos de estabelecer relações interpessoais, as condiciona negativamente e empurra para uma vida à margem da sociedade (Pinho et al., 2020).

As pessoas com diagnóstico de EZ deparam-se com enormes dificuldades e barreiras à sua participação social, por um lado relacionadas com os sintomas da doença e incapacidade que geram e por outro, relacionadas com a discriminação e as atitudes de estigma de que são alvo (Rüsch et al., 2005). A EZ é considerada, face às outras doenças mentais, o maior alvo de estereótipos e preconceitos, originando, assim, um obstáculo para a sua recuperação (Kleim et al., 2008).

O estigma provém do medo do desconhecido e de falsas crenças que os indivíduos sedimentam ao longo dos anos, sendo que espelha a falta de conhecimento sobre as doenças mentais que reside na sociedade, bem como, as atitudes estigmatizantes, baseadas em preconceitos e promotoras de discriminação. Ainda, na atualidade, as doenças mentais são vistas como um sinal de fraqueza e, por conseguinte, a resposta dos indivíduos que dela padecem é a vergonha e a necessidade de manter em segredo (Quartilho et al., 2015).

Devido à cultura subjacente da história da DM e, por consequência da EZ, que rotulam as pessoas com problemas de saúde mental como loucas, imprevisíveis e perigosas, que se encontra embebida de imagens estigmatizantes, as pessoas, com esse tipo de experiência, são conduzidas a concordar com os estereótipos socialmente empregues, assistindo-se a uma diminuição da autoestima e da autoconfiança, que provocam o isolamento social, a dificuldade e a rigidez na procura de ajuda e a baixa adesão ao tratamento, que impõe neles próprios uma forma de autoestigma (Degan et al., 2019; Kutcher, Wei, & Coniglio, 2016; Quartilho et al., 2015). Por conseguinte, as pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, como membros de uma sociedade com pouco conhecimento sobre DM, apresentam baixo *insight* sobre a sua doença e tendem a viver alienados da sociedade (Reddy, 2016).

Reconhecer e aceitar que existe um problema e procurar ajuda são os primeiros passos a realizar para receber tratamento adequado para um problema de saúde, seja este de carácter físico ou mental. No entanto, devido ao conhecimento escasso sobre as doenças mentais, nem sempre os indivíduos identificam os primeiros sinais de alerta/sintomas e não reconhecem a urgência em pedir ajuda profissional, desconhecendo onde e como procurar ajuda. Contudo, documentado, de forma robusta, que

quanto mais cedo a pessoa procurar ajuda e começar a ser acompanhada, maior é a probabilidade de ter uma melhor recuperação e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida e bem-estar (Al Omari et al., 2019; Kaushik, Kostaki, & Kyriakopoulos, 2016; Quartilho, et al., 2015; Querido, Tomás, & Carvalho, 2016; Tonsing, 2018).

Surge, assim, o conceito de LSM como forma de combater o fraco conhecimento e as falsas crenças relacionadas com a EZ e promover o conhecimento, voltado para a ação, das pessoas diagnosticadas em EZ (Dias, Campos, Almeida, & Palha, 2018; A. Jorm, 2000; A. F. Jorm et al., 1997; Kutcher, Wei, & Coniglio, 2016; L. Loureiro, 2014). A LSM encontra-se na alçada daquilo que são as abordagens educativas, sendo que estas contribuem para promover a reflexão e a mudança de atitudes. Mostram-se, assim, essenciais para a desconstrução de crenças negativas associadas às doenças mentais, e acompanham o desenvolvimento de competências de identificação e reconhecimento de fatores de risco e de proteção (Quartilho et al., 2015).

## **1.2.Literacia em Saúde e Literacia em Saúde Mental**

O termo literacia em saúde, contrariamente ao que se possa pensar, não é muito recente. Foi, primeiramente, abordado por *Simonds* na década de 70 do século XX, para referir a necessidade da educação para a saúde em contexto escolar (Bernhardt & Parker, 2005; Ratzan, 2001). A literacia descreve-se como um processo dinâmico referente à capacidade para utilizar determinadas competências, tais como a leitura, a escrita e/ou o cálculo, para dar resposta aos diversos desafios do quotidiano, permitindo que o indivíduo tenha um papel ativo a nível pessoal, social e profissional. Assim, emergiu a importância da educação aliada à saúde, dando forma ao conceito de LS (Jorm, 2012).

Ao longo dos últimos anos, a LS tem-se destacado como uma área privilegiada de investigação, bem como pressuposto e linha orientadora das intervenções mais atuais. Foram vários os estudos que refletiram a importância da LS como uma parte fulcral na prevenção e gestão de doenças e na promoção da saúde e bem-estar da pessoa. Portanto, as ações de promoção da SM pretendem potenciar um equilíbrio, onde os indivíduos compreendem e interpretam o seu estado, conseguindo adaptar-se ao meio circundante, estabelecendo relações significativas com os outros, satisfatórias para ambas as partes, tornando-se cidadãos ativos (Corrigan et al., 2012; Loureiro, 2014; Rüsck et al., 2005).

Assim sendo, a LS traduz-se na capacidade de procurar informação, compreendê-la e utilizá-la, capacitando as pessoas de conhecimentos, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e mobilizar informações relativas à saúde, com o intuito de fazerem julgamentos e tomarem decisões conscientes na sua vida quotidiana, relativas aos seus cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a sua qualidade de vida (Loureiro, 2014; Plano Nacional de Saúde, 2015; Skre et al., 2013; Telo-de-Arriaga et al., 2019).

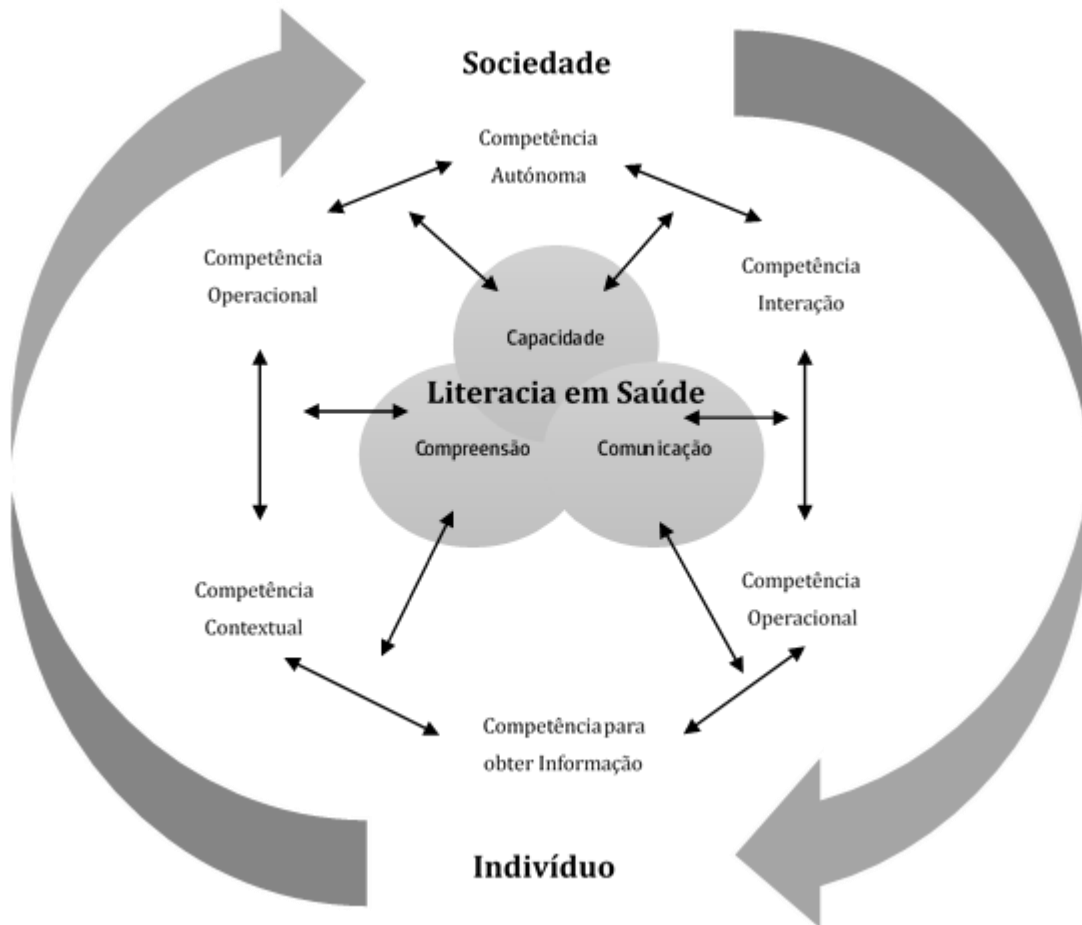
Entende-se que a LS implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no dia-a-dia sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida e bem-estar durante todo o ciclo de vida (Telo-de-Arriaga et al., 2019).

Loureiro (2014), afirma que a LS tem por base um direito do indivíduo enquanto cidadão e constitui-se como uma parte determinante para a saúde e qualidade de vida que lhe permite refletir conscientemente e atuar sobre as desigualdades sociais.

Segundo *Nutbeam* (2000), a LS integra três vertentes: a vertente funcional (capacidade de ler e escrever), a vertente comunicacional (capacidade de atribuir significado ao que é lido) e a vertente crítica (capacidade de analisar a informação de maneira crítica, decidir como agir e resolver problemas), podendo-se, então, entender que a obtenção de literacia é um processo de crescente aquisição de autonomia e capacitação. Esta classificação demonstra que diferentes tipos de literacia permitem níveis progressivos de autonomia e empoderamento pessoal.

Ainda, segundo *Mancuso* (2008), são três as principais características integrantes da LS: capacidade, compreensão e comunicação. A capacidade refere-se às competências adquiridas, para além das inatas. Ao nível da LS essas competências incluem a recolha, a avaliação e análise da informação, a procura de ajuda e, ainda, a capacidade para se movimentar e negociar dentro do sistema de saúde. A compreensão aponta para a capacidade de interpretação e de entendimento da inúmera informação existente e disponibilizada. A comunicação reporta para uma troca de mensagens e/ou pensamentos que promovem a compreensão, a escuta e a observação críticas. Esta não é apenas a comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, mas pode assumir várias formas, tais como, televisão e internet. As novas tecnologias apresentam um papel relevante na divulgação de informação na área da saúde.

