



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

**LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DE PESSOAS COM
NECESSIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL:
UM ESTUDO DESCRITIVO-CORRELACIONAL**

Dissertação de Mestrado

Daniela Azevedo Martins

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DE PESSOAS COM NECESSIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE
MENTAL: UM ESTUDO DESCRITIVO-CORRELACIONAL

MENTAL HEALTH LITERACY OF PEOPLE IN NEED OF MENTAL HEALTH CARE: A DESCRIPTIVE-
CORRELATIONAL STUDY

Dissertação de Mestrado orientada pelo Professor Doutor Carlos Sequeira e
coorientada pelo Professor Doutor Francisco Sampaio

Daniela Azevedo Martins

Porto, 2023

Matar o sonho é matarmo-nos.
É mutilar a nossa alma.
O sonho é o que temos de realmente nosso,
de impenetravelmente e inexpugnavelmente nosso.

Fernando Pessoa,
in Livro do Desassossego por Bernardo Soares

AGRADECIMENTOS

Chegada a hora de agradecer, a quem me ajudou em todo o processo que foi a realização desta dissertação, não quero deixar ninguém para trás.

Primeiro de tudo, tenho que agradecer ao meu orientador, Professor Carlos Sequeira, por não desistir de mim e por todo o carinho e admiração que lhe tenho. Depois, ao Francisco, coorientador deste trabalho, a quem devo muito, sem ele este caminho tinha sido muito mais difícil. Muito obrigada a ambos por toda a ajuda e paciência.

Seguidamente, tenho que agradecer aos médicos do HML, por toda a ajuda que me deram, em especial à Dr.^a Ana Cerqueira, pelo mote para iniciar a colheita de dados, à Dr.^a Sofia Gomes, “madrinha deste trabalho” e ao Dr. Jorge Mota e ao Dr. Nelson Oliveira, pelo empenho e nunca se esquecerem de mim, as tardes nas consultas foram muito melhor passadas graças a vocês.

Não me posso esquecer da minha querida equipa, a equipa de enfermagem do S.I.I., vocês foram e são essenciais no meu percurso profissional (e pessoal). Um especial obrigada ao Pedro Santos, porque me deu os motivos para continuar este capítulo que estive temporariamente em *stand by* na minha vida e à Ana Diegues, pela amizade.

Preciso (muito) agradecer à Susana, pelos ensinamentos, pelo exemplo e pelas palavras assertivas.

Agradecer aos meus amigos (amo-vos muito!), à minha família (que são uma grande rede de suporte).

Por fim, agradecer às pessoas mais importantes na minha vida:

Pai, Mãe, vocês são tudo de melhor que eu posso desejar ter. Muito obrigada por tudo, mas acima de tudo, por existirem.

João, obrigada pelo companheirismo, pelas horas despendidas a trabalhar comigo, a ajudar-me neste caminho e a abdicar de mim, para que eu pudesse ter tempo de me dedicar a esta “missão” que era acabar esta dissertação.

À minha avó, Odília, estejas onde estiveres, espero que estejas orgulhosa de mim.

Ps: Ao Kinder e ao Kajú, pelas horas de companhia, em que dormiram ao meu lado enquanto eu trabalhava.

SIGLAS/ABREVIATURAS

Cit. por - Citado(a) por

D1 - Dimensão 1

D2 - Dimensão 2

D3 - Dimensão 3

DGS - Direção-Geral da Saúde

DP - Desvio-Padrão

Dr. - Doutor

DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Ex. - Exemplo

Et al. - E colaboradores

Etc. - *Et cetera*

H - Kruskal-Wallis

INE - Instituto Nacional de Estatística

LS - Literacia em Saúde

LSM - Literacia em Saúde Mental

LSM+ - Literacia em Saúde Mental Positiva

MESMP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

n - Total

Nº - Número

NIMH - National Institute of Mental Health

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p - Significância

p. - Página

PC - Processo Clínico

PNSM - Programa Nacional para a Saúde Mental

Prof. - Professor

QCSM - Questionário do Conhecimento sobre Saúde Mental

QSM+ - Questionário da Saúde Mental Positiva

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

rs - Coeficiente de Correlação de *Spearman*

SM - Saúde Mental

SM+ - Saúde Mental Positiva

STROBE - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

Z - Mann-Whitney

% - Percentagem

RESUMO

Enquadramento: A literacia em saúde mental é um conceito que tem vindo a ganhar importância na área da Saúde Mental, pois visa aumentar o empoderamento da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental no que à sua doença diz respeito. Após uma revisão de literatura, percebeu-se que existe uma lacuna deste conhecimento no que concerne à literacia em saúde mental de pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental.

Objetivos: Com este trabalho pretende-se identificar o nível de literacia em saúde mental das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental; identificar a relação entre as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental e o seu nível de literacia em saúde mental e identificar a relação entre esta e a saúde mental positiva em pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental.

Métodos: Foi realizado um estudo descritivo-correlacional com a avaliação dos níveis de literacia em saúde mental, os níveis de saúde mental positiva e as relações existentes entre as características sociodemográficas e clínicas e o nível de literacia em saúde mental dos participantes no estudo. Recorreu-se a uma amostragem não probabilística acidental, incluindo 222 pessoas com diagnóstico de doença mental, em regime de internamento e/ou em regime de ambulatório a serem seguidas num Hospital Psiquiátrico de referência em Portugal. A análise de dados foi feita com recurso ao IBM SPSS®, versão 29.0.

Resultados: Os níveis de literacia em saúde mental de pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental demonstraram, em média, ser positivos (*score* médio total de 40,26 pontos de um total de 50 pontos possíveis). A escolaridade e o hábito de procurar informação sobre a doença, mostraram ser fatores que se relacionam com o aumento da literacia em saúde mental. Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre os níveis de literacia em saúde mental e os níveis de saúde mental positiva. No entanto, os *scores* de avaliação da saúde mental positiva, demonstraram também ser favoráveis, obtendo um *score* de 54,09 num total de 70 pontos possíveis.

Conclusões: A amostra de pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental mostrou níveis favoráveis de literacia em saúde mental e de saúde mental positiva. Ao contrário do que se considerava anteriormente, pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental não teriam bons resultados nos *scores* de saúde mental positiva, porque tinham uma doença mental, o mesmo não se verificou neste estudo.

Palavras-chave: Saúde Mental; Literacia em Saúde Mental; Pessoas com Necessidade de Cuidados de Saúde Mental; Saúde Mental Positiva.

ABSTRACT

Background: The concept of mental health literacy has increasingly become more important in the area of Mental Health, as it aims to foster the empowerment of people with mental health care needs when it comes to their illness. After a literature review, it was realized that there is a gap in this knowledge regarding the mental health literacy of people in need of mental health care.

Objectives: With this study, it is intended to identify the level of mental health literacy of people with mental health care needs; to identify the relation between the sociodemographic and clinical characteristics of people with mental health care needs and their level of mental health literacy; and to identify the relation between mental health literacy and positive mental health in people with mental health care needs.

Methods: A descriptive-correlational study was carried out with the assessment of the mental health literacy levels, of the positive mental health levels and the relation between sociodemographic and clinical characteristics and the mental health literacy level of the study's participants. An accidental non-probability sampling was conducted, including 222 people with a mental disorder diagnosis that were inpatients and/or outpatients being treated at a Psychiatric Hospital, in Portugal. Data analysis was performed using IBM SPSS®, version 29.0.

Results: Mental health literacy levels in people with mental health care needs have shown, on average, to be positive (with an average total score of 40,26 points from a total of 50 possible points). The level of education and the habit of searching for information about the illness have shown to have relation with an increase in mental health literacy. No statistically significant association was found between mental health literacy levels and positive mental health levels. However, the positive mental health assessment scores also proved to be favorable, obtaining a score of 54,09 out of 70 possible points.

Conclusions: The sample of people in need of mental health care showed favorable levels of mental health literacy and positive mental health. Contrary to what was previously considered, that people in need of mental health care would not have good results in positive mental health scores, because they had a mental disorder, the same did not occur in this study.

Keywords: Mental Health; Mental Health Literacy; People with Mental Health Care Needs; Positive Mental Health.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	14
1.1. Saúde	14
1.1.1. Saúde Mental	14
1.2. Literacia em Saúde	15
1.2.1. Literacia em Saúde Mental	16
1.3. A Pessoa com Necessidade de Cuidados de Saúde Mental	17
1.4. A Literacia em Saúde Mental de Pessoas com Necessidade de Cuidados de Saúde Mental	18
1.5. Pertinência do estudo	20
1.6. Objetivo do estudo	20
2. MÉTODOS	22
2.1. Desenho do estudo	22
2.2. População e amostra	22
2.3. Variáveis em estudo.....	24
2.4. Instrumentos de colheita de dados	25
2.4.1. Caracterização sociodemográfica e clínica.....	25
2.4.2. Questionário de conhecimento sobre saúde mental	25
2.4.3. Questionário de saúde mental positiva (versão reduzida).....	26
2.5. Procedimento de colheita de dados	27
2.6. Procedimento de análise de dados	28
2.7. Considerações éticas	29
3. ESTUDO EMPÍRICO	31
3.1. Resultados do Estudo	31
3.1.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra	31
3.1.2. Literacia em Saúde Mental	39

3.1.3. Saúde Mental Positiva	42
3.1.4. Análise Inferencial	45
3.2. Discussão de Resultados.....	58
3.3. Limitações do Estudo	67
4. CONTRIBUTOS DO ESTUDO PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS.....	83
ANEXO I - Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica	84
ANEXO II - Questionário de Conhecimento Sobre Saúde Mental.....	87
ANEXO III - Questionário de Saúde Mental Positiva (versão reduzida)	88
ANEXO IV - Pedido e autorização para utilização do QCSM e do QSM+	90
ANEXO V - Aprovação do projeto de investigação pela Comissão de Ética	92
ANEXO VI - Modelo de Consentimento Informado.....	95

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Características da amostra	32
QUADRO 2 - Características sociodemográficas da amostra (Habitação)	32
QUADRO 3 - Características sociodemográficas da amostra (Atividade Profissional)	33
QUADRO 4 - Distribuição das doenças mentais registadas em processo clínico.....	34
QUADRO 5 - Relação entre pessoa e nº de diagnósticos de doença mental	34
QUADRO 6 - Internamentos em psiquiatria	35
QUADRO 7 - Familiar/es direto/s com doença mental	35
QUADRO 8 - Quem gere a medicação diariamente?	35
QUADRO 9 - Consegue dizer para que serve a medicação que toma?	36
QUADRO 10 - Consegue identificar possíveis sinais e/ou sintomas da sua doença?	36
QUADRO 11 - A quem recorre, em primeiro lugar, em caso de precisar de ajuda com a doença?	37
QUADRO 12 - Costuma procurar informação sobre a doença?	37
QUADRO 13 - Tem a preocupação de perceber se a informação que procura é de fonte fidedigna/confiável?	38
QUADRO 14 - Tem por hábito praticar exercício físico?	38
QUADRO 15 - Padrão de sono.....	39
QUADRO 16 - Costuma estar com familiares/amigos?.....	39
QUADRO 17 - QCSM	40
QUADRO 18 - Dados descritivos do QCSM	41
QUADRO 19 - QCSM: D3	42
QUADRO 20 - QSM+ (versão reduzida).....	43
QUADRO 21 - Dados descritivos do QSM+	44
QUADRO 22 - Teste de Kolmogorov-Smirnov	45
QUADRO 23 - Correlação entre QCSM score total e QSM+ (versão reduzida).....	46
QUADRO 24 - Correlação entre QCSM - D1 e QSM+ (versão reduzida).....	47
QUADRO 25 - Correlação entre QCSM - D2 e QSM+ (versão reduzida).....	47
QUADRO 26 - Correlação entre QCSM -D3 e QSM+ (versão reduzida)	48
QUADRO 27 - Correlação entre QCSM e idade.....	48
QUADRO 28 - QCSM e sexo	49
QUADRO 29 - QCSM e meio em que vive	50
QUADRO 30 - QCSM e escolaridade	51
QUADRO 31 - QCSM e seguimento em Psiquiatria	51
QUADRO 32 - QCSM e hereditariedade	52

QUADRO 33 - QCSM e conhecimento da medicação (Kruskal-Wallis).....	53
QUADRO 34 - QCSM e conhecimento da medicação (Mann-Whitney)	53
QUADRO 35 - QCSM e identificação de sinais/sintomas da doença mental (Kruskal-Wallis)...	54
QUADRO 36 - QCSM e sinais/sintomas da doença mental (Mann-Whitney 1).....	55
QUADRO 37 - QCSM e sinais/sintomas da doença mental (Mann-Whitney 2).....	55
QUADRO 38 - QCSM e sinais/sintomas da doença mental (Mann-Whitney 3).....	56
QUADRO 39 - QCSM e procura de informação sobre doença mental (Kruskal-Wallis).....	57
QUADRO 40 - QCSM e procura de informação sobre doença mental (Mann-Whitney 1)	57
QUADRO 41 - QCSM e procura de informação sobre doença mental (Mann-Whitney 2)	58
QUADRO 42 - QCSM e procura de informação sobre doença mental (Mann-Whitney 3)	58

INTRODUÇÃO

O conceito de literacia em saúde mental (LSM) surgiu há relativamente pouco tempo (cerca de três décadas); na época em que o conceito de literacia em saúde (LS) já era muito falado, este veio colmatar uma lacuna existente, ou seja, a aplicação do constructo LS à área específica da saúde mental (SM).

Atualmente, vivemos numa sociedade com maior necessidade de procura por informação e em que emerge a necessidade de empoderar as pessoas alvo da prestação de cuidados de Enfermagem. A ideia de que o conhecimento é fundamental para a tomada de decisão em saúde e se constitui enquanto um importante potenciador de comportamentos de procura de saúde adequados, tem vindo a ganhar terreno. No que à SM diz respeito, também se pretende, igualmente, uma prestação de cuidados cada vez mais centrada no utente, o que pressupõe que este assuma um papel ativo relativamente à sua saúde.

Os grandes impulsionadores do desenvolvimento da LSM viram interesse naquilo a que se referem como uma “dupla motivação”: por um lado a área da LS ignorava os conceitos relacionados com a SM e doença mental, por outro lado, a própria área da SM desconsiderava a importância de literar as pessoas que necessitavam de cuidados de SM (Jorm, 2014).

Remetendo ao Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 1996), o enfermeiro deve ser dotado de competências e instrumentos que permitam identificar problemas, potenciais focos e diagnósticos de enfermagem que requeiram intervenção diferenciada. Tendo em vista a necessidade de aumento dos níveis de LSM, para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem, que se traduzam em ganhos em saúde e, uma vez que os níveis desta (LSM) na população de utentes com necessidade de cuidados de SM, não são muito claros, emergiu a necessidade de compreender melhor este tema.

Assim, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo 2022/2023, sob a orientação do Prof. Doutor Carlos Sequeira e coorientação do Prof. Doutor Francisco Sampaio, tomou-se a decisão de avançar para a realização de um trabalho de investigação que permitisse, em primeira instância, perceber quais os níveis de LSM de pessoas com necessidade de cuidados de SM. Desta forma, os objetivos específicos deste estudo são: identificar o nível de LSM das pessoas com necessidade de cuidados de SM, a relação entre as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com necessidade de cuidados de SM e o seu nível de LSM e identificar a relação entre a LSM e a Saúde Mental Positiva (SM+) em pessoas com necessidade de cuidados de SM. Tendo delineado os objetivos específicos, importa focar que,

em último, a finalidade deste trabalho é: melhorar as práticas de promoção da LSM junto das pessoas com necessidade de cuidados de SM. Para além disso, apresentar o estado da arte no que concerne à LS, LSM e LSM das pessoas com necessidade de cuidados de SM, apresentar resultados de um estudo descritivo-correlacional com o objetivo de perceber as relações entre a LSM, as características sociodemográficas e clínicas e a SM+ das pessoas com necessidade de cuidados de SM, analisar criticamente os resultados obtidos no trabalho de investigação realizado, bem como os benefícios e limitações da metodologia utilizada, são também aspetos a ter em consideração e que importam atingir no decorrer desta dissertação.

No que diz respeito à estrutura desta dissertação, esta encontra-se dividida em quatro principais partes: o enquadramento concetual e teórico, os métodos, o estudo empírico e as contribuições deste estudo para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP). Assim, na primeira parte deste estudo será apresentada uma revisão da literatura com a definição dos conceitos de saúde, SM, LS, LSM, assim como o estado da arte da LSM de pessoa com necessidade de cuidados de SM. Na segunda parte deste trabalho, serão apresentados os métodos utilizados para a realização deste estudo, para redigir esta parte do trabalho, recorreu-se à *checklist* STROBE (desenho do estudo, população e amostra, variáveis em estudo, instrumentos de colheita de dados, procedimentos de colheita e análise de dados e considerações éticas). Na terceira parte, o estudo empírico também seguiu a linha STROBE - resultados, discussão de resultados e limitações ao estudo (Elm et al., 2008). Por fim, a quarta e última parte deste trabalho inclui os contributos deste estudo para a ESMP.

A colheita de dados para a realização deste estudo foi feita num Hospital Psiquiátrico de referência em Portugal, num serviço de internamento e em ambulatório (consulta externa), a pessoas com necessidade de cuidados de SM.

Para a elaboração deste trabalho as fontes de informação pesquisadas foram diversas, sendo que as principais utilizadas foram: livros e trabalhos académicos disponíveis na biblioteca da ESEP, bases de dados, como é o caso da CINAHL, *Web of Science Core Collection*, MEDLINE e SciELO. Utilizou-se a *PubMed* como motor de busca e o Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP) também foi utilizado na pesquisa para este trabalho. Os idiomas preferenciais nestas pesquisas foram o português, inglês e espanhol, sem restrição das datas de publicação, em torno dos conceitos de LS, LSM e LSM de pessoas com necessidade de cuidados em SM. É expectável que esta investigação permita aumentar o conhecimento em LSM e contribua para a melhoria da qualidade do exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL E TEÓRICO

Na primeira parte deste trabalho será apresentada uma revisão teórica sobre os conceitos de *Saúde*, *Saúde Mental*, *Literacia em Saúde* e em *Saúde Mental*, assim como o estado da arte da *Literacia em Saúde Mental de Pessoas com Necessidade de Cuidados de Saúde Mental*, baseada em evidência científica, por forma a dar suporte ao trabalho de investigação realizado neste âmbito.

1.1. Saúde

A Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) faz a seguinte descrição do conceito *Saúde*: “é um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de doença (2020, p.1). Este conceito permanece intocável desde 1948, embora muitos discordem desta definição, pois defendem que uma pessoa pode não estar num completo estado de bem-estar e, ainda assim, não se encontrar doente (Sequeira e Sampaio in Sequeira e Sampaio, 2020).

A compreensão do conceito saúde/doença é fulcral para a prática no que concerne a profissões na área da saúde. No que diz respeito à saúde/doença, importa perceber que ambas são estados relativos, sendo que os próprios conceitos têm significados diferentes de pessoa para pessoa (Sequeira e Sampaio in Sequeira e Sampaio, 2020).

1.1.1. Saúde Mental

A OMS (2022) define SM como um estado de bem-estar mental que permite às pessoas lidar com o *stress* do dia-a-dia, ser funcional e produtivo, ter capacidade de aprendizagem, trabalhar e contribuir para a sua comunidade. Ainda segundo a OMS (2022), a SM é mais que a ausência de doença mental, defendendo que é um *continuum* complexo, experienciado de forma diferente de pessoa para pessoa.

Segundo Fusar-Poli et al. (2020), os domínios centrais que definem uma boa saúde mental abrangem: a LS, atitude em relação à doença mental, autoperceção e valores, habilidades cognitivas, desempenho académico/ocupacional, emoções, comportamentos, estratégias de autogestão, habilidades sociais, família e relacionamentos significativos, saúde física, saúde sexual, sentido da vida e qualidade de vida. O *National Institute of Mental Health* (NIMH, 2023) defende, ainda, que a SM é essencial para a saúde em geral e para a vida. O *WHO Mental Health*

Action Plan 2013-2020 veio reforçar a ideia de que “não há saúde sem saúde mental” (OMS, 2013). Desta forma, a SM é um estado em que cada pessoa concretiza o seu próprio potencial, consegue lidar com a adversidade, consegue trabalhar de forma produtiva e contribui para a sua comunidade (OMS, 2014).

1.2. Literacia em Saúde

A LS é um tema que tem vindo a evoluir e ao qual se tem estado a dar cada vez mais importância. Sabe-se, nos dias de hoje, que a LS empodera a pessoa na tomada de decisão em questões relacionadas com a sua saúde, promove ganhos em saúde e é inversamente proporcional ao uso dos serviços de saúde, ou seja, quanto maior o nível de LS de cada pessoa, menos necessidade esta terá de recorrer a serviços de saúde em situações não urgentes. Pedrosa (2008, cit. por Francisco, 2008) refere que a literacia abre o caminho para se dispor das condições de cidadania plena, aumenta a capacidade para escolher o que se quer ser e fazer na vida, de participar nas comunidades e aprender pela vida fora. Assim sendo, torna-se premente falar no termo LS. A LS permite dotar as pessoas com conhecimentos para que estas tomem decisões em saúde informadas, em prol da promoção da mesma e prevenção da doença.

Segundo a OMS, a LS é definida como “o grau em que as pessoas têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde” (cit. por Direção Geral da Saúde, 2019, p. 3). O conceito de LS abrange as dimensões pessoal e social da pessoa, sustenta a tomada de decisões fundamentadas e influencia a promoção da saúde, a prevenção da doença e, conseqüentemente, a eficiência e a sustentabilidade dos serviços de saúde.

Conforme descrito por Rodrigues (2018), já existem muitos estudos que demonstram a importância da LS na promoção da saúde e em todos os níveis de prevenção de doenças. As pessoas com baixa LS tendem a ter mais dificuldade para compreender informações sobre regime terapêutico, para compreender conceitos e estruturas de cuidados de saúde, para adotar práticas saudáveis de vida e tomar medidas preventivas e de promoção da saúde. Quase metade de todos os europeus têm competências de LS inadequadas e problemáticas (OMS, 2013); estes resultados foram corroborados num estudo realizado em Portugal, onde 61% da população inquirida apresentava os mesmos défices (Pedro et al., 2016). Para além do enumerado anteriormente, a baixa LS também coloca obstáculos no uso de serviços de saúde, dificulta a comunicação entre profissionais de saúde e utentes e pode resultar em piores resultados de saúde (Rodrigues, 2018).

Parnell et al. (2018) descrevem que a LS corresponde a uma relação dinâmica entre o conhecimento e a experiência prévia em saúde influenciada pelas características individuais,

pelo estado de saúde, pelas preferências culturais e linguísticas e pelas habilidades cognitivas, que influenciam a capacidade de organizações, cuidadores e beneficiários de cuidados de saúde, de aceder, entender e usar informações e serviços de saúde para tomar decisões informadas e melhorar os resultados de saúde.

A literatura defende que alcançar um bom nível de LS é um fator determinante na conduta de cada cidadão, uma vez que lhe permitirá ganhar controlo sobre a sua própria vida (Chaves et al., 2023). A Direção Geral da Saúde (DGS) refere que “a LS se apresenta como uma prioridade de saúde pública e, simultaneamente, como um desafio para toda a sociedade no que toca à disseminação de conhecimento e utilização do mesmo” (DGS, 2019, p. 5).

1.2.1. Literacia em Saúde Mental

O conceito de LSM está bastante relacionado com o conceito de LS. A LSM não deve ser limitada a profissionais de saúde ou pessoas com doença mental, mas sim à população em geral (Sweileh, 2021). A LSM é algo que tem vindo a ser estudado e investigado, trata-se de um conceito basilar que tem vindo a assumir lugar de destaque no panorama das mais diversas áreas do saber e intervenção profissional, como a Enfermagem (Loureiro et al., 2012).

O conceito de LSM surgiu há três décadas através da investigação de Jorm et al. (1997), que o definiram como o conhecimento e as crenças sobre as doenças mentais que ajudam no seu reconhecimento, gestão e prevenção. Desde então, investigadores de todo o mundo têm demonstrado crescente interesse por esse fenómeno (LSM), levando à evolução da definição do conceito. Atualmente, a LSM refere-se ao conhecimento e habilidades necessárias para promover a saúde mental. Não se refere apenas a um conhecimento teórico, mas é um conhecimento voltado para a ação em prol da SM da própria pessoa e dos seus pares (Jorm, 2012). O conceito de LSM, segundo Jorm (2014) compreende cinco componentes: a) reconhecimento das perturbações mentais de modo a promover a procura de ajuda; b) conhecimentos acerca da ajuda profissional e tratamentos disponíveis; c) conhecimentos acerca da eficácia das estratégias de autoajuda; d) conhecimentos e competências para prestar a primeira ajuda e apoio aos outros; e) conhecimentos acerca do modo de prevenção das perturbações mentais.

Segundo Kutcher et al. (2015), a LSM aumenta a eficácia na procura de ajuda (saber quando, onde e como obter bons cuidados de SM e desenvolver habilidades necessárias para o autocuidado). Os mesmos autores (2015) fazem referências às seguintes componentes que, segundo estes, no seu conjunto, definem a LSM:

1. Entender como alcançar e manter uma boa saúde mental;
2. Entender as doenças mentais e os seus tratamentos;
3. Reduzir o estigma relacionado com a doença mental;
4. Aumentar a eficácia na procura de ajuda.

O Programa Nacional para a Saúde Mental ([PNSM], DGS, 2017) assume a LSM como algo prioritário e faz menção às seguintes atividades: desenvolver ações de prevenção da doença mental, de promoção da saúde mental e combate ao estigma; realizar ações de sensibilização, informação e de formação dirigidas à população em geral, profissionais envolvidos, utentes e famílias.

Dentro do conceito de LSM surge o conceito de Literacia em Saúde Mental Positiva (LSM+), que integra a LS e a SM+ enquanto vertente da promoção da SM (Carvalho et al., 2022). Na literatura atual, a LSM+ é um conceito dinâmico, visto em simultâneo como: resultado de ações de promoção da saúde mental, com uma conexão positiva com a saúde física, a interação e o funcionamento social, a capacidade de resolução de problemas, a produtividade, a autoestima, os resultados, a resiliência, a motivação e um recurso de saúde mental e bem-estar, permitindo que a pessoa desempenhe um papel preventivo no desenvolvimento de doenças mentais (Carvalho et al., 2022). Em suma, pode dizer-se que a componente positiva da LSM se refere à consciência de uma pessoa sobre como alcançar e manter uma boa SM.