Figura 1- Modelo conceitual de Literacia em Saúde. Adaptado de "Health literacy: A concept/ dimensional analysis" de Mancuso (2008)



Mancuso (2008) refere, também, algumas das consequências associadas à baixa LS que devemos esperar quando a educação, a saúde e a ação, não estão no mesmo limiar, tais como: o aumento dos custos nos cuidados de saúde; as crenças falsas e o reduzido conhecimento sobre as doenças e os respetivos tratamentos; as baixas competências de autogestão; as baixas capacidades para cuidar de pessoas em condições crónicas; os erros de medicação e utilização dos serviços de saúde de forma desadequada. Por outro lado, compreende-se que os indivíduos com níveis elevados de LS são mais capazes de tomar atitudes positivas para si e para os outros. Sendo, também, mais eficientes a procurar, a aplicar e a abordar questões de saúde de forma apropriada.

O crescente interesse pela temática da LS surge de forma vincada, em meados da década de 90 do século XX, e constitui-se, atualmente, como base para a promoção da saúde, sendo fundamental para o exercício ativo, participado e ampliado, da cidadania na saúde dos indivíduos, grupos e comunidades (Loureiro, 2014). Posto isto, e devido à incidência das doenças mentais e à falta de conhecimento

associada às mesmas, consideramos pertinente abordar a questão da LSM, visto que a SM continua a ser uma área pouco explorada.

Segundo a OMS (2001) devem ser lançadas, em todo o mundo, campanhas de educação e sensibilização acerca da SM, tendo em vista a diminuição de obstáculos ao tratamento, permitindo o aumento da consciencialização sobre a frequência dos problemas de saúde mental, as opções de tratamento e o respeito pelos direitos humanos das pessoas que sofrem desta condição. "Uma campanha de sensibilização e educação do público bem planeada pode reduzir o estigma e a discriminação, fomentar a utilização de serviços de saúde mental e conseguir uma aproximação maior entre a saúde física e a saúde mental" (WHO, 2001, p.17).

As doenças mentais são, habitualmente, esquecidas ou ignoradas e, sendo uma área vítima de estigmatização por parte da sociedade, são recorrentes os medos exagerados, os preconceitos, a discriminação e a exclusão social (Tanaka, Ogawa, Inadomi, Kikuchi & Ohta, 2003). Deste modo, enquanto a importância da LS tem sido amplamente aceite, no que respeita à área de conhecimento sobre a LSM esta só foi explorada recentemente. A falta de compreensão inerente aos problemas de saúde mental, o difícil reconhecimento de sinais e a valorização dos sintomas das doenças mentais contribuem, substancialmente, para o estigma, comprometendo a procura de ajuda e a adesão aos tratamentos. Tendo em conta o combate ao estigma é necessária uma abordagem em diversos níveis, abrangendo a educação de profissionais, "campanhas de informação pública para educar e informar a comunidade sobre a natureza, o grau e o impacto das perturbações mentais, a fim de dissipar mitos comuns e incentivar atitudes e comportamentos mais positivos" (WHO, 2001, p.170).

A LSM provém, assim, do domínio da LS e é um conceito chave na promoção da SM e na prevenção e gestão de doenças mentais (Dias et al., 2018; A. Jorm, 2000; A. F. Jorm et al., 1997; Kutcher, Wei, & Coniglio, 2016; L. Loureiro, 2014). Este conceito, foi introduzido por *Jorm* e colaboradores (1997), emergindo com a intenção de chamar a atenção para a importância da SM e esclarecer como o conhecimento e as crenças sobre a DM auxiliam no seu reconhecimento, gestão e/ou prevenção. Mais tarde, os mesmos autores redefiniram o conceito, englobando as seguintes componentes específicas: a) a capacidade de reconhecer diferentes doenças e os sintomas associados; b) o conhecimento e as crenças sobre fatores de risco e causas sobre intervenções de autoajuda e ajuda profissional disponível; c) as atitudes que facilitem o reconhecimento e a procura de ajuda adequada e, por fim, d) o conhecimento de como procurar informações sobre saúde mental (Jorm, 2000, 2020; Jorm et al., 1997). Uma atualização recente deste conceito inclui, ainda, a capacidade de fornecer suporte a alguém que apresenta um problema de SM, ou seja, habilidades de primeiros socorros (Jorm, 2012). Ao criarem este conceito, os autores pretenderam colocar em evidência uma dimensão elementar da saúde, regularmente, negligenciada, uma vez que o público, geralmente, tem pouco conhecimento e falsas crenças sobre as perturbações mentais, ao

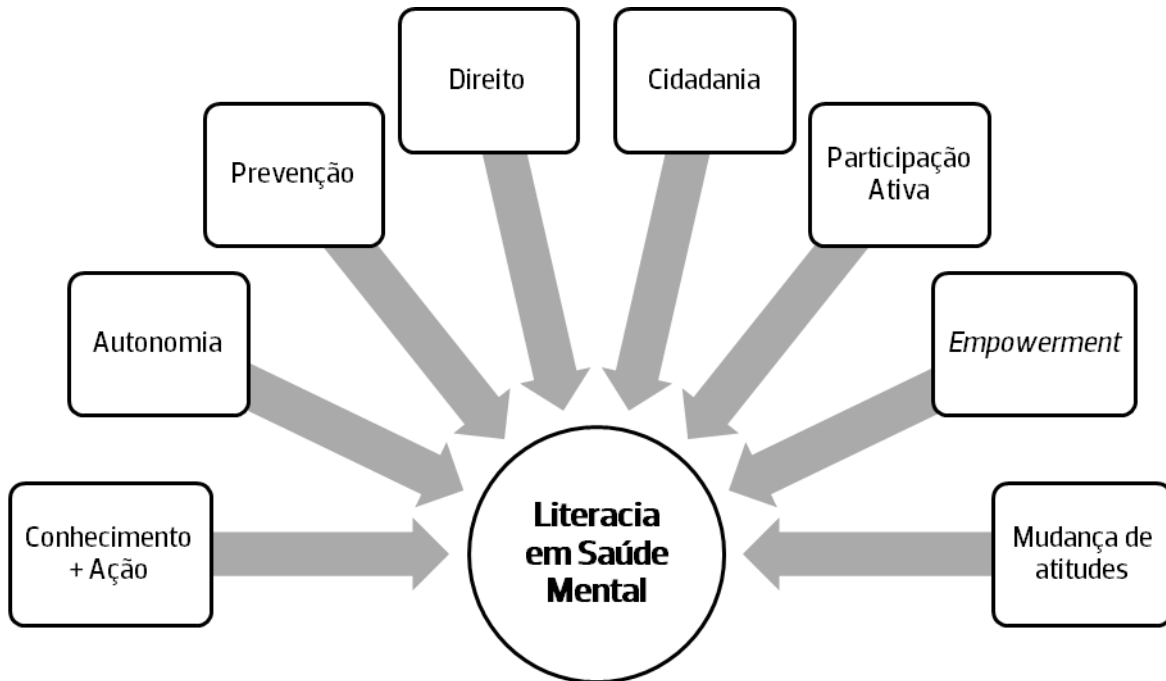
contrário do que se sucede com outros problemas de saúde graves, tais como, cancro, doenças cardíacas, diabetes, entre outras (Jorm, 2000).

Atualmente, o conceito de LSM é definido como a capacidade de entender como alcançar e manter a SM; compreender as doenças mentais e os seus tratamentos; diminuir o estigma relacionado com a DM; e melhorar a eficácia da procura de ajuda (Kutcher, Wei, & Morgan, 2016; WHO, 2013). Assim sendo, tal como a promoção da saúde, a promoção da SM envolve o método de capacitar os indivíduos para melhorar a sua saúde mental e apoiar os mesmos na adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis. Procuram promover e apoiar recursos, competências e forças psicológicas individuais e sociais com vista a beneficiar a SM e o bem-estar, complementando o foco na prevenção de doenças mentais (Bjørnsen, Ringdal, Espnes, Eilertsen & Moksnes, 2018).

As dimensões que abrangem a LSM compreendem o conhecimento e a compreensão das seguintes componentes: a doença em si (o que é, quais são os fatores de risco e protetores, sintomas e causas); quais são os tratamentos farmacológicos (medicação) e não farmacológicos (terapias, tratamento psicológico, exercício físico, alimentação, higiene, entre outros); o acompanhamento; quais são os programas de intervenção que existem; os tipos de apoios existentes (financeiro, instituições); que tipo de comunicação, empatia e competências sociais deve ter; como lidar com uma pessoa com uma DM; autonomia e confiança (Loureiro, 2014).

Em suma, a LSM é um conhecimento que implica agir, saber onde e como procurar ajuda, e mudança de atitudes, em prol da SM do indivíduo e dos seus pares. A literacia refere-se a mais que um ato de ensinar e aprender, é um processo dinâmico que permite ao indivíduo usar as suas competências de forma a atingir os respetivos objetivos (Loureiro, 2014; Santos, 2010; Morgado, 2014).

Figura 2 – Palavras-chave de Literacia em Saúde Mental



Assim sendo, tornam-se claras as consequências que podem resultar de uma LSM diminuta nas pessoas diagnosticadas com doenças mentais, mais especificamente, com EZ. Esta compromete o reconhecimento precoce de sintomas associados à EZ, quer em si mesmo quer no outro e, conseqüentemente, impede que haja procura de ajuda, o que possibilita a que os sintomas, ao longo do tempo, se agravem, atrasando o processo de recuperação. A não procura de ajuda pode advir da falta de conhecimento sobre os serviços de SM, quem são profissionais que podem ajudar e quais os tratamentos disponíveis (Mendenhall & Frauenholtz, 2013; Morgan et al., 2018; Tonsing, 2018).

A baixa LSM é considerada, pelos profissionais de saúde, um fator de risco e está associada ao aumento da morbilidade e à baixa qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos com DM, bem como reduz a probabilidade de receber tratamento adequado e, conseqüentemente, aumenta o risco de resultados adversos a longo prazo, tais como, piores resultados clínicos, sociais e socioeconómicos (Bonabi et al., 2016; Pedro, Amaral, & Escoval, 2016; Reavley, Morgan, & Jorm, 2014; Tay, Tay, & Klainin-Yobas, 2018; Tonsing, 2018).

Para além disto, a baixa LSM pode conduzir a atitudes negativas relacionadas com os cuidados de SM, sendo que uma pessoa com baixos níveis de literacia tende a perceber os sintomas da doença numa fase mais avançada, acabando por recorrer a recursos negativos, como o consumo de álcool e de drogas e fazer tratamento incorreto, ou nem sequer fazer tratamento, o que pode concluir em desfechos de suicídio ou de homicídio (Hav et al., 2010; Jung, Von Sternberg, & Davis, 2016).

Evidências mostram que a LSM é de extrema importância no acesso ao tratamento precoce e adequado, pois quando o conhecimento acerca deste tema é insuficiente, cria-se uma barreira para a procura de ajuda profissional (Bonabi et al., 2016; Chen, 2018). As abordagens educativas, sustentadas pelas evidências, favorecem a LSM e potenciam a reflexão e a diminuição do preconceito e da discriminação, mostrando-se essenciais para a desconstrução de crenças negativas, associadas às doenças mentais, conduzindo ao desenvolvimento de competências de identificação e reconhecimento de fatores de risco, relacionados com determinadas doenças mentais (Milin et al., 2016; Quartilho et al., 2015). Acredita-se que a capacidade de, e para, reconhecer doenças mentais é o primeiro passo para procurar ajuda (Jorm, 2012).

Sinteticamente, conclui-se que a LSM, tendo por base a definição supracitada de Jorm e colaboradores (1997), não termina apenas no conhecimento, aliás, é nele que ela começa. Assim, é crucial que a LSM assuma um papel ativo nas ações de promoção de saúde e de SM, na comunidade como motor de mudança e de ação sobre as questões que nos rodeiam.

Através dos trabalhos, sem precedentes, de Anthony Jorm, na Austrália, pela primeira vez falou-se quer no conceito de LSM, quer nos resultados do estudo realizado pelo mesmo. Este teve tamanho impacto que, tanto a LS, como a LSM ganharam relevo para as investigações *a posteriori* (Jorm et al., 1997).

O estudo realizado por Jorm e colaboradores (1997) contou com a colaboração de 2031 indivíduos, com idades compreendidas entre os 18 e os 74 anos e consistiu em entrevistar as pessoas face a duas histórias (uma sobre depressão e outra sobre esquizofrenia) para compreender o seu nível de LSM. Algumas das questões da entrevista eram: “Como é que acha que poderia ajudar melhor John/Mary?” e “Diria que há alguma coisa de errada com John/Mary?”. Assim, após avaliação das respostas à entrevista, os investigadores concluíram que o público tende a mostrar um baixo nível de conhecimento e reconhecimento de doenças mentais e tem uma visão negativa sobre os tratamentos.

A promoção da LSM é um processo que permite o aumento do controlo e autonomia por parte das pessoas diagnosticadas com EZ (Bjørnsen et al., 2018; Santos, 2010). Com o aumento da LSM supõe-se que existe uma maior probabilidade de reconhecer doenças mentais precocemente e que as taxas de procura de ajuda possam aumentar, evitando o agravamento dos sintomas da EZ (Waldmann, Staiger, Oexle, & Rüschi, 2020; Wong, Lam, & Poon, 2010).

Numa revisão sistemática conduzida por Morgan e colaboradores (2018), tendo por base 15 ensaios, sobre a efetividade do programa “Saúde Mental Treino de Primeiros Socorros” – *Mental Health First Aid training* (MHFA), que teve como objetivos oferecer suporte, informação e incentivar a procura de ajuda profissional adequada, obtendo como principal resultado o aumento da LSM e da procura de ajuda e a diminuição do estigma, concluiu que as mudanças no conhecimento sobre a alfabetização em SM podem resultar em melhorias ao nível da ação, como por exemplo, na procura de ajuda que, conseqüentemente,

diminui a duração da psicose não tratada, o que resulta em efeitos positivos para pessoas no primeiro episódio psicótico.

A Organização Mundial de Saúde, juntamente com a Universidade de *Harvard*, realizaram uma iniciativa mundial de pesquisas de base populacional usando as mesmas metodologias – a Iniciativa de Pesquisa Mundial de Saúde Mental – *World Mental Health Survey Initiative* (WMHSI) – com o objetivo de melhorar o conhecimento sobre a história, a magnitude e o impacto das doenças mentais. Realizado em mais de 30 países, em todo o mundo, este projeto foi provido com mais de 500 artigos publicados e um vasto leque de informações epidemiológicas fulcrais sobre o planeamento e implementação de políticas de SM (Xavier et al., 2013).

No programa “Encontrar Espaço para a Doença Mental” – *Finding Space for Mental Health* – realizado por Campos e colaboradores (2018), que envolveu 543 estudantes, com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos, utilizando como instrumento de avaliação o MHLQ – *Mental Health Literacy questionnaire* (Questionário de Literacia em Saúde Mental), que tem como objetivo avaliar a eficácia de um programa de intervenção para promover a LSM em jovens, foi comprovada a eficácia de programas de promoção a curto prazo (duas sessões de 90 minutos cada) para melhorar os níveis de LSM.

Num outro trabalho realizado por *Perry* e colaboradores (2014), a 380 estudantes, utilizando uma intervenção educacional (*HeadStrong*) que tem por base a escola, a alfabetização em SM, o estigma e a procura de ajuda, depois de seis meses de acompanhamento e sendo avaliados pré e pós teste, foi verificado um aumento dos níveis de LSM e a diminuição do estigma face à DM.

Ainda neste âmbito, *Milin* e colaboradores (2016), conduziram um ensaio clínico randomizado a 534 estudantes, onde aplicaram um programa que se encontrava dividido em seis módulos: 1) estigma na DM; 2) compreensão da SM e da DM; 3) informações sobre doenças mentais específicas; 4) experiências de DM; 5) obter ajuda e encontrar apoio e 6) a importância de uma SM positiva onde, através de uma avaliação pré e pós intervenção, comprovaram um aumento significativo de atitudes positivas face à SM, ligado ao conhecimento sobre esta problemática.

Visando compreender a influência da LSM nas intenções de procura de ajuda em pessoas com diagnóstico de DM desempregadas, *Waldmann, Staiger, Oexle & Rusch* (2020) aplicaram um estudo a 301 indivíduos desempregados com experiência de DM e avaliaram os seus níveis de literacia, utilizando os seguintes instrumentos de avaliação: MAKS – *Mental Health Knowledge Schedule* (Cronograma de Conhecimento de Saúde Mental); DLS – *Depression Literacy Scale* (Escala de Literacia de Depressão) e; DSTV – *Depression with Suicidal Thoughts Vignette* (Vinheta de Depressão com Pensamentos Suicidas), onde concluíram que os níveis elevados de LSM estão associados a uma maior procura de ajuda formal e informal.

Em relação às pessoas que experienciam problemas de SM, num estudo realizado por *Degan* e colaboradores (2019), com 325 participantes, foi aplicado o instrumento HLQ – *Health Literacy*

*Questionnaire* (Questionário de Literacia em Saúde) para avaliar o conhecimento daquele grupo de estudo face às questões de saúde. Os investigadores puderam concluir que as pessoas com DM tendem a ter menores níveis de literacia comparados com pacientes sem problemas de SM. No final do seu estudo, alertaram para a necessidade de programas de LSM junto desta população.

Clausen, Watanabe-Galloway & Britigan (2016) realizaram um estudo transversal que incluiu 71 pessoas com doença mental grave num programa de reabilitação diurno, tendo como objetivo investigar os aspetos da alfabetização em saúde e identificar os fatores associados à baixa LSM entre adultos com doença mental grave, utilizando três ferramentas de avaliação da alfabetização. Este estudo encontrou uma maior proporção de baixos níveis de LSM entre pessoas diagnosticadas com EZ em relação a pessoas com outras doenças e doenças mentais.

Sendo a EZ considerada uma das doenças mentais menos reconhecíveis, a procura de ajuda é tardia, no entanto, é crucial para o tratamento que esta seja atempada. Para tal é necessário que a pessoa com este diagnóstico seja capaz de identificar os sintomas e consiga agir face aos mesmos sendo, então, importante proporcionar intervenções educacionais destinadas a aumentar o conhecimento sobre a EZ. Este tipo de intervenção mostra resultados positivos, no que respeita ao aumento do conhecimento sobre a doença e na melhoria das atitudes (Thorsteinsson, Bhullar, Williams, & Loi, 2019).

Os programas de LSM são cada vez mais recorrentes devido à consciencialização atual sobre o estigma face à DM e as suas consequências, o que resulta numa diminuição da discriminação e das crenças falsas sobre as doenças mentais e maior disponibilidade de recursos e tratamentos adequados para as mesmas (Mehrotra, Nautiyal, & Raguram, 2018). Contudo, é, ainda recorrente que os participantes destes estudos sejam adolescentes ou jovens adultos, já que esse período pode ser um momento crítico no desenvolvimento de doenças mentais, ou, então, profissionais de saúde.

No presente estudo, foram incluídas pessoas com diagnóstico de EZ, por serem participantes pouco abrangidos por estas ações e por serem um dos públicos com menos literacia no que respeita à DM (Clausen, Watanabe-Galloway & Britigan, 2016; Mehrotra et al., 2018).

Existem poucas evidências que demarcam a eficácia de plataformas *online* como ferramenta para os programas de LSM. No entanto, compreende-se que a internet influencia quase todas as componentes da nossa vida, pelo que, atualmente, tem um grande potencial para promover a qualidade e os serviços de saúde, pois torna-se cada vez mais evidente o potencial desta ferramenta para facilitar a procura de ajuda e abordar questões de SM (Liu & Potenza, 2010; Rogers, Lemmen, Kramer, Mann, & Chopra, 2017; Zhao et al., 2019). Para além disto, compreende-se que a tecnologia pode ser utilizada para várias ocupações, das quais, a contribuição como fonte de informação, sendo que esta é mobilizada para diversas intervenções (Harrer et al., 2019; Wang, Varma, & Prosperi, 2018).