1.3. A Pessoa com Necessidade de Cuidados de Saúde Mental

Durante séculos a doença mental foi confundida com fenómenos místicos e paranormais, pois as pessoas não encontravam justificação para o comportamento daqueles que “fugiam à normalidade” (Santos e Santos in Sequeira e Sampaio, 2020). A doença mental é uma condição de saúde que envolve alterações nas emoções, no pensamento ou no comportamento, ou uma combinação de todas e estão associadas ao *distress* e/ou a problemas no funcionamento social, laboral ou familiar (Parekh, 2018).

Nos dias de hoje, a doença mental continua a aumentar em todas as faixas etárias, sendo uma causa de preocupação das mais diversas comunidades (Santos in Sequeira e Sampaio, 2020). Em 2008, com cerca de 11% da população da Europa a apresentar alguma forma de doença mental, a depressão apresentava-se como a doença mais prevalente em alguns Estados-Membros da União Europeia (OMS, 2008). Ainda segundo a OMS (2008), já aí se reconhecia a SM como um direito humano, considerando que deviam reunir-se esforços para promover a SM e o bem-estar da população e apoiar as pessoas com doença mental e as suas famílias.

Atualmente a SM é cada vez mais uma preocupação a nível global, por este motivo, têm vindo a ser criadas, cada vez mais, políticas em prol desta (Santos in Sequeira e Sampaio, 2020). Segundo Steel et al. (2014), uma em cada quatro pessoas apresentará algum tipo de doença mental em alguma fase da sua vida. Em Portugal, de acordo com dados relativos ao ano 2019, quase 2 milhões de pessoas apresentava alguma doença mental, o que significa uma prevalência de doença mental de cerca de 18,45% da população residente em Portugal, colocando o país no primeiro lugar da Europa no que diz respeito à percentagem de população com doença mental (Dattani et al., 2021). A OMS (2010) reafirma a complexa relação entre a pobreza e a doença mental, sendo que a doença mental é duas vezes mais prevalente nas comunidades mais pobres.

A pessoa com doença mental continua, nos dias de hoje, a sofrer com o estigma. O estigma relacionado com a doença mental repercute-se de forma nefasta nas pessoas com doença mental, atrasando e impedindo-as de procurar cuidados de saúde adequados, tratamento e interferindo, desta forma, na sua recuperação (Sousa, 2017). A investigação tem vindo a mostrar que o contacto com as pessoas com doença mental e o grau de literacia da população sobre estas doenças são os fatores mais influentes no combate ao estigma (Sousa, 2017). É, então, necessário desenvolver programas que reduzam o estigma, aumentem a capacidade de empatia e promovam a consciencialização da sociedade sobre os sinais e sintomas de doença mental.

1.4. A Literacia em Saúde Mental de Pessoas com Necessidade de Cuidados de Saúde Mental

De acordo com um estudo realizado pela DGS, no âmbito do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, Portugal está entre os países com melhor nível de LS. Estes resultados indicam um aumento dos níveis de LS da população quando comparados com estudos realizados anteriormente. Apesar da análise destes resultados ser favorável, no que diz respeito à LS, em relação a outros países, continuam a existir poucos dados acerca da LSM, o que dificulta uma compreensão adequada dos reais problemas da população portuguesa, relativamente a esta área.

O Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental, disponibilizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2023), faz referência à escassez da literatura no que concerne à avaliação da LSM. Existiam já vários estudos no que à LS diz respeito e, uma vez que este conceito abarca saúde física e, também, saúde mental, podem utilizar-se alguns desses dados para fins de análise da situação. Um estudo realizado por Degan et al. (2019) mostrou que, comparando um grupo de pessoas com doença mental com outras populações (incluindo a população geral), esta amostra de pessoas com doença mental tendia a apresentar um nível

comparativamente mais baixo de LS. Mantell et al. (2019) realizou um estudo cujos resultados eram semelhantes ao descrito anteriormente e que referia que aqueles que apresentavam um diagnóstico psiquiátrico de perturbações afetivas e de perturbações de ansiedade tendiam a ter piores níveis de LS, sendo que as principais limitações apresentadas pela amostra eram ao nível do acesso, avaliação e aplicação da informação em saúde. A investigação levada a cabo por Krishan et al. (2012), nos Estados Unidos da América, indicou que os défices cognitivos e funcionais afetam a capacidade das pessoas com doença mental grave para interpretar informação em saúde de forma adequada ou para se envolverem de forma significativa nas intervenções da mesma.

De acordo com Staiger et al. (2020) cit. por OE (2023), num estudo que envolveu pessoas desempregadas com doença mental, estas referiram sentir-se tratadas como “diferentes” tanto no seu ambiente social como pelos profissionais de saúde. Esta forma como se sentiam tratadas conduziu a uma diminuição da autoestima e inibiu os comportamentos de procura de ajuda. Estas consideravam que o suporte social era fundamental à procura dessa ajuda, referindo que é essencial o incremento do suporte social. Estes dados ajudam a compreender que a intervenção promotora da LSM na comunidade e em contexto familiar assume tal importância quanto aquela diretamente realizada junto da pessoa com doença mental (OE, 2023).

O conceito de LSM acarreta consigo diversas implicações e desafios para o EEESMP. Considerando a natureza dinâmica, e também o entendimento individual e muito próprio que cada pessoa apresenta sobre a LSM, é imperativo que os enfermeiros considerem nas suas intervenções a avaliação do nível de compreensão de cada pessoa, a capacidade para levar a cabo atividades prescritas, o nível de motivação para a mudança e, também, o estado de saúde e a idade (Parnell et al., 2019).

O EEESMP deve, então, ser capaz de construir uma relação terapêutica forte com os seus utentes, para que, dessa forma, consiga empoderá-los, sendo aliado neste projeto terapêutico. Segundo o Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho, que descreve os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, os enfermeiros promovem a LSM das pessoas, aumentando o seu nível de conhecimentos e habilidades e capacita-as para tomar medidas promotoras da saúde, melhorando as suas competências pessoais, tais como o autoconhecimento, a autoestima, o sentimento de controlo, a autoeficácia, as relações interpessoais e competências comunicacionais, a resolução de problemas e as estratégias de *coping* (Diário da República, 2015, p. 17034). A relação do EEESMP com o utente deve ser construída com base em confiança e utilizando técnicas de comunicação terapêutica, ou seja, um método de comunicação através do qual o profissional responde às necessidades explícitas e implícitas do utente através de um processo consciente, deliberado, ponderado e, acima de tudo, intencional (Sequeira, 2016).

1.5. Pertinência do estudo

É cada vez mais esperado que as pessoas tomem decisões em saúde informadas com vista a melhores resultados e à obtenção de ganhos em saúde. O mundo enfrenta atualmente um problema de saúde pública muito desafiador: a prevalência significativa de problemas de SM na população em geral, bem como os seus níveis baixos/moderados de LSM (Nobre et. al, 2021). Continuam a existir poucos dados acerca do nível de LSM em Portugal, nomeadamente no que diz respeito à população adulta, o que dificulta uma compreensão adequada da problemática no nosso país. Sabe-se que Portugal é um dos países pioneiros no desenvolvimento de iniciativas e de ações no âmbito da promoção da LS (DGS, 2019). Múltiplos estudos sobre LSM nos jovens e adolescentes têm vindo a ser desenvolvidos em Portugal (Loureiro et al., 2012; Rosa, 2018), contudo, não foram encontrados na literatura estudos de investigação sobre a LSM em adultos com necessidade de cuidados de SM, pelo que se torna pertinente o estudo deste tema.

A LSM é relevante, não só, mas também, para que as pessoas apresentem um nível de conhecimento sobre as doenças mentais que possam associar a um melhor reconhecimento, gestão e prevenção das mesmas (Furnham e Swami, 2020). O Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental (OE, 2023), tendo por base a revisão da literatura realizada e, dada a marcada escassez de informação acerca da LSM das pessoas com doença mental e das necessidades das mesmas a este nível, recomenda que se realize investigação neste domínio.

A maior parte dos estudos que se encontrou neste âmbito são em populações específicas, como adolescentes, adultos e idosos. Pouco ou quase nada se sabe sobre o nível de LSM de pessoas que, de facto, sofrem de uma doença mental. Após uma revisão da literatura acerca deste tema, deparou-se com uma grande escassez de informação/evidência científica sobre LSM em pessoas com doença mental e as suas necessidades a este nível. Pareceu então emergir a necessidade de realizar investigação neste domínio.

1.6. Objetivo do estudo

Os EEESMP podem desempenhar um papel fundamental na promoção da LSM. Melhorar a LSM da população é o caminho para uma deteção mais precoce de problemas de SM, para a procura mais atempada de tratamento e para a redução do estigma e da discriminação dirigidos a pessoas com problemas de SM. O conceito de LSM implica múltiplos desafios para o EEESMP. É

fundamental que os enfermeiros considerem nas suas intervenções a avaliação do nível de compreensão de cada pessoa, a capacidade para levar a cabo atividades prescritas e o nível de motivação para a mudança.

O trabalho dos EEESMP é crucial para a promoção da LSM dos utentes, contribuindo para a promoção da sua SM, para a prevenção da doença mental e facilitando a intervenção precoce, em caso de necessidade. O EEESMP tem a aptidão para desenvolver intervenções no âmbito psicoeducacional, que são promotoras da LSM, ao longo do ciclo vital, mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde mental (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto); trabalhando, desta forma, continuamente para a redução da exclusão social das pessoas com doença mental e do estigma. É preciso compreender qual o nível de LSM das pessoas com doença mental, para que, desta forma, o EEESMP possa intervir adequadamente junto de cada pessoa/família/comunidade, promovendo ganhos em saúde. Assim, os objetivos deste estudo são:

- Identificar o nível de LSM das pessoas com necessidade de cuidados de SM;
- Identificar a relação entre as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com necessidade de cuidados de SM e o seu nível de LSM;
- Identificar a relação entre a LSM e a SM+ em pessoas com necessidade de cuidados de SM.

2. MÉTODOS

Os métodos dizem respeito a um conjunto de procedimentos, que orientam o trabalho científico (Fortin et al., 2009). Neste capítulo encontra-se descrito, de forma clara, o desenho do estudo, a população e amostra, as variáveis em estudo, os instrumentos de colheita de dados e o procedimento de colheita e análise dos mesmos. Aqui, proceder-se-á à descrição das etapas metodológicas, acima descritas, por forma a explicar qual o percurso desta investigação, no sentido de atingir os objetivos propostos. Para a redação desta dissertação recorreu-se à *checklist* STROBE (Elm et al., 2008).

2.1. Desenho do estudo

Este é um estudo situado no paradigma quantitativo. A investigação quantitativa “assenta no paradigma positivista (...) Se uma coisa existe, ela pode ser medida” (Fortin et al., 2009, p.29). Ainda segundo os mesmos autores (2009), este paradigma está orientado para os resultados e a sua generalização. O tipo de estudo é descritivo-correlacional transversal. Transversal porque ocorre num dado momento temporal, ou seja, num determinado momento (não ao longo do tempo) e descritivo-correlacional, porque tem como objetivo explorar relações entre variáveis e descrevê-las (Fortin et al., 2009). Os mesmos autores (2009) defendem que um investigador pode estar perante variáveis que se relacionam entre si e desconhecer tal facto, daí a importância deste tipo de estudos.

2.2. População e amostra

A população-alvo “é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos” (Fortin et al., p.311, 2009). No caso do presente estudo, a população-alvo são pessoas adultas com necessidade de cuidados de SM, que se enquadram nos critérios de inclusão e não se incluem nos critérios de exclusão. Estas pessoas com doença mental diagnosticada foram selecionadas para a amostra através de amostragem não probabilística por conveniência/acidental, ou seja, os elementos são escolhidos porque se encontram no local e no momento em que está a ser feita a colheita de dados (Fortin et al., 2009).

Os critérios de inclusão para a seleção da amostra foram os seguintes:

- a) Pessoa com necessidade de cuidados de SM (com as exceções identificadas nos critérios de exclusão);
- b) Idade igual ou superior a 18 anos.

Os critérios de exclusão foram os seguintes:

- a) Diagnóstico de debilidade intelectual em qualquer grau (identificado em processo clínico);
- b) Diagnóstico de défice cognitivo ligeiro/moderado/grave (identificado em processo clínico);
- c) Diagnóstico de demência (identificado em processo clínico);
- d) Descompensação psicótica grave com atividade delirante/alucinatória;
- e) Quadro de alteração grave do comportamento;
- f) Agitação psicomotora.

As debilidades intelectuais, segundo o DSM-5 ([Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders], American Psychiatric Association, 2013), caracterizam-se por défices na generalidade das capacidades cognitivas/funções intelectuais, tais como: raciocínio, resolução de problemas, planeamento, pensamento abstrato, julgamento, aprendizagens académicas e aprendizagens realizadas com base na experiência. O défice cognitivo ligeiro, é uma condição médica geralmente definida como a perda das capacidades cognitivas (as funções de pensamento do cérebro) numa proporção maior do que é esperado para a idade da pessoa que não tem diagnóstico de demência (Alzheimer Portugal, 2023). As demências são, segundo a Associação Alzheimer Portugal (2023), o termo utilizado para descrever os sintomas de um grupo alargado de doenças que causam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa. É um termo abrangente que descreve a perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e alterações das reações emocionais normais. Uma vez que, segundo Jorm (2014), a LSM envolve o conhecimento e reconhecimento das perturbações mentais, dos tratamentos disponíveis, da eficácia das estratégias de autoajuda, entre outros, achou-se por bem colocar as pessoas com este tipo de condição (alteração da cognição) fora da amostra deste estudo. O mesmo se verifica para os quadros de alteração grave do comportamento, com agitação psicomotora e descompensação psicótica grave com atividade heteróloga. Segundo Queirós et al. (2019), em casos de descompensação psicótica, encontram-se frequentemente alterações do comportamento que se podem manifestar através de auto/hétero-agressividade, agitação psicomotora, atitudes bizarras ou isolamento. Por esse motivo, foram excluídos desta amostra, pela dificuldade de concentração e incapacidade de colaborarem no trabalho, dada a condição mental no momento do estudo.

Para efeitos de dimensão amostral, recorreu-se ao cálculo da mesma através da plataforma *Raosoft®*. Dados disponibilizados à imprensa pelo hospital de referência, em 2018, referiam que este recebia cerca de quinze mil (15.000) utentes por ano. Importa referir que das 15.000 pessoas, ainda teríamos que excluir as pessoas com diagnósticos de debilidade intelectual, défice cognitivo, demência, alterações do comportamento, agitação psicomotora e descompensação psicótica grave. Como não foi possível aceder a esses números, considerou-se o número da população total (15.000). A margem de erro na investigação em ciências sociais varia geralmente entre 3% e 7% e está intimamente relacionada com o tamanho da amostra (Bryman e Cramer, 2012). Assim, com uma margem de erro de 7%, um intervalo de confiança de 95%, para uma população de 15.000 pessoas, o tamanho da amostra deverá ser igual ou superior a 194 participantes.

2.3. Variáveis em estudo

Os conceitos pelos quais o investigador se interessa devem tomar a forma de variáveis, por forma a poderem ser medidos (Fortin et al., 2009). As variáveis deste estudo dividem-se em variáveis de atributo e variáveis de investigação.

As variáveis de atributo do presente estudo são: a idade, o sexo, o estado civil, a escolaridade, com quem a pessoa em questão coabita, em que meio vive (rural/urbano), em que tipo de alojamento habita, o exercício de atividade profissional, qual a doença mental diagnosticada, o número (nº) de internamento(s) em Psiquiatria, o seguimento em Psiquiatria (em anos), os antecedentes familiares de doença mental, a gestão da medicação e o conhecimento da mesma, o reconhecimento de sinais/sintomas de descompensação da doença, a quem recorre em caso de necessidade, onde procura informação sobre a doença e se tem o cuidado de perceber se esta informação é de fonte fidedigna, a prática de exercício físico, o sono, a medicação para dormir e os hábitos de socialização com familiares/amigos.

Para além destas variáveis, que foram colhidas através do questionário de avaliação sociodemográfica e clínica, também se colheram dados relativos à LSM através do Questionário de Conhecimento sobre Saúde Mental (QCSM) (Chaves et al., 2023) e dados sobre a Saúde Mental Positiva (SM+) através do Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+) - Versão Reduzida (Adaptado por Sequeira, et al., *no prelo*). A LSM dos participantes e a SM+ são as variáveis de investigação.

2.4. Instrumentos de colheita de dados

Para a elaboração deste trabalho escolheu-se o questionário como método de colheita de dados. Desta forma, foram aplicados três diferentes questionários que serão devidamente explicados nos pontos seguintes. Segundo Fortin et al. (2009), os questionários são os métodos de colheita de dados mais utilizados, uma vez que têm como objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos, atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos, opiniões, etc.

Para além das variáveis que foram analisadas através do questionário de avaliação sociodemográfica e clínica, também se colheram dados relativos à LSM através do QCSM (Chaves et al., 2023) e dados sobre a SM+ através do QSM+ (versão reduzida, adaptado por Sequeira et al., *no prelo*).

2.4.1. Caracterização sociodemográfica e clínica

Para melhor caracterizar a amostra deste trabalho e perceber a relação entre diferentes variáveis, formulou-se um questionário com perguntas sobre atributos pessoais, sociais, demográficos e clínicos. Este questionário é constituído por 22 questões fechadas de resposta simples. Antes da sua aplicação foi submetido a pré-teste, com facilidade no preenchimento por parte dos utentes, como resultado. A análise destas questões requer que estas sejam mensuráveis permitindo, assim, a sua operacionalidade para melhor se compreender o contexto e as características desta amostra.

O questionário de caracterização sociodemográfica e clínica pode ser consultado na íntegra no Anexo I.

2.4.2. Questionário de conhecimento sobre saúde mental

A avaliação dos níveis de LSM foi feita com recurso a um questionário devidamente validado para a população portuguesa intitulado: “Questionário do Conhecimento de Saúde Mental” (QCSM) - (adaptado por Chaves et al., 2023). No processo de validação deste questionário procedeu-se à análise da sua consistência interna, que obteve valor geral de alfa de *Cronbach* de 0,69. Este questionário é constituído por catorze (14) questões divididas em três (3) diferentes dimensões: dimensão 1 (D1), dimensão 2 (D2) e dimensão 3 (D3). A D1 diz respeito ao “conhecimento sobre as características da saúde mental e dos distúrbios mentais”; a D2 à

“crença na epidemiologia dos distúrbios mentais” e a D3 à “consciencialização acerca de atividades de promoção da saúde mental”.

A primeira dimensão é constituída por seis (6) questões e a segunda dimensão por quatro (4) questões e devem ser preenchidas com recurso a uma escala de *Likert*, de um (1) a cinco (5), sendo 1: “discordo totalmente”, 2: “discordo parcialmente”; 3: “não concordo nem discordo”; 4: “concordo parcialmente” e 5: “concordo totalmente”.

A última parte deste questionário (D3) é constituída por quatro questões de resposta dicotómica: SIM/NÃO, esta parte do questionário não é contabilizada para o somatório do *score* final, podendo, no entanto, ser utilizada para efetuar possíveis relações entre variáveis em estudos de investigação. A cotação desta dimensão é feita da seguinte forma: “sim” (1 ponto) e “não” (0 pontos). A cotação da D1 e D2 é dada com base na resposta escolhida, sendo 1 ponto para “discordo totalmente”, 2 pontos para “discordo parcialmente”, 3 pontos para “não concordo nem discordo”, 4 pontos para “concordo parcialmente” e 5 para “concordo totalmente”, os itens 7, 8, 9 e 10 são pontuados inversamente. O *score* máximo desta escala são 50 pontos: 30 pontos na D1 e 20 pontos na D2.

O QCSM não se concentra concretamente nas doenças mentais, ou seja, não está focado nos sinais e/ou sintomas da doença mental, mas no conhecimento sobre como manter o bem-estar. Este questionário pode ser consultado na íntegra no anexo II, assim como o pedido de autorização para a sua utilização, neste estudo, ao autor (Anexo IV).

2.4.3. Questionário de saúde mental positiva (versão reduzida)

Para a realização deste trabalho de investigação, e porque a prioridade deste trabalho seria o estudo da LSM, optou-se por utilizar a versão reduzida do QSM+, adaptado por Sequeira et al., *no prelo*. Ao contrário da versão completa, que é constituída por trinta e nove (39) questões, a versão reduzida contém dezoito (18) questões, no entanto, também avalia os seis (6) fatores descritos por Luch (1999). A validação desta versão reduzida do QSM+ obteve uma consistência interna global favorável, com valor de alfa de *Cronbach* de 0,92. A avaliação do *score* desta escala também é feita com recurso a uma escala de *Likert*, de um (1) a quatro (4) pontos. A cotação é dada com base na resposta escolhida sendo 1 ponto para “raramente/nunca”, 2 pontos para “algumas vezes”, 3 pontos para “na maioria das vezes” e 4 pontos para “sempre/quase sempre”. Os itens 2, 3, 4, 5, 6, 13, 14 e 18 são pontuados inversamente. A pontuação máxima são 72 pontos e a mínima 18 pontos. O total do *score* obtido enquadrar-se-á em três (3) níveis diferentes: “nível baixo ou *languising*” (entre 18-36), “nível intermédio” (entre 37-54) ou “nível alto ou *flourishing*” (entre 55-72) (Sequeira et al, *no prelo*).

Os seis fatores que constituem o QSM+ estão descritos abaixo (Sequeira et al., 2014):

- 1) Fator 1 (F1): Satisfação Pessoal
- 2) Fator 2 (F2): Atitude Pró-social
- 3) Fator 3 (F3): Autocontrolo
- 4) Fator 4 (F4): Autonomia
- 5) Fator 5 (F5): Resolução de problemas e Realização pessoal
- 6) Fator 6 (F6): Habilidades de Relação Interpessoal

Pontuações com valores superiores no somatório global do QSM+ (versão reduzida) estão relacionados com níveis superiores de SM+. Como tal, entende-se que a pontuação total obtida no QSM+ é diretamente proporcional à SM+. Este questionário pode ser consultado na íntegra no anexo III, assim como o pedido de autorização para a sua utilização, neste estudo, ao autor (Anexo IV).

2.5. Procedimento de colheita de dados

Para se iniciar este trabalho de investigação, o primeiro passo, depois de se decidir o tema a ser estudado, foi submeter o projeto à Comissão de Ética do Hospital Psiquiátrico escolhido para a colheita de dados. Após a obtenção da autorização por parte desta, iniciou-se o processo de colheita de dados. Esta foi feita num Serviço de Consulta Externa e num Serviço de internamento de agudos, entre dezembro de 2022 e fevereiro de 2023. Quando em serviço de internamento, a investigadora principal dirigia-se diretamente aos participantes que se inseriam nos critérios de inclusão do estudo e questionava se queriam participar; quando em contexto de ambulatório, eram os médicos psiquiatras que encaminhavam os candidatos a participar no estudo, após uma primeira impressão sobre a inclusão/exclusão no estudo segundo os critérios previamente definidos e partilhados com esta classe profissional, até à sala onde se encontrava a investigadora para efeitos de colheita de dados.

Para este procedimento foram utilizados os instrumentos de colheita de dados já mencionados anteriormente:

- ◆ Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica;
- ◆ QCSM (adaptado por Chaves et al., 2023)
- ◆ QSM+ (versão reduzida) - (adaptado por Sequeira et al., *em prelo*).

A aplicação destes questionários, em formato de papel, foi feita em *setting* próprio e de forma individual, respeitando a privacidade de cada participante, sem ruídos exteriores e redução de fatores que pudessem provocar distração.

Os participantes selecionados, após uma explicação do trabalho e assinarem o consentimento informado, demoraram cerca de 10/15 minutos a preencher os três (3) questionários que faziam parte deste processo de colheita de dados. Dado por terminado o preenchimento dos questionários e feitos os devidos agradecimentos aos mesmos por colaborarem neste trabalho de investigação, fez-se uma breve consulta do processo clínico (PC) destes, para se perceber se o diagnóstico de doença mental percebido pelo utente, correspondia ao diagnóstico médico. Este passo pareceu-nos importante, na medida em que o grande mote para este estudo de investigação é a LSM e, desta forma, torna-se premente perceber se a pessoa com doença mental tem, ou não, conhecimento sobre a sua própria doença.

Foram aplicados questionários a pessoas com doença mental, todas as doenças mentais mais comuns foram incluídas neste estudo, à exceção dos diagnósticos de “Défice Cognitivo”, “Demência” e “Debilidade Cognitiva”, os quais se encontravam nos critérios de exclusão. Estes três diagnósticos específicos de doença mental ficaram automaticamente excluídos, porque sendo a LSM algo que implica a cognição, nomeadamente no que diz respeito à parte da memória (retenção e evocação), incluir estas doenças mentais provocaria um viés nos dados.

Finda a colheita de dados, avançou-se para a análise dos mesmos.

2.6. Procedimento de análise de dados

Sendo o objeto deste trabalho de investigação a LSM em pessoas com necessidade de cuidados de SM, a variável LSM é aquela com a qual se pretende relacionar todas as outras. O nível de LSM foi avaliado através da aplicação do QCSM (adaptado por Chaves et al., 2023). Importa referir, novamente, que para efeitos de *score* total, apenas se considera o somatório da D1 com a D2. A D3, por dizer respeito à consciencialização acerca de atividades de promoção da SM (ex.: “Já ouviu falar sobre o Dia Mundial da Saúde Mental?”), com respostas de SIM/NÃO, apesar de ser tida em conta para efeitos de correlação, não se considera no *score* total.

Após a colheita dos dados através do preenchimento dos questionários e consulta dos processos clínicos, avançou-se para o tratamento e análise dos mesmos recorrendo ao IBM-SPSS®, versão 29.0. No tratamento destes dados recorreu-se à estatística descritiva e inferencial. A análise descritiva é o “processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos (...) e visa essencialmente descrever as características da amostra e responder às questões de investigação” (Fortin et al., 2009, p. 410). A análise estatística inferencial permite aplicar à população total, os resultados provenientes de uma amostra, desta forma, o investigador deve assegurar que as características que destacou representam adequadamente as da população alvo (Fortin et al., 2009).