Alguns estudos (Harrer et al., 2019; Karyotaki et al., 2017; Rogers et al., 2017; Zhao et al., 2019) revelaram que as intervenções *online* demonstram efeitos positivos ao nível cognitivo-comportamental

e, por este facto, tem existido uma maior investigação neste campo. Sendo assim, algumas das vantagens associadas a este método são: a acessibilidade no acesso e mobilidade, a confidencialização e anonimato; e o aumento da equidade, no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde e relação custo-eficácia (Harrer et al., 2019; Karyotaki et al., 2017; Rogers et al., 2017; Zhao et al., 2019).

Para concluir, a promoção da LSM assume-se, atualmente, como uma área de investigação prioritária, nomeadamente, no desenvolvimento e implementação de programas de aumento dos níveis da mesma, com os seguintes objetivos específicos: oferecer suporte e informação com base científica; reconhecimento precoce de DM; incentivar a procura de ajuda adequada; melhorar os comportamentos de risco e promover um programa *online* interativo e multidisciplinar.

O presente estudo visa o desenvolvimento e análise da eficácia de um programa online de LSM em pessoas já diagnosticadas com EZ, no qual estabelecemos, como objetivo principal, compreender o impacto da sua implementação com base na recolha e análise da perspetiva dos participantes.

## **Capítulo II – Metodologia**

### **2.1. Tipo de Estudo**

Com o intuito de aumentar os níveis de LSM em pessoas diagnosticadas com EZ e compreender o impacto da LSM nas mesmas foi realizado um estudo quantitativo longitudinal. Esta metodologia foi elegida uma vez que permite avaliações ao longo do tempo, para analisar de que forma um programa *online* de literacia pode influenciar o conhecimento e as ações de pessoas com diagnóstico de EZ. Utilizamos uma metodologia de pré e pós intervenção centrada em dois momentos de avaliação: avaliação diagnóstica (pré-teste) e avaliação final (pós-teste). Portanto, numa primeira fase caracterizamos a amostra avaliando uma série de características sócio-demográficas. Numa segunda fase realizamos o estudo experimental ao longo de quatro sessões.

### **2.2. Participantes**

Consideramos que a seleção da amostra é um passo crucial para a investigação (Reis, Pereira & Almeida, 2013) e, tendo em conta as especificidades dos participantes para este estudo, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: adultos, com idades compreendidas entre os 18 anos e os 60 anos; diagnóstico de EZ, de acordo com os critérios estabelecidos pelo DSM-V e; possuir competências de leitura e escrita. Como critérios de exclusão definimos: critérios clínicos de descompensação psicopatológica aguda; consumo atual de substâncias ilícitas; deficiência sensorial visual ou auditiva moderada a grave e; deterioração cognitiva acentuada.

### **2.3. Instrumento de Avaliação**

O processo de análise da eficácia do nosso estudo consistiu na implementação do instrumento de avaliação – Medida de Literacia em Saúde Mental “*Mental Health Literacy Measure*” (MHLM) (ver anexo I), que está em processo de validação para a população Portuguesa pelo Laboratório de Reabilitação Psicossocial (LabRP) da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto (ESS.PP) e da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) e Questionário de Satisfação (ver anexo II). O questionário MHLM foi aplicado antes e depois da implementação do estudo, com vista a comparar os resultados obtidos nos dois momentos. Antes de iniciar as sessões sobre DM/SM e sobre EZ foi efetuada a recolha de dados sociodemográficos, através de um questionário preenchido pelos participantes (ver anexo III), assim como, todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

O questionário MHLM tem como objetivo calcular os níveis de LSM, sendo constituído por 26 questões, de escolha múltipla, subdivididas em três componentes distintas: 12 questões avaliam o conhecimento, 10 questões avaliam as crenças e as últimas quatro questões avaliam os recursos. As primeiras 22 questões são cotadas através de uma escala de tipo *Likert* com seis opções de resposta, “Discordo totalmente”, “Discordo”, “Neutro”, “Concordo”, “Concordo totalmente” e “Não sei”. Nas primeiras 12 afirmações é atribuída a cotação de um ponto às respostas “Concordo” e “Concordo totalmente” e uma cotação de zero pontos para as restantes quatro opções de resposta. Quanto às afirmações a partir da 13 até à 22 é atribuído um ponto às respostas “Discordo” e “Discordo totalmente” e uma cotação de zero pontos às restantes opções de resposta. Nas últimas quatro afirmações as opções de resposta são cotadas através de uma escala dicotómica de “Sim” e “Não”. É atribuído um ponto na resposta “Sim” e zero pontos na resposta “Não”. A cotação final da escala pode variar entre zero e 26 pontos, sendo que valores mais elevados indicam níveis mais elevados de LSM. O  $\alpha$  de *Cronbach* das três componentes do instrumento, para a população portuguesa, são: a componente do conhecimento que tem um  $\alpha=0,71$  (consistência alta), a componente das crenças que tem um  $\alpha=0,79$  (consistência alta) e a componente dos recursos que tem um  $\alpha=0,64$  (consistência moderada) (Jung et al., 2016).

O Questionário de Satisfação foi aplicado no final das sessões, é um questionário de autopreenchimento, constituído por 17 itens. O indivíduo deve indicar o grau de concordância com a afirmação, numa escala *Likert* com cinco pontos e quanto maior a pontuação, maior a satisfação da avaliação.

## **2.4.Procedimentos**

Realizou-se um programa de LSM intitulado de “O Bicho de Sete Cabeças”, onde se disponibilizou uma plataforma *online*, com uma abordagem multidimensional, que incluiu três estratégias: 1) informativa – disponibilização de conteúdos informativos; 2) contacto – contacto com pessoas com experiência de DM; 3) formativa – formação online subdividida em 12 temas sobre DM. Cada tema é abordado durante duas a três sessões, cuja duração compreende os 45 minutos a 1 hora. As sessões foram divididas da seguinte forma: vídeo explicativo; ideias-chave; atividades e autoavaliação da sessão. No entanto, para este estudo aplicamos um pré-teste e, posteriormente, seguimos às sessões onde apresentamos a saúde mental *versus* a doença mental, passando depois para o tema específico da esquizofrenia e no final aplicamos o pós-teste do questionário MHLM.

O presente estudo decorreu com base em duas estratégias de intervenção: formativa e informativa. A primeira estratégia assentou na elaboração de um *kit* informativo, onde estão disponíveis para consulta os seguintes capítulos: o que é ter a “condição”; viver com a “condição” – sintomas e dificuldades; sinais de

alerta; causas e fatores de risco; qual o tratamento; onde procurar ajuda; como lidar com a “condição” e, por fim, alguns mitos associados à saúde mental, à doença mental e à esquizofrenia.

Para a elaboração da segunda estratégia, inicialmente, procedeu-se à recolha de dados, através de sessões realizadas com pessoas diagnosticadas com EZ, nas quais foi aplicado o questionário de autorresposta MHLM. Assim, o módulo do programa “O Bicho de Sete-Cabeças” foi composto por quatro sessões – saúde mental *versus* doença mental e, posteriormente, definição de esquizofrenia (o que é/sintomas/causas/fatores de risco e de proteção/tratamento) – semanais com uma duração total de 8 horas. Antes de iniciar a primeira sessão, foi feita uma breve introdução sobre o presente estudo, tal como o objetivo destas sessões e do inquérito.

As sessões foram organizadas da seguinte forma: recurso audiovisual, descrição explicativa (ideias-chave), exercícios práticos, autoavaliação e outros recursos (*sites/livros/séries e/ou filmes*).

Figura 3 – Exemplo do Recurso Audiovisual



Numa primeira parte foi elaborado o que é a SM e a DM de forma a criar a oportunidade de os participantes compreenderem conceitos relacionados com DM e a sua própria doença. Ainda, nesta primeira fase, foram abordados e desmistificados mitos que são, comumente, associados à DM e partindo destes foram explicadas as causas e fatores de risco da DM. Por fim, os participantes foram elucidados sobre quais são os tratamentos disponíveis.

No que refere à EZ, entendeu-se como objetivos específicos compreender o que é a doença; conhecer os sintomas; compreender e identificar as causas e os fatores de risco; reconhecer fatores de risco e fatores protetores; identificar os mitos associados à EZ; conhecer os tratamentos disponíveis; compreender de que forma o tratamento contribui para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com EZ; compreender a importância do papel da família para a recuperação e reconhecer a importância de pedir ajuda.

Tanto no início do módulo como no final, os participantes responderam ao questionário MHLM, através do qual foi possível avaliar os conhecimentos, crenças e recursos que têm sobre a SM, a DM e a EZ. Assim, será possível comparar as respostas do questionário antes e depois da participação no programa e mensurar o impacto do mesmo. No final das sessões, passado uma semana, foi entregue aos participantes um Questionário de Satisfação.

O tratamento e exploração dos dados obtidos dos questionários foi realizado através de uma análise estatística descritiva e inferencial, recorrendo-se ao programa software IBM *Statistical Package for The Social Sciences* (SPSS) versão 27.0 para *Windows*. Neste programa foram introduzidos os resultados obtidos do questionário como, também, dos dados sociodemográficos de cada participante do estudo, criando-se, assim, uma base de dados. Posteriormente, procedeu-se à caracterização dos dados sociodemográficos como idade, naturalidade, género, estado civil, habilitações literárias e situação laboral, procedendo-se à estatística descritiva, as variáveis nominais foram categorizadas por frequências absolutas (n) e relativas (%) e as variáveis quantitativas por medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão). De seguida, realizou-se uma análise descritiva dos *scores* totais do questionário através da apresentação da média e do desvio padrão com o objetivo de verificar os resultados dos níveis de LSM dos participantes pré e pós teste. Para tratar os dados obtidos foi considerado um nível de significância de 0.05 e delineou-se a realização de testes t para amostras emparelhadas, que pretendem comparar as médias dos resultados pré-testes com os pós-testes. A normalidade não foi verificada através do teste *Shapiro-Wilk*, dado que o tamanho da amostra é inferior a 30, portanto foi utilizado o teste não-paramétrico de *Wilcoxon*.

Este estudo foi submetido à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto.

No capítulo seguinte serão representados os resultados obtidos a partir do questionário MHLM e de satisfação, sucedendo-se, a discussão dos mesmos e a conclusão do trabalho.

## Capítulo III – Resultados

### 3.1. Caracterização dos participantes

A amostra foi intencional e por conveniência por forma a cumprir os critérios de elegibilidade acima descritos. Este estudo contou com a participação de um total de dez pessoas diagnosticadas com EZ, utentes de um centro de reabilitação situado na cidade do Porto, com idades entre os 34 e os 56 anos, sendo a média de idades  $\approx 44$  anos, onde quatro são do sexo feminino e seis do sexo masculino. No que concerne às habilitações literárias dos participantes, sete frequentaram o 12º ano de escolaridade, dois têm escolaridade superior ao 12º ano e apenas um dos participantes tem a escolaridade abaixo do 12º ano. Relativamente, à situação laboral nenhum dos participantes se encontra empregado.

Tabela I – Caracterização dos dados sociodemográficos

		Amostra (N=10)	
		n	Percentagem
Género	Feminino	4	40%
	Masculino	6	60%
Idade	34 anos – 40 anos	5	50%
	41 anos 56 anos	5	50%
Naturalidade	Porto	6	60%
	Outros	4	40%
Estado Civil	Solteiro	9	90%
	União de facto	1	10%
Habilitações Literárias	12º ano	7	70%
	<12º ano	1	10%
	>12º ano	2	20%
Situação Laboral	Desempregado	3	30%
	Reforma por Invalidez	2	20%
	Pensão Social	4	40%
	Baixa Médica	1	10%

### 3.2. Resultados

A LSM de pessoas com diagnóstico de EZ foi avaliada longitudinalmente, em dez participantes (seis homens, com idade compreendidas entre os 34 e os 56 anos, idade média de 43,5 anos e quatro mulheres com idade compreendidas entre os 35 e os 55 anos, idade média de 45,8).

#### 3.2.1. Resultados do Questionário MHLM

Os resultados mostram um *score* total mínimo para o pré-teste de 13 valores e o máximo de 23 valores, sendo a média de 19,3 e o desvio padrão  $\pm 3,622$ . No que diz respeito ao *score* total do pós-teste é apresentado como resultado mínimo 17 valores e máximo 25 valores, sendo a média de 20,8 e o desvio padrão de  $\pm 2,440$ . Estes dados encontram-se descritos na tabela II.

Tabela II- Representação das médias das cotações finais do questionário MHLM

Score total MHLM	Amostra (N=10)	
	N	
	Pré-teste	Pós-teste
Mínimo	13	17
Máximo	23	25
Média $\pm$ Desvio Padrão	19,3 ( $\pm 3,622$ )	20,8 ( $\pm 2,440$ )

Comparadas as médias das respostas pré e pós-teste verifica-se que apenas houve um aumento de 1,5 valores, o que não representa um aumento marcado nos níveis de literacia. Ainda, as mesmas foram analisadas com recurso a análise estatística e, inicialmente, foi verificada a distribuição normal da amostra.

H0: as médias do pré-testes e do pós-teste seguem uma distribuição normal;

H1: as médias do pré-teste e do pós-teste não segue uma distribuição normal.

Tabela III- Teste de Normalidade

Teste de normalidade				
	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
	Estatística	sig	Estatística	sig
Total pré-teste	0,267	0,042	0,811	0,020
<b>MHLM</b>				
Total pós-teste MHLM	0,211	0,200	0,901	0,224

Uma vez que a amostra não segue a distribuição normal (tabela III), foi realizado o teste não paramétrico de *Wilcoxon* por forma a comparar as médias das pontuações obtidas nos questionários preenchidos antes e depois das sessões. Foram estabelecidas as seguintes hipóteses:

H0: A distribuição das variáveis pré-teste e pós-teste são idênticas;

H1: A distribuição das variáveis pré-teste e pós-teste não são idênticas.

Ao aplicar o teste de *Wilcoxon*, verificou-se que  $p = 0,105$  ( $0 < 0,05$ ), logo não se rejeita H0 (tabela IV). Assim sendo, não existem evidências estatisticamente suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que existem diferenças significativas nas distribuições dos níveis de LSM antes e depois das sessões.

Na tabela IV estão apresentados os resultados pré e pós-teste de algumas questões. Foram selecionadas as questões onde se verificou a alteração de resposta em pelo menos dois participantes. Quando analisadas questão a questão, verificou-se que, no pré-teste da pergunta "Uma pessoa com esquizofrenia pode ver coisas que na realidade não existem?", sete participantes responderam "Concordo" ou "Concordo totalmente", um respondeu "Neutro" e dois "Discordo Totalmente". Já no pós-teste, todos os participantes responderam "Concordo" ou "Concordo totalmente", obtendo todos um valor, verificando-se um aumento no conhecimento acerca dos sintomas da esquizofrenia de três valores.

No que respeita à pergunta "Uma pessoa muito religiosa/espiritual não desenvolve doenças mentais?", dois participantes tinham respondido "Concordo" no pré-teste e alteraram a sua resposta no pós-teste para "Neutro" e "Discordo totalmente". Assim, podemos considerar que existiram melhorias naquilo que se refere aos mitos e crenças associados à DM.

Em relação à pergunta "A doença mental é uma doença de curta duração", dois participantes tinham respondido "Concordo", não obtendo valores e, no pós-teste, modificaram a sua resposta para "Discordo", adquirindo um valor cada. Relativamente à pergunta "A recuperação de uma doença mental depende, maioritariamente, do acaso ou do destino", três participantes responderam "Neutro", ao qual dois destes alteraram a sua resposta para "Discordo", obtendo no pós-teste um valor cada. Nestas questões podemos observar o aumento do conhecimento relativo ao tratamento, num total de quatro valores.

Ainda à questão “Não se deve perguntar a uma pessoa com depressão se tem pensamento sobre suicídio”, cinco dos participantes, inicialmente responderam “Neutro” e no pós-teste três destes alteraram a resposta para “Discordo”, ou seja, no final houve um aumento de três valores para esta pergunta, onde os participantes verificaram que é importante perguntar às pessoas sobre os seus sentimentos/pensamentos.

No que concerne à causa da EZ, à pergunta “Fraco desempenho parental causa esquizofrenia”, quatro participantes responderam “Concordo” e três “Neutro”, ao qual no pós-teste, cinco destes, alteraram a sua resposta para “Discordo”. Portanto, após a intervenção houve um aumento de cinco valores para esta pergunta, que espelham mais conhecimento sobre o perfil das pessoas com EZ.

Tabela IV– Respostas às perguntas 2/13/ 15/16/17/18– pré e pós-teste

<b>2- Uma pessoa com esquizofrenia pode ver coisas que na realidade não existem?</b>			
<b>Pré-teste</b>		<b>Pós-Teste</b>	
Concordo	5	Concordo	7
Concordo Totalmente	2	Concordo Totalmente	3
Neutro	1	Neutro	-
Discordo	2	Discordo	-
Discordo Totalmente	-	Discordo Totalmente	-
Não sei	-	Não sei	-
<b>13 - Uma pessoa muito religiosa/espiritual não desenvolve doenças mentais?</b>			
<b>Pré-teste</b>		<b>Pós-Teste</b>	
Concordo	2	Concordo	-
Concordo Totalmente	-	Concordo Totalmente	-
Neutro	1	Neutro	2
Discordo	6	Discordo	1
Discordo Totalmente	1	Discordo Totalmente	7
Não sei	-	Não sei	-
<b>15- A doença mental é uma doença de curta duração</b>			
<b>Pré-teste</b>		<b>Pós-teste</b>	
Concordo	2	Concordo	-
Concordo Totalmente	-	Concordo Totalmente	-
Neutro	2	Neutro	1
Discordo	4	Discordo	8
Discordo Totalmente	2	Discordo Totalmente	1
Não sei	-	Não sei	-
<b>16- A recuperação de uma doença mental depende, maioritariamente, do acaso ou do destino</b>			
<b>Pré-teste</b>		<b>Pós-teste</b>	
Concordo	1	Concordo	1
Concordo Totalmente	-	Concordo Totalmente	-

Neutro	3	Neutro	1
Discordo	3	Discordo	6
Discordo Totalmente	3	Discordo Totalmente	2
Não sei	-	Não sei	-
<b>17- Não se deve perguntar a uma pessoa com depressão se tem pensamento sobre suicídio</b>			
	<b>Pré-teste</b>		<b>Pós-teste</b>
Concordo	2	Concordo	2
Concordo Totalmente	-	Concordo Totalmente	-
Neutro	5	Neutro	2
Discordo	2	Discordo	5
Discordo Totalmente	1	Discordo Totalmente	1
Não sei	-	Não sei	-
<b>18- Fraco desempenho parental causa esquizofrenia</b>			
	<b>Pré-teste</b>		<b>Pós-teste</b>
Concordo	4	Concordo	1
Concordo Totalmente	-	Concordo Totalmente	-
Neutro	3	Neutro	1
Discordo	2	Discordo	7
Discordo Totalmente	1	Discordo Totalmente	1
Não sei	-	Não sei	-

### 3.2.2. Resultados do Questionário de Satisfação

Relativamente, à opinião dos participantes sobre a aplicação do programa de LSM (Tabela V), esta foi bastante positiva, pelo que a cotação máxima para cada questão seria de 45 valores e a média foi de  $\pm 36,411$ . As questões que obtiveram uma maior cotação (39 e 40 valores) foram as questões três, onze, doze e quinze.