No que concerne à estatística descritiva, procedeu-se à análise de medidas de tendência central (média e desvio-padrão), recorreu-se igualmente ao cálculo de medianas para utilização, ao invés das médias, nos casos em que não fosse verificada a normalidade na distribuição de determinada(s) variável(eis). Também se efetuou a análise de medidas de dispersão (mínimo e máximo) sempre que as variáveis eram escalares/contínuas. Por outro lado, procedeu-se à análise de frequências sempre que as variáveis eram nominais ou ordinais.

No que diz respeito à estatística inferencial, primeiramente, foram testadas as normalidades das distribuições, para as variáveis escalares/contínuas, com recurso ao teste de Kolmogorov-Smirnov. Recorreu-se a testes paramétricos sempre que se verificava a existência de normalidade da distribuição ($p>0,05$) e a testes não paramétricos sempre que a mesma não se verificava ($p<0,05$). No caso dos testes de associação, e atendendo a que não se verificou o pressuposto da normalidade na distribuição, recorreu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman*. No caso dos testes de diferenças, e dado que não se verificou, igualmente, o pressuposto da normalidade na distribuição, recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis* e ao teste de *Mann-Whitney*. Em toda a análise de dados realizada assumiu-se 0,05 como nível de significância estatística.

2.7. Considerações éticas

Qualquer processo de investigação científica que envolva seres humanos é uma atividade que acarreta muita responsabilidade ética (Nunes, 2013). Por forma a respeitar todos os aspetos éticos, o projeto deste trabalho foi submetido para avaliação à Comissão de Ética do hospital em outubro de 2022 e aprovado em novembro de 2022 (Anexo V). Para além da aprovação pela Comissão de Ética, a realização deste trabalho foi, ainda, autorizada pelo Conselho de Administração do hospital em questão, assim como pelos diretores dos respetivos serviços onde a colheita de dados foi feita (Consulta Externa e Serviço de Internamento).

Pese embora este estudo não envolver risco para os participantes, não se poderia avançar sem garantir 5 direitos fundamentais determinados pelos códigos de Ética de Investigação, referentes a estudos que envolvem seres humanos (Fortin et al., 2009):

- Direito à autodeterminação;
- Direito à intimidade;
- Direito ao anonimato e à confidencialidade;
- Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo;
- Direito a um tratamento justo e leal.

Para além dos direitos, este trabalho de investigação teve sempre presente os seguintes princípios éticos (Fortin et al., 2009):

- O princípio da redução dos inconvenientes corresponde ao princípio da não-maleficência, desta forma, deve-se suprimir ao máximo os inconvenientes que a investigação pode trazer ao participante, como o caso da intrusão na vida privada;
- O princípio da otimização das vantagens corresponde ao princípio da beneficência, no caso, a contribuição para o avanço dos conhecimentos, o benefício que o participante e outras pessoas poderão tirar com as descobertas feitas no decurso da investigação;
- O respeito do consentimento livre e informado; a pessoa tem o direito de decidir, por si própria, se quer ou não participar na investigação;
- O direito à intimidade, ou seja, o participante tem o direito de decidir qual a informação pessoal que quer partilhar no decorrer da investigação;
- O respeito pela justiça e equidade; os participantes têm o direito a ser tratados de maneira justa e equitativa antes, durante e após o processo de investigação.

Antes do preenchimento de quaisquer questionários foi explicado aos participantes o tema e os objetivos do estudo, assim como os seus direitos enquanto participantes de um estudo de investigação, tendo sempre por base a Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013) e a Convenção de Oviedo (Diário da República, I Série A, 2001). Foi garantida a confidencialidade e privacidade das fontes dos dados colhidos.

Todos os participantes selecionados para fazerem parte deste estudo, após aplicação dos critérios de exclusão, aceitaram colaborar de forma voluntária e assinaram o consentimento informado, livre e esclarecido para estudos de investigação (Anexo VI). A assinatura deste consentimento foi feita em papel e foi garantido que o participante se encontrava na plenitude das suas faculdades mentais e não foi sujeito a nenhum tipo de manipulação/coerção/pressão. Cada participante foi informado que poderia mudar, a qualquer altura a sua decisão, sem qualquer prejuízo por isso.

Os dados colhidos foram utilizados exclusivamente para efeitos deste trabalho de investigação e foram todos codificados, de modo a serem apenas acedidos pelo investigador principal, por forma a garantir o dever de sigilo e confidencialidade.

3. ESTUDO EMPÍRICO

Ao longo deste capítulo irão expor-se os resultados obtidos na colheita de dados: caracterização sociodemográfica e clínica, níveis de LSM, SM+ e relação entre diferentes variáveis. Depois de ter sido feito um enquadramento teórico, com recurso a revisão da literatura e ter sido apresentada a metodologia do estudo, eis que se dá início à fase empírica: nesta parte do trabalho apresentam-se os resultados obtidos, a discussão dos mesmos, assim como as limitações do estudo. A análise destes resultados foi feita com recurso ao SPSS®, versão 29.0.

3.1. Resultados do Estudo

Neste capítulo serão apresentadas as principais variáveis que permitem a caracterização da amostra, quer do ponto de vista sociodemográfico, quer do ponto de vista clínico. Assim, será realizada uma análise no que diz respeito às seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, com quem a pessoa coabita, em que meio vive (rural/urbano), em que tipo de alojamento habita, exercício de atividade profissional, qual a doença mental diagnosticada, o número de episódios de internamento(s) em Psiquiatria, seguimento em Psiquiatria (em anos), antecedentes familiares de doença mental, gestão da medicação e o conhecimento da mesma, reconhecimento de sinais/sintomas de descompensação da doença, a quem recorre em caso de necessidade, onde procura informação sobre a doença e se tem o cuidado de perceber se esta informação é de fonte fidedigna, prática de exercício físico, sono, medicação para dormir e os hábitos de socialização com familiares/amigos.

A população deste trabalho de investigação é constituída por pessoas com necessidade de cuidados de SM e a amostra representa um subgrupo de pessoas com diagnóstico de doença mental que são seguidas num hospital psiquiátrico de referência, em Portugal.

3.1.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

Da amostra fizeram parte **222** pessoas, sendo que **99** são do sexo feminino e **123** do sexo masculino, o que corresponde a uma percentagem (%) de 44,60 mulheres e 55,40 homens. A idade média (em anos) é de **48,57** e o desvio-padrão (DP) de 15,67; sendo que a pessoa com mais idade desta amostra tem 86 anos e a pessoa com menos idade tem 19 anos.

Relativamente ao estado civil, 110 são solteiros/as (49,50%), 59 casados/as ou unidos/as de facto (26,60%), 38 divorciados/as ou separados/as de facto (17,10%) e 15 são viúvos/as (6,80%).

No que diz respeito ao nº de anos de escolaridade (concluídos), a média situa-se nos 9,77 anos de escolaridade com um DP de 4,42; esta amostra tem pessoas sem qualquer formação académica (zero anos de escolaridade) e um máximo de 23 anos de escolaridade completos, ou seja, frequência no ensino superior (Quadro 1).

QUADRO 1 - Características da amostra

		%	<i>n</i>	Média	DP	Mínimo	Máximo
Sexo	Masculino	55,40	123	-	-	-	-
	Feminino	44,60	99	-	-	-	-
Idade		-	-	48,57	15,67	19	86
Estado Civil	Solteiro/a	49,50	110	-	-	-	-
	Casado/a ou Unido/a de Facto	26,60	59	-	-	-	-
	Divorciado/a ou Separado/a de Facto	17,10	38	-	-	-	-
	Viúvo/a	6,80	15	-	-	-	-
Anos de escolaridade		-	-	9,77	4,42	0	23

A amostra é constituída por 55 pessoas que vivem sozinhas (24,80%), 151 que vivem com familiares (68%), 3 que vivem com amigos (1,4%) e 13 que vivem com coabitantes não familiares (5,90%).

Foi possível perceber que 15,80% da amostra vive em meio rural (35 pessoas), enquanto que 84,20% em meio urbano (187). Mais de metade da amostra reside em casa própria (50,50%), enquanto que 35,60% vive em casa de família, 10,40% em casas sociais, 1,80% em instituições, 1,40% na rua e uma percentagem insignificante (0,50%) em albergues (Quadro 2).

QUADRO 2 - Características sociodemográficas da amostra (Habitação)

		<i>n</i>	%
Em que meio vive?	Rural	35	15,80
	Urbano	187	84,20
Com quem coabita?	Sozinho/a	55	24,80
	Familiar/es	151	68,00
	Amigos/as	3	1,40
	Coabitantes não familiares	13	5,90
Que tipo de alojamento habita?	Casa Própria	112	50,50
	Casa de Família	79	35,60
	Casa Social	23	10,40
	Albergue	1	0,50
	Instituição	4	1,80
	Rua	3	1,40

Das 222 pessoas que constituem esta amostra, 159 (71,60%) não exercem (atualmente) atividade profissional, enquanto que 63 (28,40%) o fazem. Dos 159 participantes que atualmente não exercem atividade profissional: 57 (25,70%) estão desempregados, 57 (25,70%) estão reformados por invalidez, 23 (10,40%) encontram-se com incapacidade temporária para o trabalho (baixa médica) e 22 (9,90%) estão reformados por velhice (Quadro 3).

QUADRO 3 - Características sociodemográficas da amostra (Atividade Profissional)

Exerce, atualmente, algum tipo de atividade profissional?			<i>n</i>	%
		SIM		63
Não		Desempregado/as	57	25,70
		Reformado/as por invalidez	57	25,70
		Reformado/as por velhice	22	9,90
		Incapacidade Temporária para o trabalho	23	10,40

Após a colheita destes dados, que permitiram uma melhor contextualização sociodemográfica da amostra, avançou-se para a caracterização clínica.

Interessava saber que tipo de doenças mentais eram mais frequentes nesta amostra. Como explicado anteriormente, fez-se uma pesquisa do diagnóstico médico no PC de cada participante, com o seu consentimento, pois a doença mental percebida pelos utentes nem sempre corresponde ao diagnóstico médico (por questões de literacia, LSM, *insight*, etc.). Por forma a evitar possíveis vieses, optou-se por considerar ambas as variáveis, o diagnóstico médico presente no PC para avaliar a frequência de cada doença mental e, depois disso, compreender se a doença mental percebida pelo participante estava, ou não, em consonância com o PC. Desta forma, percebeu-se que em 18,50% da amostra (41 participantes), a doença mental percebida pelo utente não estava em concordância com o diagnóstico médico que constava no PC e que 16,20% (36 participantes) responderam “não sabe” à questão “qual a doença mental diagnosticada?”. O que significa que dos 222 participantes, 77 pessoas não sabiam de forma clara qual o seu diagnóstico. No que diz respeito às doenças mentais descritas em PC a distribuição é a que se apresenta no Quadro 4:

QUADRO 4 - Distribuição das doenças mentais registadas em processo clínico

Doença Mental (PC)	n	%
Psicose	83	37,40
Perturbação Afetiva Bipolar (PAB)	20	9,00
Perturbação da Ansiedade	28	12,60
Depressão Major	59	26,60
Depressão Psicótica	4	1,80
Depressão Neurótica	5	2,30
Perturbação da Personalidade (PP)	32	14,40
Perturbação ligada ao Uso de Álcool	26	11,70
Perturbação ligada ao Uso de Drogas	36	16,20
Perturbação do Comportamento Alimentar	2	0,90
Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)	6	2,70
Perturbação Neurótica	19	8,60
Asperger	1	0,50
Disforia de Género	1	0,50
Perturbação do Stress Pós-Traumático (PSPT)	1	0,50
Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)	1	0,50
Jogo Patológico	1	0,50

O somatório das doenças mentais diagnosticadas é superior a 222 e a % superior a 100, uma vez que existem participantes que têm mais que uma doença mental diagnosticada (ex.: Psicose e Perturbação do Uso do Álcool), conforme se pode consultar no Quadro 5.

QUADRO 5 - Relação entre pessoa e nº de diagnósticos de doença mental

Nº Doença mental diagnosticada	n
1 (diagnóstico único)	136
2 (diagnóstico duplo)	70
3 (diagnóstico triplo)	15
4 (diagnóstico quadruplo)	1
Total	222

Conforme referido anteriormente, existiram participantes que à questão: “qual a doença mental diagnosticada?” responderam que não sabiam ou responderam em discordância com o PC; importa referir que no caso de o participante apresentar mais do que um (1) diagnóstico de doença mental, bastava este coincidir no diagnóstico principal, para se considerar que estava em concordância com o PC.

À questão: “já alguma vez esteve internado/a em Psiquiatria?”, 36% responderam “não”, 23% responderam que “sim, apenas uma vez” e 41% responderam “sim, duas ou mais vezes” (Quadro 6).

QUADRO 6 - Internamentos em psiquiatria

Nº Internamentos em Psiquiatria	<i>n</i>
Sem internamentos	80
1 internamentos	51
2 ou mais internamentos	91
Total	222

À questão “se mais algum familiar direto do participante tinha doença mental diagnosticada”: 49,10% respondeu “não”, enquanto que 50,90% respondeu “sim” (Quadro 7).