Tabela V – Nível de satisfação dos participantes com o programa de Literacia em Saúde Mental

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo/ Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1 - Os conteúdos da formação foram pertinentes?	-	1	-	5	3
2 - Aprendeu conceitos novos sobre saúde mental, doença mental e esquizofrenia?	-	-	1	6	2
3 - Os temas foram apresentados de forma lógica e interessante?	-	-	1	3	5
4 - Os conteúdos foram claros e atrativos?	-	1	1	6	1

5 – Considera que é capaz de aplicar o que aprendeu no seu quotidiano?	-	-	3	3	3
6 – O formato <i>b-learning</i> do curso foi adequado?	-	-	4	3	2
7 – A duração total da formação foi a necessária?	-	2	1	6	-
8 – A periodicidade entre sessões foi adequada?	-	-	2	6	1
9 – O número de sessões foi adequado?	-	3	1	2	3
10 – A duração de cada sessão foi adequada?	-	-	1	5	3
11 – O formador foi um bom comunicador?	-	-	-	5	4
12 – O formador foi capaz de criar empatia?	-	-	-	6	3
13 – O formador mostrou-se disponível para tirar dúvidas?	-	-	2	4	3
14 – Houve um bom equilíbrio entre exposição/apresentação e envolvimento do grupo?	-	-	1	5	3
15 – A formação vai ajudá-lo no seu dia-a-dia?	-	-	1	4	4
16 – Sentiu-se motivado ao longo da formação?	-	-	1	7	1
17 – A formação correspondeu às suas expectativas?	-	-	1	7	1

No que concerne à avaliação geral dos participantes sobre o programa é possível compreender que, tendencialmente, a formação foi positiva.

Tabela VI – Avaliação global dos participantes em relação ao programa de Literacia em Saúde Mental

	Pobre	suficiente	Boa	Muito boa	Excelente
Como avalia globalmente a formação			3	5	1

Finalizada a análise dos resultados obtidos, de seguida iremos proceder a discussão dos mesmos.

## Capítulo IV – Discussão

O presente estudo que envolveu dez participantes teve como principal objetivo contribuir para o aumento da literacia em saúde mental em populações já diagnosticadas com esquizofrenia, através da disponibilização de um programa *b-learning*. Admite-se desde já como limitação deste estudo o reduzido número da amostra.

Com a aplicação do questionário MHLM foi possível avaliar a evolução do conhecimento dos participantes, tendo em conta o progresso do pré-teste para o pós-teste. Os resultados deste instrumento podem variar de zero a 26 pontos, sendo que quanto mais elevados forem os valores maiores serão os níveis de LSM. Ressalvamos que, o facto de a pontuação assumir um valor para as respostas “Concordo” e “Concordo Totalmente” e a partir da 13ª questão para “Discordo” e “Discordo Totalmente”, assumindo zero pontos para as restantes quatro opções de resposta poderá ter influenciado o nível de significância do estudo.

Ao analisar os *scores* totais, no que respeita às médias do pré-teste e do pós-teste, podemos verificar que ocorreu apenas uma diferença de 1,5 valores e, após a realização da análise estatística, confirmamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias da pré-intervenção para a pós. No entanto, não existir uma diferença significativa nestas médias pode estar relacionado com o facto de logo à partida os participantes já possuírem níveis de LSM moderados, mas, também, questões metodológicas como a duração da intervenção podem ter condicionado a existência de resultados de maior relevância.

Os níveis de LSM dos participantes envolvidos no presente estudo, antes da intervenção eram moderados, valores que se se mantiveram nas avaliações após a realização da intervenção. Contudo, quando comparamos os níveis de LSM dos participantes deste estudo com outros, percebemos que os nossos participantes não são representativos daquilo que são os níveis de LSM da maior parte das pessoas com diagnóstico de DM e/ou EZ. De acordo com a avaliação nacional de saúde, 26% dos adultos na população em geral nos Estados Unidos têm níveis inadequados de LS (Kutner et al., 2006). Este estudo constatou que a prevalência de uma LS inadequada entre adultos com doenças mentais graves é muito mais elevado. Ainda, um estudo realizado por *Clausen, Watanabe-Galloway, Bill Baerentzen e Britigan* (2016), concluiu que as pessoas com diagnóstico de EZ tendem a ter níveis mais baixos de LSM. *Degan e colaboradores* (2019), também, obtiveram as mesmas conclusões, ou seja, pessoas com diagnóstico de DM apresentariam níveis de LSM diminutos. Neste últimos dois estudos os participantes estavam inseridos em unidades de reabilitação, à semelhança dos participantes envolvidos no presente estudo.

Ao contrário do que a literatura reporta, com a avaliação do programa não verificamos níveis baixos de LSM nas pessoas com EZ, contudo esta amostra não é representativa, devido ao facto de ter incluído

apenas dez participantes e todos estarem integrados numa instituição de reabilitação psicossocial, onde são disponibilizadas atividades de psicoeducação. Ainda, relativamente, à variável “Habilitações Literárias” pode-se verificar que nove dos dez participantes têm, pelo menos, o 12º ano de escolaridade e este poderá ser um fator decisivo no âmbito dos seus conhecimentos, o que vai ao encontro da literatura, onde consta que quanto mais elevados forem os níveis de ensino de uma população, tantas mais são as hipóteses de que o seu perfil de literacia melhore (Monteiro, 2009).

Assim sendo, decidimos avaliar questão a questão para compreender onde ocorreu uma maior diferença antes e após a intervenção. Deste modo, foi na componente três (questões 13,15,16,17 e 18), relativa às crenças dos participantes, onde se verificou maior diferença, comparando a pontuação pré e pós-teste. Isto foi, também, referido no estudo de Loureiro e colaboradores (2014) que observaram mudanças significativas, relativamente à componente das crenças dos participantes. Sabe-se que o estigma que existe referente à SM é o espelho da falta de conhecimentos e falsas crenças sobre a própria DM e das suas causas subjacentes. Assim sendo, se a doença mental for corretamente compreendida como o produto de combinações de fatores sociais, biológicos e psicológicos, admite-se que em qualquer momento qualquer ser humano está suscetível a desenvolver um problema de SM. A percepção desta realidade pode ser um veículo de mudança em relação às falsas crenças (Brooks, 2012).

Comparando-se os resultados da pré-intervenção para os momentos pós-intervenção não se verificaram alterações estatisticamente significativas no que se refere à componente procura de ajuda e recursos. Segundo um estudo realizado por *MacLean, Hunt e Sweeting* (2013), esta é uma das componentes – do conceito de literacia em saúde mental – mais difíceis de modificar.

Em relação à questão – “Não se deve perguntar a uma pessoa com depressão se tem pensamento sobre suicídio”, também Loureiro e colaboradores (2013) confirmaram que no cômputo geral pôde-se verificar mudanças positivas em relação às frases de apoio e suporte que se pode dirigir a pessoas em situação de sofrimento psicológico (depressão). O facto de cinco dos participantes, inicialmente, terem respondido “Neutro” a esta pergunta pode ser explicado pelo facto de as pessoas considerarem que o simples facto de questionar sobre o suicídio desencadear a ideia na cabeça da pessoa (Jorm, 2012). Contudo, a intervenção teve um efeito positivo, pois aumentou o número de participantes (três) que considera útil perguntar por pensamentos suicidas. Todavia, este aumento não apresenta significância estatística.

A maior mudança existente foi relativa à pergunta “Frac parentalidade causa esquizofrenia”, onde se pode verificar uma diferença de quatro valores referente às causas da esquizofrenia.

Em suma, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, quando observamos questão a questão podem ser analisadas alterações que concerne os conhecimentos e as crenças dos participantes acerca da DM. Assim, corroboramos o programa – *Finding Space for Mental Health* (Campos et al., 2018), comprovando a eficácia de programas de promoção a curto prazo para melhorar os níveis de

literacia em saúde mental na população. Também, segundo o estudo realizado por *Perry* e colaboradores (2014), foi possível verificar o aumento dos níveis de literacia quando avaliados pré e pós-teste.

Relativamente, ao Questionário de Satisfação, foi possível compreender que, maioritariamente, os participantes, assumem que este programa contribuiu para a aquisição de novos conceitos e que a forma como estes foram demonstrados foi atrativa e pertinente. Segundo *Zhao* e colaboradores (2019) as intervenções *online* oferecem uma opção mais atrativa devido a ter um acesso acessível.

A maior discrepância a nível da pontuação centrou-se na duração do programa, onde alguns discordaram do tempo e duração do mesmo. Todavia, segundo *Zhao* e colaboradores (2019), a maioria das intervenções bem-sucedidas foram as que apresentavam robustez teórica, mas apresentadas num curto período de tempo.

Com a aplicação do questionário MHLM concluímos que a diferença pré e pós intervenção não teve diferenças significativas, contudo, ao fornecer programas baseados em evidências, o potencial para melhorar alguns problemas de saúde ou comportamentos associados é elevado, independentemente, das taxas de conclusão serem baixas (*Zhao et al., 2019*). No que concerne ao Questionário de Satisfação concluímos que existiu um balanço positivo, respetivamente, ao programa de literacia em saúde mental, porém, apenas seis dos participantes afirmaram que este poderia ter aplicabilidade no seu quotidiano.

## Conclusão

Os problemas de SM surgem cada vez mais como uma realidade presente nos diversos contextos sociais. A evidência científica produzida tem demonstrado que os níveis de LSM são reduzidos, independentemente, da população estudada (Chen, Parker, Kua, Jorm, & Loh, 2000, citados por Rosa et al., 2014). Deste modo, é crucial que se desenvolvam programas que promovam o aumento da LSM através de intervenções ajustadas à identidade dos indivíduos, tendo em conta conhecimentos, crenças e competências nesta área.

A EZ é considerada uma das doenças mentais mais estigmatizantes, tanto no que refere ao estigma, que advém da sociedade em geral como ao autoestigma. Assim sendo, compreendemos que o estigma e as falsas crenças associadas à DM fazem com que os indivíduos continuem à margem da sociedade, não tendo um papel ativo na sociedade (Kaushik et al., 2016; M. J. Quartilho et al., 2015; Querido et al., 2016; Rüsçh et al., 2005).

A LSM é um ponto determinante na SM, pois tem a potencialidade de melhorar a saúde de cada indivíduo, o seu bem-estar e qualidade de vida (Jorm, 2000; Mendenhall & Frauenholtz, 2013; Tay et al., 2018). O conhecimento aprimorado sobre SM e DM, melhora a conscientização sobre como procurar ajuda e tratamento e reduz o estigma contra a DM. Potenciar a identificação precoce de alguns sintomas de DM, melhora os resultados da SM e aumenta a procura e o uso de serviços de saúde (Wei, McGrath, Hayden, & Kutcher, 2015). É clara a correlação entre a LSM e o bem-estar, portanto é expectável que quanto maior a literacia neste âmbito maior será o bem-estar do indivíduo (Bjørnsen et al., 2018; WHO, 2005).