QUADRO 7 - Familiar/es direto/s com doença mental

Familiar/es Direto/s com Doença Mental	<i>n</i>
Sim	113
Não	109

Para uma melhor compreensão do nível de LSM desta amostra, pareceu pertinente perceber se a pessoa tem conhecimento não só sobre a sua doença (sinais e sintomas), mas também sobre o regime medicamentoso, sobre atividades promotoras de saúde mental/bem-estar e consequentemente prevenção de recaídas e descompensações, se procura informação sobre a sua doença e a quem recorre em caso de necessidade. O Quadro 8 faz um breve resumo sobre quem gere a medicação dos participantes no seu dia-a-dia.

QUADRO 8 - Quem gere a medicação diariamente?

	<i>n</i>
Próprio	169
Familiar/es	28
Outro/as	10
Não se aplica	15
Total	222

Através deste quadro (Quadro 8), percebe-se que maior parte dos participantes deste estudo (76,10%) gerem a sua própria medicação diária. No entanto, apenas 130 participantes (58,60%) conseguem dizer para que serve a medicação que tomam. Ainda dentro deste âmbito, 17,10% não conseguem dizer para que serve a medicação que tomam, enquanto que 19,80% sabem para que serve alguma da medicação que tomam, conforme se pode verificar no Quadro 9.

QUADRO 9 - Consegue dizer para que serve a medicação que toma?

	<i>n</i>	%
Sim	130	58,60
Não	38	17,10
Alguma sim, outra não	44	19,80
Não se aplica	10	4,50
Total	222	100

O reconhecimento de sinais e sintomas da doença mental é um dos principais fatores para atuar precocemente numa descompensação da doença de base. Como tal, é fundamental que a pessoa com doença mental vá, ao longo do tempo, ganhando *insight* e adquirindo estratégias que lhe permitam reconhecer estes sinais/sintomas de forma precoce, a fim de evitar possíveis recaídas/descompensações, que possam levar a um episódio de internamento em Psiquiatria. Das 222 pessoas que constituem esta amostra, 123 afirmam que conseguem identificar precocemente sinais e/ou sintomas da sua doença, enquanto que 64 dizem conseguir identificar apenas alguns sinais e/ou sintomas e 35 afirmam não reconhecer, de todo, sinais e/ou sintomas (Quadro 10).

QUADRO 10 - Consegue identificar possíveis sinais e/ou sintomas da sua doença?

	<i>n</i>	%
Sim	123	55,40
Não	35	15,80
Alguns sim, outros não	64	28,80
Total	222	100

Outra das questões que pareceu importante abordar foi a quem os participantes recorriam, em primeiro lugar, em caso de necessidade de ajuda com a doença. Existiam múltiplas opções de resposta: familiar/es, amigo/as, Hospital - Consulta Externa, Hospital - Serviço de Urgência, Centro de Saúde, outros profissionais, entre outros; importa dizer que algumas destas opções foram descritas pelos próprios participantes na opção onde dizia: “Outro/as - quais?” - (Quadro 11).

QUADRO 11 - A quem recorre, em primeiro lugar, em caso de precisar de ajuda com a doença?

	<i>n</i>	%
Familiar/es	81	36,50
Amigo/as	15	6,80
Hospital - Consulta Externa	54	24,30
Hospital - Serviço de Urgência	27	12,20
Centro de Saúde	16	7,20
Ninguém, só dependo de mim	19	8,60
Outros profissionais	5	2,30
Centro Social	1	0,50
CRI	1	0,50
Profissionais da Instituição	1	0,50
Farmacêutico/as	1	0,50
Psicólogo/as	1	0,50
Total	222	100

A procura de informação fidedigna é importante, na medida em que ajuda a aumentar a LSM, a detetar precocemente sinais e sintomas de descompensação e a promover a SM. Ao longo da análise dos 222 questionários, percebeu-se que 109 pessoas não costumam procurar informação sobre a doença, enquanto que os restantes procuram, mas em diferentes fontes, conforme se pode constatar no quadro que se segue (Quadro 12):

QUADRO 12 - Costuma procurar informação sobre a doença?

	<i>n</i>	%
Não	109	49,10
Sim, com profissionais de saúde	52	23,40
Sim, na internet	50	22,50
Sim, em livros	4	1,80
Sim, na TV	5	2,30
Outro/as	1	0,50
Farmacêutico/as	1	0,50
Total	222	100

Apesar de alguns participantes poderem procurar informação em mais do que um local, pediu-se a estes que escolhessem a sua primeira opção, no que respeita à procura de informação. Relativamente à procura de informação, quase tão ou mais importante que a procura é perceber se a informação que procuram é de fonte fidedigna. Com a questão seguinte pretendeu-se perceber se a pessoa tem esse cuidado (Quadro 13): 5% das pessoas afirmaram que “não”, enquanto que 45% afirmaram que “sim”, 8,60% “nem sempre” e 41,40% “não se aplica”.

QUADRO 13 - Tem a preocupação de perceber se a informação que procura é de fonte fidedigna/confiável?

	<i>n</i>	%
Sim	100	45,00
Não	11	5,00
Nem sempre	19	8,60
Não se aplica	92	41,40
Total	222	100

Por forma a perceber a relação da LSM com a prática de exercício físico, questionaram-se os participantes sobre esta prática: cerca de 40% praticam exercício físico semanalmente, 13,50% praticam exercício físico diariamente, 16,20% praticam 2 a 3 vezes por semana, 10,80% fazem-no 1 vez por semana e 59,50% não praticam exercício físico (Quadro 14).

QUADRO 14 - Tem por hábito praticar exercício físico?

	<i>n</i>	%
Diariamente	30	13,50
2 a 3x/semana	36	16,20
1x/semana	24	10,80
Nunca	132	59,50
Total	222	100

O sono é um dos parâmetros fundamentais da SM, pois, grande parte das descompensações da doença mental são acompanhadas por alterações no padrão de sono. Como tal, pareceu pertinente perceber qual o nº de horas que, em média, dormem os participantes e se tomam, ou não, medicação para dormir.

Cerca de 91 participantes (41%) responderam que dormiam, em média, entre 6h30 e 8h; 26,10% entre 5h e 6h30, 22,50% mais de 8h e 10,40% até 4h por noite. Desta amostra, 69,80% fazem medicação para dormir, 23% não fazem qualquer tipo de medicação e 7,20% faz “apenas se necessário”.

QUADRO 15 - Padrão de sono

Quantas horas dorme, em média, por noite?		
	<i>n</i>	%
Até 4h	23	10,40
5h a 6h30	58	26,10
6h30 a 8h	91	41,00
Mais de 8	50	22,50
Costuma tomar medicação para dormir?		
	<i>n</i>	%
Sim	155	69,80
Não	51	23,00
Apenas se necessário	16	7,20

Para terminar a caracterização da amostra a nível clínico, foi importante perceber o suporte familiar e social percebido por parte dos participantes. Percebeu-se que 63,50% da amostra está diariamente com familiares ou amigos; 9,90%: 2 a 3 vezes por semana; 8,60%: 1 vez por semana; 3,60%: 2 a 3 vezes por mês; 3,20%: 1 vez por mês e 11,30% (que corresponde a 25 participantes) não estão de todo com familiares ou amigos conforme se pode verificar no quadro que se segue (Quadro 16):

QUADRO 16 - Costuma estar com familiares/amigos?

	<i>n</i>	%
Sim, diariamente	141	63,50
Sim, 2 a 3x/semana	22	9,90
Sim, 1x/semana	19	8,60
Sim, 2 a 3x por mês	8	3,60
Sim, 1x por mês	7	3,20
Não	25	11,30
Total	222	100

3.1.2. Literacia em Saúde Mental

Conforme referido anteriormente a avaliação da LSM fez-se com recurso ao QCSM. Este questionário integra três dimensões. Uma vez que a D3 diz respeito apenas a efemérides relacionadas com a SM, o *score* total do questionário corresponde apenas ao somatório da pontuação da D1 e D2. O quadro abaixo (Quadro 17) suporta a informação recolhida na aplicação deste mesmo questionário à amostra deste estudo de investigação.

QUADRO 17 - QCSM

	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
QCSM - Dimensão 1	26,45	27	3,05	10	30
QCSM - Dimensão 2	13,81	14	3,68	4	20
QCSM - Score Total (D1 + D2)	40,26	41	5,25	17	50
QCSM - Dimensão 3	1,99	2	1,39	0	4

A D1 é constituída por 6 questões que podem ser pontuadas de 1 a 5 pontos, o *score* mínimo possível (partindo do pressuposto que o participante responde a todos os itens) são 6 pontos e o máximo 30 pontos. A média da pontuação obtida nesta dimensão foi de 26,45 com um DP de 3,05, sendo que nenhum dos participantes inquiridos obteve *score* mínimo (6 pontos), pois este resultado situou-se nos 10 pontos e o máximo em 30 pontos.

A D2 é constituída por 4 questões, também elas podem ser pontuadas de 1 a 5 pontos, com um *score* mínimo possível de 4 pontos e um *score* máximo de 20 pontos. A média da pontuação obtida nesta dimensão foi de 13,81 com um DP de 3,68.

Relativamente à média do *score* total do QCSM (D1+D2), o resultado fixou-se nos 40,26 pontos, com um DP de 5,25. Nesta amostra o valor mínimo situou-se nos 17 pontos, enquanto que o valor máximo se situou em 50 pontos, ou seja, o *score* máximo da escala.

O quadro que segue (Quadro 18) apresenta os dados descritivos do QCSM, com o nº de respostas a cada questão que constituem a D1 e a D2. Dos dados obtidos pode-se concluir que as respostas às questões da D2 obtiveram menos consenso entre os participantes, uma vez que houve mais disparidade nas escolhas, dando especial atenção às questões: “problemas psicológicos nos adolescentes não influenciam o seu desempenho escolar” que obteve 139 respostas (62,6%) “concordo totalmente” e para a questão: “é improvável que indivíduos de meia-idade ou idosos desenvolvam problemas psicológicos e distúrbios mentais” que obteve 104 respostas (46,8%) “concordo totalmente”.

QUADRO 18 - Dados descritivos do QCSM

QCSM	1, n (%)	2, n (%)	3, n (%)	4, n (%)	5, n (%)
D1 - Conhecimento sobre as características da saúde mental e dos distúrbios mentais.					
1. Muitas pessoas têm problemas mentais, mas não se apercebem disso.	4 (1,8)	6 (2,7)	17 (7,7)	57 (25,7)	138 (62,2)
2. Os componentes da SM incluem inteligência normal, humor estável, atitude positiva, boas relações interpessoais, e capacidade de adaptação.	9 (4,1)	14 (6,3)	40 (18)	53 (23,9)	106 (47,7)
3. Devem ser procurados serviços psicológicos ou psiquiátricos se suspeitarmos da presença de problemas ou distúrbios mentais.	8 (3,6)	2 (0,9)	12 (5,4)	23 (10,4)	177 (79,7)
4. Atitudes positivas, boas relações interpessoais e um estilo de vida saudável podem ajudar a manter a saúde mental.	5 (2,3)	7 (3,2)	0 (0)	31 (14,0)	179 (80,6)
5. Indivíduos com história familiar de distúrbios mentais correm maior risco de problemas psicológicos e distúrbios mentais.	9 (4,1)	8 (3,6)	39 (17,6)	69 (31,1)	97 (43,7)
6. Problemas ou distúrbios mentais podem ocorrer quando um indivíduo está sob stress psicológico ou enfrenta um importante evento na sua vida.	3 (1,4)	2 (0,9)	12 (5,4)	53 (23,9)	152 (68,5)
D2 - Crença na epidemiologia dos distúrbios mentais.					
7. Todos os distúrbios mentais são causados por stressores externos.	36 (16,2)	50 (22,5)	52 (23,4)	36 (16,2)	48 (21,6)
8. Mesmo para distúrbios mentais graves (por exemplo, esquizofrenia) os medicamentos apenas devem ser tomados por um determinado período de tempo.	44 (19,8)	29 (13,1)	77 (34,7)	12 (5,4)	60 (27,0)
9. Problemas psicológicos nos adolescentes não influenciam o seu desempenho escolar.	22 (9,9)	13 (5,9)	21 (9,5)	27 (12,2)	139 (62,6)
10. É improvável que indivíduos de meia-idade ou idosos desenvolvam problemas psicológicos e distúrbios mentais.	40 (18,0)	25 (11,3)	27 (12,2)	26 (11,7)	104 (46,8)

A D3 é constituída por 4 questões de resposta “Sim/Não”, sendo que o “sim” pontua 1 e o “não” pontua zero. Nesta dimensão, o *score* mínimo é zero e o *score* máximo são 4 pontos. Dos resultados obtidos, a média situa-se nos 1,99 pontos com DP de 1,39. No quadro que se segue (Quadro 19) é possível perceber quais as questões com mais respostas afirmativas na D3 deste

questionário, que é constituída por 4 perguntas sobre efemérides relacionadas com a SM, conforme descrito anteriormente.

QUADRO 19 - QCSM: D3

	<i>n</i>	%
Já ouviu falar sobre o Dia Mundial da Saúde Mental?		
Sim	156	70,30
Não	66	29,70
Já ouviu falar sobre o Dia Internacional contra o Abuso de Drogas e o Tráfico Ilícito?		
Sim	94	42,30
Não	128	57,70
Já ouviu falar sobre o Dia Internacional de Prevenção do Suicídio?		
Sim	90	40,50
Não	132	59,50
Já ouviu falar sobre o Dia Mundial do Sono?		
Sim	102	45,90
Não	120	54,10

Da análise destes dados pode-se inferir que apenas a questão: “Já ouviu falar sobre o Dia Mundial da Saúde Mental?” obteve maior nº de respostas positivas do que negativas. 70,30% dos inquiridos já ouviram falar sobre o Dia Mundial da Saúde Mental, enquanto que 29,70% nunca ouviram falar. As questões seguintes obtiveram pontuações semelhantes entre si, sendo que o nº de pessoas que nunca ouviu falar destas efemérides é superior ao nº das que já ouviram.

3.1.3. Saúde Mental Positiva

O QSM+ (versão reduzida) é constituído por 18 questões e 6 fatores, sendo que cada fator tem 3 questões que podem ser cotadas de 1 a 4 pontos. O fator “satisfação pessoal” obteve uma média de 8,88, com um DP de 2,83 e um valor mínimo de 3 e máximo de 12. O fator “atitude pró-social” obteve uma média de 10,71, com um DP de 1,74 e um valor mínimo de 4 e máximo de 12. O fator “autocontrolo” obteve uma média de 7,52, com um DP de 1,46 e um valor mínimo de 4 e máximo de 12. O fator “autonomia” obteve uma média de 8,47, com um DP de 2,83 e um valor mínimo de 3 e máximo de 12. O fator “resolução de problemas e realização pessoal” obteve uma média de 9,77, com um DP de 1,162 e um valor mínimo de 3 e máximo de 12. O fator “habilidades de relação interpessoal” obteve uma média de 8,73, com um DP de 2,35 e um valor mínimo de 3 e máximo de 12. A média dos scores, a mediana, o DP e o valor máximo e mínimo obtido no QSM+ e cada fator individualmente podem ser consultados no Quadro 20.

QUADRO 20 - QSM+ (versão reduzida)

	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
QSM+ Satisfação Pessoal	8,88	9,50	2,83	3	12
QSM+ Atitude Pró-Social	10,71	11,00	1,74	4	12
QSM+ Autocontrolo	7,52	8,00	1,46	4	12
QSM+ Autonomia	8,47	9,00	2,83	3	12
QSM+ Resolução de Problemas e Realização Pessoal	9,77	10,00	1,16	3	12
QSM+ Habilidades de Relação Interpessoal	8,73	9,00	2,35	3	12
QSM+ Score Total	54,09	55,00	8,69	24	70

Defendendo que a SM não se define pela ausência de doença, pareceu pertinente compreender qual os valores SM+ que as pessoas com necessidade de cuidados de SM obtinham ao preencher o QSM+ (versão reduzida). Desta análise, a média do score total do QSM+ (versão reduzida) foi de 54,09 de 70 pontos possíveis com um DP=8,69, com pontuação mínima de 24 e máxima de 70, sendo que o mínimo possível (para questionários totalmente preenchidos) é 18 e o máximo 72. Dos seis fatores que constituem o modelo multifatorial, o que obteve a média de pontuação mais baixa foi o “autocontrolo”, seguido de “autonomia”. Por sua vez, o fator “atitude pró-social” obteve a média de pontuação mais alta de entre os seis fatores. O Quadro 21 mostra os dados descritivos relativos QSM+, em termos de nº de respostas a cada questão e %, com especial atenção à questão: “considero-me uma pessoa menos importante do que as pessoas que me rodeiam” que obteve 117 respostas (52,7%) “sempre ou quase sempre” e à questão: “penso que sou um inútil e não sirvo para nada” que obteve 118 respostas (53,2%) “sempre ou quase sempre”.

QUADRO 21 - Dados descritivos do QSM+

QSM+	Raramente/ Nunca	Alguma das vezes	Na maioria das vezes	Sempre/ Quase Sempre
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
F1 - Satisfação Pessoal				
5.Considero-me uma pessoa menos importante do que as pessoas que me rodeiam.	34 (15,3)	31 (14,0)	40 (18,0)	117 (52,7)
14.Penso que sou um inútil e não sirvo para nada.	28 (12,6)	17 (7,7)	59 (26,6)	118 (53,2)
18.Sinto-me insatisfeito comigo mesmo.	60 (27,0)	28 (12,6)	76 (34,2)	58 (26,1)
F2 -Atitude Pró Social				
11.Penso que sou uma pessoa digna de confiança.	6 (2,7)	10 (4,5)	45 (20,3)	161 (72,5)
12.Penso nas necessidades dos outros.	9 (4,1)	23 (10,4)	49 (22,1)	141 (63,5)
17.Gosto de ajudar os outros.	3 (1,4)	10 (4,5)	52 (23,4)	157 (70,7)
F3 - Autocontrolo				
1.Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas.	37 (16,7)	68 (30,6)	78 (35,1)	39 (17,6)
9.Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos.	43 (19,4)	69 (31,1)	58 (26,1)	52 (23,4)
10.Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito da minha vida.	39 (17,6)	80 (36,0)	68 (30,6)	35 (15,8)
F4 - Autonomia				
3.Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim.	48 (21,6)	38 (17,1)	53 (23,9)	83 (37,4)
4.As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões.	31 (14,0)	31 (14,0)	84 (37,8)	76 (34,2)
7.Preocupa-me que as pessoas me critiquem.	43 (19,4)	38 (17,1)	66 (29,7)	75 (33,8)
F5 - Resolução de Problemas e Realização Pessoal				
6.Procuro melhorar como pessoa.	13 (5,9)	16 (7,2)	65 (29,3)	128 (57,7)
15.Procuro desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes.	9 (4,1)	32 (14,4)	80 (36,0)	101 (45,5)
16.Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis.	13 (5,9)	37 (16,7)	74 (33,3)	98 (44,1)
F6 - Habilidades de Relação Interpessoal				
2.Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas.	30 (13,5)	40 (18,0)	76 (34,2)	76 (34,2)
8.Considero-me uma pessoa sociável.	36 (16,2)	44 (19,8)	69 (31,1)	73 (32,9)
13.Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus prof./chefes.	38 (17,1)	28 (12,6)	45 (20,3)	111 (50,0)

3.1.4. Análise Inferencial

Para iniciar a análise de dados foi necessário, em primeiro lugar, perceber se as variáveis apresentavam uma distribuição normal entre elas ou não. Por esse motivo, começou por se fazer uma análise da distribuição com recurso ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Após a realização deste teste, no programa SPSS®, percebeu-se que para todas as variáveis o valor de $p < 0,05$ (Quadro 22), ou seja, a distribuição das variáveis não era normal. Uma vez que a distribuição não seguia a normalidade, os testes utilizados nas restantes análises foram testes não paramétricos.

QUADRO 22 - Teste de *Kolmogorov-Smirnov*

	<i>p</i>
QCSM Score Total	<0,05
QCSM: Dimensão 1	<0,05
QCSM: Dimensão 2	<0,05
QCSM: Dimensão 3	<0,05
QSM: Satisfação Pessoal	<0,05
QSM: Atitude Pró-Social	<0,05
QSM: Autocontrolo	<0,05
QSM: Autonomia	<0,05
QSM: Resolução de Problemas e Realização Pessoal	<0,05
QSM: Habilidades de Relação Interpessoal	<0,05
QSM - Score Total	<0,05

A primeira análise que urgiu realizar foi a correlação entre o *score* do QCSM e o *score* do QSM+ (versão reduzida). Uma vez que as variáveis em estudo não seguem uma distribuição normal, para analisar a relação entre estas variáveis utilizou-se a correlação de *Spearman* (teste não paramétrico).

Os quadros de correlação (Quadro 23, 24, 25 e 26) mostram como as variáveis estão relacionadas entre si. Os valores de correlação indicam a direção e a força dessas relações, enquanto os valores de *p* indicam se essas correlações são estatisticamente significativas. Os resultados obtidos sugerem que o QCSM, que é dividido em 3 dimensões, tem correlação com outra variável: a correlação entre a D3 do QCSM e o fator “Atitude Pró-Social” do QSM+ (versão reduzida) é estatisticamente significativa (Quadro 26). Ou seja, há relação entre o *score* da D3 do QCSM e o *score* no fator “Atitude Pró-Social” do QSM+ (versão reduzida). Quanto maior a consciencialização acerca de atividades de promoção da SM, maior a “atitude pró-social” que

inclui a sensibilidade da pessoa ao seu ambiente social, a atitude e o desejo de ajudar a apoiar os outros e a aceitação dos outros (Sequeira et al., 2015).

Esta é a única correlação significativa entre o QCSM e o QSM+ (versão reduzida), todas as outras relações são consideradas estatisticamente não significativas. Para a análise em questão, apenas a D3 se relaciona positivamente com o QSM+ (versão reduzida), fator “Atitude Pró-Social”, no entanto a correlação é positiva muito fraca ($rs = 0,14$).

Importa, ainda, concluir que dentro do QCSM as diferentes dimensões têm correlações estatisticamente significativas entre si. A D1 tem correlação positiva muito fraca com a D2 com coeficiente de correlação (rs)=0,17 e correlação positiva fraca com a D3 com $rs=0,20$. Nos quadros abaixo (Quadro 25 e 26) é igualmente possível verificar a ausência de significância estatística entre D2 e D3.

QUADRO 23 - Correlação entre QCSM score total e QSM+ (versão reduzida)

QCSM Score Total	<i>rs</i>	<i>p</i>
QCSM - Dimensão 1	0,64	<0,05
QCSM - Dimensão 2	0,84	<0,05
QCSM - Dimensão 3	0,18	<0,05
QSM+ - Satisfação Pessoal	-0,02	0,76
QSM+ - Atitude Pró-Social	0,11	0,11
QSM+ - Autocontrolo	-0,09	0,17
QSM+ - Autonomia	0,04	0,58
QSM+ - Resolução de Problemas e Realização Pessoal	0,02	0,74
QSM+ - Habilidades de Relação Interpessoal	-0,01	0,87
QSM+ - Score Total	0,00	0,99

QUADRO 24 - Correlação entre QCSM - D1 e QSM+ (versão reduzida)

QCSM - D1	<i>rs</i>	<i>p</i>
QCSM <i>Score Total</i>	0,64	<0,05
QCSM - Dimensão 2	0,17	<0,05
QCSM - Dimensão 3	0,20	<0,05
QSM+ - Satisfação Pessoal	0,02	0,72
QSM+ - Atitude Pró-Social	0,12	0,07
QSM+ - Autocontrolo	-0,05	0,45
QSM+ - Autonomia	0,07	0,32
QSM+ - Resolução de Problemas e Realização Pessoal	0,02	0,74
QSM+ - Habilidades de Relação Interpessoal	-0,05	0,42
QSM+ - <i>Score Total</i>	0,02	0,79

QUADRO 25 - Correlação entre QCSM - D2 e QSM+ (versão reduzida)

QCSM - D2	<i>rs</i>	<i>p</i>
QCSM <i>Score Total</i>	0,84	<0,05
QCSM - Dimensão 1	0,17	<0,05
QCSM - Dimensão 3	0,07	0,33
QSM+ - Satisfação Pessoal	-0,01	0,90
QSM+ - Atitude Pró-Social	0,03	0,66
QSM+ - Autocontrolo	-0,07	0,30
QSM+ - Autonomia	0,06	0,36
QSM+ - Resolução de Problemas e Realização Pessoal	0,02	0,79
QSM+ - Habilidades de Relação Interpessoal	0,03	0,67
QSM+ - <i>Score Total</i>	0,02	0,76

QUADRO 26 - Correlação entre QCSM -D3 e QSM+ (versão reduzida)

QCSM - D3	<i>rs</i>	<i>p</i>
QCSM <i>Score</i> Total	0,18	<0,05
QCSM - Dimensão 1	0,20	<0,05
QCSM - Dimensão 2	0,07	0,33
QSM+ - Satisfação Pessoal	-0,01	0,88
QSM+ - Atitude Pró-Social	0,14	<0,05
QSM+ - Autocontrolo	-0,01	0,85
QSM+ - Autonomia	-0,05	0,50
QSM+ - Resolução de Problemas e Realização Pessoal	0,04	0,53
QSM+ - Habilidades de Relação Interpessoal	0,03	0,57
QSM+ - <i>Score</i> Total	0,02	0,73

Após a realização do teste de *Spearman* para analisar a correlação entre QCSM e QSM+ (versão reduzida), analisou-se a correlação entre o QCSM e a idade dos participantes (Quadro 27). O teste de *Spearman* revelou que a correlação entre o *score* total do QCSM e a idade não é estatisticamente significativa ($p=0,25$). Isto significa que não há uma associação significativa entre a pontuação total no QCSM e a idade da amostra.

A correlação entre a idade e QCSM - D1 também não é significativa. No entanto, a correlação entre a idade e a QCSM - D2 e a D3 é estatisticamente significativa. A relação entre a idade e a D2 do QCSM é negativa muito fraca ($rs = -0,16$), o que significa que valores maiores de idade se relacionam com valores mais baixos de *score* da D2 (“crença na epidemiologia dos distúrbios mentais”).