Nos resultados obtidos pudemos observar, pela análise descritiva das perguntas do questionário MHLM, que uma das componentes com maiores diferenças pré e pós-intervenção foi referente às crenças, o que perspetiva uma mudança de paradigma face às atitudes dos participantes. Segundo os resultados obtidos e, apesar de numa fase inicial os níveis de LSM já serem moderados, com a aplicação do programa foi possível assistir a um aumento dos níveis de LSM, mesmo não sendo significativos. Ou seja, os resultados obtidos não apresentaram significância estatística, pelo que consideramos que uma intervenção com maior carga horária poderia, uma metodologia mais rigorosa e / ou envolver pessoas com DM que não sejam acompanhadas em centros de reabilitação, poderia conduzir a que os resultados sejam mais relevantes.

Alertamos para o facto de estarmos perante um estudo piloto que apresenta algumas limitações, nomeadamente, dimensão da amostra ser reduzida, e o facto dos participantes integrarem uma unidade de reabilitação psicossocial, o que contribui para que o seu nível de LSM seja superior; utilização de apenas um instrumento de avaliação.

Com a realização deste trabalho foi possível perceber que existe uma escassez de estudos publicados, que se refiram à LSM na população com diagnóstico de DM, mais especificamente, EZ, principalmente, realizados em Portugal, embora seja um tema em ascensão. Admite-se como perspetivas futuras que

seria interessante alargar a amostra, para abranger um maior número de pessoas já diagnosticadas com EZ, quer estejam ou não a receber tratamento em unidades de reabilitação, permitindo uma amostra mais semelhante àquilo que será a população em geral, assim como, a comparação entre pessoas que recebem acompanhamento e pessoas que não têm esse suporte. Também, em investigações futuras seria aliciante comparar os resultados quantitativos obtidos neste estudo, com um questionário qualitativo e, assim, gerar mais conhecimento e possibilidade de proporcionar novas e mais eficazes intervenções às pessoas com DM, em particular EZ.

## Referências Bibliográficas

- Al Omari, O., Wynaden, D., Alkhalaf, A., Al-Delaimy, W., Heslop, K., Al Dameery, K., & Bani Salameh, A. (2019). Knowledge and Attitudes of Young People toward Mental Illness: A Cross Sectional Study. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing, 00(00)*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1670752>
- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Gonçalves-Pereira, M., Gusmão, R., Barahona Correa, B., ... Silva, J. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1.º Relatório. In *World Mental Health Surveys Initiative: Lisboa*.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: manual diagnóstico e estatística de transtornos mentais*.
- Araújo, L., Godoy, E., & Botti, N. B. (2017). Situações presentes na crise de pacientes psicóticos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 69(2)*, 138–152.
- Arciniegas, M., & David, B. (2015). Psychosis. *American Academy of Neurology, 21(3)*, 715–736.
- Bjørnsen, H. N., Ringdal, R., Espnes, G. A., Eilertsen, M. B., & Moksnes, U. K. (2018). Exploring MEST : a new universal teaching strategy for school health services to promote positive mental health literacy and mental wellbeing among Norwegian adolescents. *BMC Health Services Research, 8*, 1–13.
- Bonabi, H., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Eisele, J., Rodgers, S., Seifritz, E., ... Rüschi, N. (2016). Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use: A longitudinal study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 204(4)*, 321–324. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000488>
- 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)*. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071426>
- Cardoso, C. (2002). *Os caminhos da Esquizofrenia* (Climepsi Editores, ed.). Lisboa.
- Chen, J. (2018). Some People May Need it, But Not Me, Not Now: Seeking Professional Help for Mental Health Problems in Urban China. *Transcultural Psychiatry, 55(6)*, 754–774. <https://doi.org/10.1177/1363461518792741>
- Clausen, W., Watanabe-Galloway, S., Bill Baerentzen, M., & Britigan, D. H. (2016). Health Literacy Among People with Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal, 52(4)*, 399–405. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9951-8>
- Corrigan, P., Powell, K., & Rüschi, N. (2012). How does stigma affect work in people with serious mental illnesses? *Psychiatric Rehabilitation Journal, 35(5)*, 381–384. <https://doi.org/10.1037/h0094497>
- D’Agord, M. (2013). Esquizofrenia, os limites de um conceito. *Psicologia USP, 16(11)*, 1–7.
- Degan, T., Kelly, P., Robinson, L., Deane, F., Wolstencroft, K., Turut, S., & Meldrum, R. (2019). Health literacy

- in people living with mental illness: A latent profile analysis. *Psychiatry Research*, 280(March), 112499. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112499>
- 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). <https://doi.org/10.3390/ijerph15071318>
- Direcção-Geral da Saúde. (2013). Portugal - Saúde Mental em números - 2013. *DGS - Ministério Da Saude- Programa Nacional Para a Saude Mental*, 104. <https://doi.org/2183-0665>
- Generoso, C. (2008). O funcionamento da linguagem na esquizofrenia: Um estudo lacaniano. *Agora*, 11(2), 267–281. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982008000200007>
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., & Fadden, G. (2012). O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspectos técnicos. *Análise Psicológica*, 25(2), 241–255. <https://doi.org/10.14417/ap.443>
- Grover, S., Chakrabarti, S., Kulhara, P., & Avasthi, A. (2017). Clinical Practice Guidelines for Management of Schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*, 59, 19–33. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196972>
- Harrer, M., Adam, S. H., Baumeister, H., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Auerbach, R. P., ... Ebert, D. D. (2019). Internet interventions for mental health in university students: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), 1–18. <https://doi.org/10.1002/mpr.1759>
- Hav, T., Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., & Alonso, J. (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European study of epidemiology of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 153–163. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0050-4>
- Hinshaw, S. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: Developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 46(7), 714–734. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x>
- Jorm, A. (2000). *Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders* *Mental health literacy Public knowledge and beliefs about mental disorders*. 396–401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
- Jorm, A. (2012). Mental health literacy; empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A. (2020). We need to move from 'mental health literacy' to 'mental health action.' *Mental Health and Prevention*, 18(February), 200179. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2020.200179>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the

- effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Jung, H., Von Sternberg, K., & Davis, K. (2016). Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry Research*, 243, 278–286. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.034>
- Karyotaki, E., Riper, H., Twisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., Mira, A., ... Cuijpers, P. (2017). Efficacy of self-guided internet-based cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive symptoms a meta-analysis of individual participant data. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 351–359. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0044>
- Kaushik, A., Kostaki, E., & Kyriakopoulos, M. (2016). The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Research*, 243, 469–494. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.042>
- Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R. D., Hayward, P., & Corrigan, P. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 17(5), 482–491. <https://doi.org/10.1080/09638230701506283>
- Küchenhoff, J. (2018). Understanding Psychosis. *Understanding Psychosis*. <https://doi.org/10.4324/9781351025942>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Morgan, C. (2016). Mental health literacy in post-secondary students. *Health Education Journal*, 75(6), 689–697. <https://doi.org/10.1177/0017896915610144>
- Lehman, A. F., Jeffrey Lieberman, C. A., Lisa Dixon, V.-C. B., Thomas McGlashan, M. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., ... Regier, D. A. (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (2<sup>o</sup>)*.
- Levy, P., & Coentre, R. (2014). *Primeiro Episódio Psicótico* (M. de P. Clínica, ed.). Lisboa: LIDEL.
- Liu, T., & Potenza, M. N. (2010). Problematic Internet Use. *Encyclopedia of Behavioral Neuroscience*, 104–111. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-045396-5.00176-7>
- Loureiro, L. (2014). *Literacia em Saúde Mental: Capacitar as Pessoas e as Comunidades para Agir*.
- Loureiro, L. M. J., Jorm, A. F., Oliveira, R. A., Mendes, A. M. O. C., dos Santos, J. C. P., Rodrigues, M. A., & Sousa, C. S. F. (2013). Mental health literacy about schizophrenia: A survey of Portuguese youth. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(3), 234–241. <https://doi.org/10.1111/eip.12123>
- MacLean, A., Hunt, K., & Sweeting, H. (2013). Symptoms of Mental Health Problems: Children's and Adolescents' Understandings and Implications for Gender Differences in Help Seeking. *Children and Society*, 27(3), 161–173. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2011.00406.x>
- Mehrotra, K., Nautiyal, S., & Raguram, A. (2018). Mental health literacy in family caregivers: A comparative analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 31, 58–62. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.01.021>

- Mendenhall, A., & Frauenholtz, S. (2013). Mental health literacy: SocialWork's role in improving public mental health. *Social Work (United States)*, *58*(4), 365–368. <https://doi.org/10.1093/sw/swt038>
- Mental, P. N. para a S. (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL* (D.-G. de Saúde, ed.). Lisboa.
- Milin, R., Kutcher, S., Lewis, S. P., Walker, S., Wei, Y., Ferrill, N., & Armstrong, M. A. (2016). Impact of a Mental Health Curriculum on Knowledge and Stigma among High School Students: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *55*(5), 383–391.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.02.018>
- Morgan, A. J., Ross, A., & Reavley, N. J. (2018). Systematic review and meta-analysis of mental health first aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS ONE*, *13*(5), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. *Nice*, (February 2014), 1–39.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Rehabilitation for adults with complex psychosis*. (August).
- Oliveira, A. (2010). Conceptualização Histórica da Esquizofrenia. *Arquivos de Medicina*, *37*. Retrieved from [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50150/2/Conceptualizacao Historica da Esquizofrenia.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50150/2/Conceptualizacao_Historica_da_Esquizofrenia.pdf)
- Organization, W. H. (2005). Promoting mental health. In H. H. S. S. R. Moodie (Ed.), *The SAGE Handbook of Mental Health and Illness*. <https://doi.org/10.4135/9781446200988.n20>
- Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *Lancet*, *388*, 86–97.
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, *34*(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Perry, Y., Petrie, K., Buckley, H., Cavanagh, L., Clarke, D., Winslade, M., ... Christensen, H. (2014). Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: A cluster randomised controlled trial. *Journal of Adolescence*, *37*(7), 1143–1151. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.08.001>
- Pinho, L., Sousa, L., Lopes, M., Valentim, O., & Ribeiro, J. (2020). Escala de Satisfação com o Suporte Social em Pessoas com Esquizofrenia. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, *6*(1), 1–17.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, *370*(9590), 859–877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- Quartilho, M. (2010). *Saúde Mental. Estado de Arte*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0470-1>
- Quartilho, M. J., Almeida, H., Fazenda, I., Gil, I., Fernandes, L., Sousa, M. de F., ... Alcaire, R. (2015). Estigma e

- doença mental. *Cadernos de Psiquiatria Social e Cultural*, 61–76. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-0968-3>
- Queirós, T., Coelho, F., Linhares, L., & Correia, D. (2019). Esquizofrenia: O Que o Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber. *Acta Médica Portuguesa*, 32(1), 70. <https://doi.org/10.20344/amp.10768>
- Querido, A., Tomás, C., & Carvalho, D. (2016). O estigma face à doença mental nos estudantes de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 3(Spe. 3), 67–72. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0120>
- Reavley, N., Morgan, A., & Jorm, A. (2014). Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(1), 61–69. <https://doi.org/10.1177/0004867413491157>
- Reddy, M. S. (2016). Lack of insight in psychiatric illness: A critical appraisal. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(3), 169–171. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.183080>
- Reis, H., Pereira, A., & Almeida, L. (2013). Construção e validação de um instrumento de avaliação do perfil desenvolvimental de crianças com perturbação do espectro do autismo. *Revista Brasileira de Educacao Especial*, 19(2), 183–194. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382013000200004>
- Ripke, S., Neale, B., Corvin, A., Walters, J., Farh, K. H., Holmans, P., ... O'Donovan, M. C. (2014). Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature*, 511(7510), 421–427. <https://doi.org/10.1038/nature13595>
- Rogers, M., Lemmen, K., Kramer, R., Mann, J., & Chopra, V. (2017). Internet-delivered health interventions that work: Systematic review of meta-analyses and evaluation of website availability. *Journal of Medical Internet Research*, 19(3), 1–28. <https://doi.org/10.2196/jmir.7111>
- Rüsch, N., Angermeyer, M., & Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4, 127–134.
- Saúde, O. M. de. (2002). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. In *The World Health Report*. Retrieved from [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)
- Saúde, P. N. de. (2015). Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020. In *Direção-Geral da Saúde*.
- Silva, A., Santos, C., Miron, F., Miguel, N., Furtado, C., & Bellemo, A. (2016). Esquizofrenia: Uma revisão bibliográfica. *Revista Unilus Ensino e Pesquisa*, 13(30), 18–25.
- Skre, I., Friberg, O., Breivik, C., Johnsen, L. I., Arnesen, Y., & Wang, C. (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: Effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-873>

- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria, & Mental, e S. (2016). Guia essencial para jornalistas Sobre saúde mental. In *Informemente*.
- Tanaka, G., Ogawa, T., Inadomi, H., Kikuchi, Y., & Ohta, Y. (2003). Effects of an educational program on public attitudes towards mental illness. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *57*(6), 595–602. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2003.01173.x>
- Tânia Morgado, M. B. (2014). *Intervenções promotoras da literacia em saúde mental dos adolescentes: uma revisão sistemática da literatura* | 1, 90–96.
- Tay, J., Tay, Y., & Klainin-Yobas, P. (2018). Mental health literacy levels. *Archives of Psychiatric Nursing*, *32*(5), 757–763. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>
- Telo-de-Arriaga, M., Santos, B., Silva, A., Francisco, M., Nicole, C., & Freitas, G. (2019). Plano de ação para a literacia em saúde. *Direção Geral Da Saúde*, *6*.
- Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., Williams, E., & Loi, N. M. (2019). Schizophrenia literacy: the effects of an educational intervention on populations with and without prior health education. *Journal of Mental Health*, *28*(3), 229–237. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1521923>
- Tonsing, K. (2018). A review of mental health literacy in Singapore. *Social Work in Health Care*, *57*(1), 27–47. <https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1383335>
- Waldmann, T., Staiger, T., Oexle, N., & Rüschi, N. (2020). Mental health literacy and help-seeking among unemployed people with mental health problems. *Journal of Mental Health*, *29*(3), 270–276. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581342>
- Wang, K., Varma, D. S., & Prosperi, M. (2018). A systematic review of the effectiveness of mobile apps for monitoring and management of mental health symptoms or disorders. *Journal of Psychiatric Research*, *107*, 73–78. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.10.006>
- Wei, Y., McGrath, P., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, *15*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
- Wong, F. K. D., Lam, Y. K. A., & Poon, A. (2010). Depression literacy among Australians of Chinese-speaking background in Melbourne, Australia. *BMC Psychiatry*, *10*. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-7>
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health – New Understanding, New Hope*.
- World Health Organization. (2013). *Health Literacy. The solid facts* (F. A. & A. D. T. Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, ed.). <https://doi.org/10.1002/rcm.3390>
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, *7*(1), 1–10. [39](https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

Zhao, Y., Feng, H., Hu, M., Hu, H., Li, H., Ning, H., ... Peng, L. (2019). Web-based interventions to improve mental health in home caregivers of people with dementia: Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 21(5), 1–11. <https://doi.org/10.2196/13415>

## Anexos

### Anexo I – Versão Portuguesa da Medida de Literacia em Saúde Mental (MHLM) – Fase de validação

Abaixo estão algumas afirmações sobre Saúde Mental

Por favor **assinale apenas uma resposta para cada afirmação** de acordo com o seu nível de concordância com a mesma. Por favor **não tente adivinhar a resposta**.

Use “**Não sei**” se não tem conhecimentos para responder à afirmação.

Afirmações	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente	Não sei
O aconselhamento é um tratamento útil para a depressão						
Uma pessoa com esquizofrenia pode ver coisas que, na realidade, não existem						
O diagnóstico precoce de uma doença mental pode aumentar a probabilidade de melhorar						
Frequentar grupos de suporte interpares ajuda na recuperação da doença mental						
Uma dor física inexplicável ou fadiga podem ser um sinal de depressão						
A terapia cognitivo-comportamental pode mudar a forma como uma pessoa pensa e reage ao stress						
Uma pessoa com perturbação bipolar pode apresentar uma mudança radical de humor						
Tomar medicamentos prescritos para a doença mental é eficaz						
Quando uma pessoa deixa de cuidar da sua aparência, isso pode ser sinal de depressão						
Beber álcool piora os sintomas da doença mental						
Uma pessoa com doença mental pode receber tratamento em contexto comunitário						

Afirmações	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente	Não sei
Uma pessoa com perturbações de ansiedade tem ansiedade ou medo excessivos						
Uma pessoa muito religiosa/espiritual não desenvolve doenças mentais						
A depressão é um sinal de fraqueza pessoal						
A doença mental é uma perturbação de curta duração						
A recuperação de uma doença mental depende maioritariamente do acaso ou do destino						
Não se deve perguntar a uma pessoa com depressão se tem pensamentos sobre suicídio						
Fraco desempenho parental causa esquizofrenia						
A doença mental melhora com o tempo, mesmo sem tratamento						
Recuperar de uma doença mental é igual a estar curado						
Uma pessoa pode parar de acumular compulsivamente coisas quando quiser						
Uma pessoa com depressão irá melhorar, por si só, sem tratamento						

Afirmações	Sim	Não
Eu sei onde me dirigir para receber cuidados de saúde mental		
Eu sei como obter o número de uma linha telefónica de prevenção do suicídio		
Eu sei onde obter informação útil sobre a doença mental		
Eu sei como contactar uma instituição de saúde mental na minha área de residência		

Jung, H., von Sternberg, K., & Davis, K.(2016). Mental Health Literacy Measure. Versão Portuguesa por LabRP, ESS|P.Porto, 2018.

## Anexo II – Questionário de Satisfação

### Programa de Literacia em Saúde Mental

Solicita-se que assinale por favor com uma cruz (X) a opção que melhor traduz a sua opinião sobre o curso. O preenchimento deste inquérito é anónimo e confidencial.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo/ Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Os conteúdos da formação foram pertinentes?					
Aprendeu conceitos novos sobre saúde mental, doença mental e esquizofrenia?					
Os temas foram apresentados de forma lógica e interessante?					
Os conteúdos foram claros e atrativos?					
Considera que é capaz de aplicar o que aprendeu no seu quotidiano?					

O formado <i>b-learning</i> do curso foi adequado?					
A duração total da formação foi a necessária?					
A periodicidade entre sessões foi adequada?					
O número de sessões foi adequado?					
A duração de cada sessão foi adequada?					
O formador foi um bom comunicador?					
O formador foi capaz de criar empatia?					
O formador mostrou-se disponível para tirar dúvidas?					
Houve um bom equilíbrio entre exposição/apresentação e envolvimento do grupo?					

A formação vai ajudá-lo no seu dia-a-dia?					
Sentiu-se motivado ao longo da formação?					
A formação correspondeu às suas expectativas?					

AVALIAÇÃO GLOBAL	Pobre	suficiente	Boa	Muito boa	Excelente
Como avalia globalmente a formação					

SUGESTÕES DE MELHORIA



Muito obrigada pela colaboração!

### **Anexo III – Questionário Sócio-demográfico**

O presente programa de Literacia em Saúde Mental tem como objetivo compreender os níveis de literacia em pessoas diagnosticadas com Esquizofrenia e está a ser realizado no âmbito do Mestrado de Terapia Ocupacional em Saúde Mental da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto (ESS/P.PORTO).

Enfatiza-se que os dados recolhidos apenas serão utilizados para fins científicos e académicos, garantido-se o completo anonimato e confidencialidade da informação recolhida.

Obrigado pela sua colaboração.

Idade

-----

Género

O Masculino

O Feminino

O Outra:-----

Estado Civil

O Solteiro

O Casado

O Divorciado

O Outra:-----

Habilitações Literárias

O 6º ano

O 9º ano

O 12ºano

O Licenciatura

O Outra:-----

Naturalidade

O Porto

O Outra:-----

Situação Laboral

Empregado

Desempregado

Outra:\_\_\_\_\_