Já a relação entre a D3 do QCSM e a idade é positiva muito fraca ($rs = 0,13$), o que significa que valores maiores de idade se relacionam com valores maiores de *score* da D3 (“consciencialização acerca de atividades de promoção da Saúde Mental”).

QUADRO 27 - Correlação entre QCSM e idade

Idade	<i>rs</i>	<i>p</i>
QCSM <i>Score</i> Total	-0,08	0,25
QCSM D1	0,07	0,28
QCSM D2	-0,16	0,02
QCSM D3	0,13	0,05

A análise que se segue permitiu perceber se existiam diferenças significativas entre os resultados obtidos no QCSM e o sexo (feminino/masculino) dos participantes. O Quadro 28 apresenta os resultados da análise de diferenças entre grupos para as diferentes dimensões do QCSM. Para isso recorreu-se ao teste de *Mann-Whitney* (teste não paramétrico, para amostras independentes, que não seguem uma distribuição normal). Dos resultados obtidos foi possível aferir que relativamente ao QCSM *score* total e o sexo, a média das pontuações totais é ligeiramente superior no sexo feminino do que no masculino, no entanto, o valor de $p=0,82$, o que nos indica que não há diferença estatística significativa na pontuação total do QCSM entre sexos.

No caso de D1, a média das pontuações da D1 é relativamente semelhante em ambos os sexos com um valor de $p=0,98$ (ou seja, superior a 0,05), o que significa que não há diferenças significativas entre a pontuação da D1 nas mulheres e nos homens.

Na D2 o valor de $p=0,83$, logo não há diferença significativa entre a pontuação de D2 em ambos os sexos.

No que diz respeito à D3, a média das pontuações obtida em D3 é superior no sexo feminino, em relação ao sexo masculino, com $Z=-2,16$ e um valor de $p=0,03$. Isso sugere que há uma diferença estatisticamente significativa na pontuação da D3, ou seja, há relação entre ser mulher e a pontuação da dimensão “consciencialização sobre atividades de promoção da SM”.

Em resumo, os resultados indicam que, no geral, não há diferenças significativas nas pontuações totais do QCSM, na D1 e na D2 entre o sexo masculino e o sexo feminino. No entanto, há uma diferença significativa na D3, com o grupo feminino a apresentar uma pontuação mais alta nessa dimensão (Quadro 28).

QUADRO 28 - QCSM e sexo

	Sexo	<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
QCSM <i>Score</i> Total	Feminino	99	112,61	-0,23	0,82
	Masculino	123	110,61		
QCSM D1	Feminino	99	111,60	-0,02	0,98
	Masculino	123	111,42		
QCSM D2	Feminino	99	112,54	-0,22	0,83
	Masculino	123	110,67		
QCSM D3	Feminino	99	121,64	-2,16	<0,05
	Masculino	123	103,34		

Após se perceber que não há diferenças substanciais entre o sexo masculino e o sexo feminino no que diz respeito ao QCSM, optou-se por verificar a relação deste mesmo com o meio onde cada participante habita (rural/urbano), através do teste de *Mann-Whitney*.

Não há uma diferença estatisticamente significativa na pontuação total do QCSM entre pessoas que vivem em áreas rurais e urbanas ($p=0,49$). Isso significa que, com base nos dados disponíveis, não podemos concluir que há diferenças significativas no meio onde habitam (rural ou urbano) e o *score* total no QCSM.

Relativamente à D1 há uma diferença estatisticamente significativa entre pessoas que vivem em áreas rurais e urbanas ($Z=-2,26$ e $p=0,02$). Por esse motivo, há relação entre as pessoas que vivem em áreas rurais e pontuações mais altas na D1 (“conhecimento sobre SM e distúrbios mentais”) em comparação com aquelas que vivem em áreas urbanas.

No que diz respeito à pontuação da D2 e da D3, não há diferenças estatisticamente significativas em relação ao meio onde os participantes habitam ($p=0,76$ e $p=0,42$, respetivamente).

Em suma, com base nos resultados da análise de *Mann-Whitney*, a única diferença significativa encontrada está relacionada com a D1 e aqueles que vivem em áreas rurais em comparação com áreas urbanas. Não foram encontradas diferenças significativas nas outras dimensões do QCSM com base no meio onde habitam (Quadro 29).

QUADRO 29 - QCSM e meio em que vive

	Em que meio vive	<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
QCSM Score Total	Rural	35	118,43	-0,70	0,49
	Urbano	187	110,20		
QCSM D1	Rural	35	133,80	-2,26	<0,05
	Urbano	187	107,33		
QCSM D2	Rural	35	108,41	-0,31	0,76
	Urbano	187	112,08		
QCSM D3	Rural	35	103,57	-1,36	0,42
	Urbano	187	112,98		

Seguindo os dados colhidos no questionário sociodemográfico, fez sentido correlacionar o nº de anos de escolaridade (concluídos) com o QCSM. Os dados constam no quadro que se segue:

QUADRO 30 - QCSM e escolaridade

Nº de anos de escolaridade concluídos	<i>rs</i>	<i>p</i>
QCSM Score Total	0,30	<0,05
QCSM D1	0,10	0,13
QCSM D2	0,34	<0,05
QCSM D3	0,09	0,17

Para a obtenção destes dados realizou-se uma correlação (usando o coeficiente de correlação de *Spearman*). Os resultados indicam a força e a significância das correlações entre as variáveis: nº de anos de escolaridade concluídos e QCSM score total e D1, D2 e D3.

O coeficiente de correlação de *Spearman* entre "QCSM score total" e "nº de anos de escolaridade concluídos" é de 0,30, o que indica uma correlação positiva fraca e estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre essas duas variáveis. Isso significa que há relação entre o número de anos de escolaridade concluídos e o aumento do "QCSM score total". Em relação ao QCSM D1 e o nº de anos de escolaridade concluídos, $p = 0,13$, o que significa que esta correlação não é significativa. A D2 do QCSM está correlacionada de forma positiva com a escolaridade ($rs = 0,34$) - correlação positiva fraca - e com significância estatística ($p < 0,05$). Há relação entre o número de anos de escolaridade concluídos e o score da D2. A D3 do QCSM também não apresenta significância estatística quando correlacionado com o nº de anos de escolaridade concluídos.

Em resumo, com base nos resultados da análise de correlação de *Spearman*, as variáveis "QCSM score total" e "QCSM D2" estão significativamente correlacionadas com o "nº de anos de escolaridade concluídos", enquanto as outras variáveis (D1 e D3) não apresentam uma correlação significativa.

O seguimento em Psiquiatria (em anos) é outro fator que pareceu pertinente compreender se pode ou não estar relacionado com o conhecimento sobre SM. Dessa forma, o quadro que se segue (Quadro 31) mostra os valores obtidos através de uma análise ao *rs* de *Spearman*.

QUADRO 31 - QCSM e seguimento em Psiquiatria

Seguimento em Psiquiatria (em anos)	<i>rs</i>	<i>p</i>
QCSM Score Total	0,00	0,97
QCSM D1	0,14	0,04
QCSM D2	-0,07	0,28
QCSM D3	0,06	0,40

Dos dados obtidos através do *rs* de *Spearman* pode-se interpretar que apenas a D1 se relaciona significativamente com a variável “seguimento em Psiquiatria (em anos)”, uma vez que $p=0,04$, todos os outros valores têm $p>0,05$, o que demonstra que as correlações não são estatisticamente significativas. No que diz respeito à correlação de D1 com o seguimento que cada participante tem em Psiquiatria (em anos), esta é positiva muito fraca ($rs=0,14$).

Em suma, o seguimento em Psiquiatria (em anos) não mostra correlações significativas (ou seja, não há uma relação estatisticamente significativa) com a maioria das variáveis, com exceção da D1.

De seguida analisou-se a relação entre o QCSM e a hereditariedade da doença mental, ou seja, se de alguma forma o facto de existir algum familiar direto com doença mental diagnosticada se relaciona, ou não, com as pontuações obtidas no QCSM. Para a obtenção destes dados recorreu-se a um teste de *Mann-Whitney* e os resultados encontram-se no quadro abaixo (Quadro 32).

QUADRO 32 - QCSM e hereditariedade

	Existe mais alguém na família direta com doença mental diagnosticada	<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
QCSM Score Total	Não	109	110,15	-0,31	0,758
	Sim	113	112,80		
QCSM D1	Não	109	107,58	-0,90	0,368
	Sim	113	115,28		
QCSM D2	Não	109	111,18	-0,07	0,942
	Sim	113	111,81		
QCSM D3	Não	109	105,67	-1,36	0,174
	Sim	113	117,13		

Com base nos resultados do teste de *Mann-Whitney*, não há evidência estatisticamente significativa entre a relação do QCSM e diferentes dimensões e a presença ou ausência de doença mental diagnosticada a familiares diretos ($p>0,05$ em todas as dimensões).

Outra das variáveis que foi tida em conta na fase de recolha de dados foi o conhecimento que cada participante tem relativamente à medicação que toma, para analisar os dados recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis* (teste não paramétrico que compara três ou mais grupos interdependentes). Os resultados obtidos podem ser consultados no quadro que se segue:

QUADRO 33 - QCSM e conhecimento da medicação (Kruskal-Wallis)

	Consegue dizer para que serve a medicação que toma	<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
QCSM Score Total	Não	38	78,92	11,00	<0,05
	Sim	130	115,94		
	Alguma sim, outra não	44	102,42		
QCSM D1	Não	38	91,87	2,72	0,26
	Sim	130	109,20		
	Alguma sim, outra não	44	111,17		
QCSM D2	Não	38	80,43	11,88	<0,05
	Sim	130	117,21		
	Alguma sim, outra não	44	97,38		
QCSM D3	Não	38	88,57	5,33	0,07
	Sim	130	107,52		
	Alguma sim, outra não	44	118,99		

Dos valores apresentados no Quadro 33, resultantes da aplicação do teste de *Kruskal-Wallis*, apenas o QCSM score total e o QCSM D2 apresentam diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). No que diz respeito à D1 e D3, o mesmo não se verifica, com valores de $p > 0,05$. Os resultados indicam que a capacidade das pessoas de dizer para que serve a medicação que tomam está associada a diferenças significativas nas pontuações totais do QCSM e na dimensão relacionada à crença na epidemiologia dos distúrbios mentais (D2). Não há diferenças significativas nas outras dimensões com base nesse critério específico. Para perceber melhor estes resultados, aplicou-se um teste de *Mann-Whitney* apenas às dimensões com valores estatisticamente significativos (QCSM score total e D2). Os valores estão apresentados no Quadro 34.

QUADRO 34 - QCSM e conhecimento da medicação (Mann-Whitney)

	Consegue dizer para que serve a medicação que toma	<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
QCSM Score Total	Não	38	62,03	-3,25	<0,05
	Sim	130	91,07		
QCSM D2	Não	38	62,04	-3,25	<0,05
	Sim	130	91,07		

Após aplicação do teste *Mann-Whitney* encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa das pontuações totais do questionário QCSM e a D2 entre as pessoas que conseguem dizer para que serve a medicação que tomam e aquelas que não conseguem ($p < 0,05$ e $Z = -3,25$). Os resultados indicam que pessoas que conseguem dizer para que serve a medicação que tomam apresentam relação com pontuações mais altas no *score* total do QCSM e na D2.

Posto isto, tentou-se analisar se existia diferença entre o *score* total do QCSM e suas dimensões e a capacidade de os participantes identificarem sinais/sintomas associados à sua doença. À questão: “consegue identificar sinais/sintomas da sua doença?”, as respostas possíveis eram “sim”, “não”, “alguns sim, outros não”. Para avaliar se existem diferenças significativas entre as opções, realizou-se um teste de *Kruskal-Wallis* e os resultados podem ser consultados no Quadro 35.

QUADRO 35 - QCSM e identificação de sinais/sintomas da doença mental (*Kruskal-Wallis*)

	Consegue identificar possíveis sinais e/ou sintomas da sua doença	<i>n</i>	Mean Rank	<i>H</i>	<i>p</i>
QCSM Score Total	Não	35	77,16	15,78	<0,05
	Sim	123	124,56		
	Alguns sim, outros não	64	105,19		
QCSM D1	Não	35	90,27	7,88	<0,05
	Sim	123	121,54		
	Alguns sim, outros não	64	103,80		
QCSM D2	Não	35	81,26	11,29	<0,05
	Sim	123	121,95		
	Alguns sim, outros não	64	107,96		
QCSM D3	Não	35	84,54	8,23	<0,05
	Sim	123	119,09		
	Alguns sim, outros não	64	111,66		

Após aplicação do teste de *Kruskal-Wallis*, verificou-se que existe uma diferença estatisticamente significativa nas médias das pontuações entre os grupos ($p < 0,05$). Os resultados indicam que a capacidade das pessoas de identificar possíveis sinais e/ou sintomas da sua doença está associada a diferenças significativas nas pontuações totais do questionário QCSM e nas pontuações das dimensões D1, D2 e D3.

Para se perceber a diferença entre dois grupos, realizou-se o teste de *Mann-Whitney* primeiro comparando a resposta “não” e “sim” (Quadro 36), depois a resposta “não” e “alguns sim, outro não” (Quadro 37) e, posteriormente, “sim” e “alguns sim, outro não” (Quadro 38).

QUADRO 36 - QCSM e sinais/sintomas da doença mental (Mann-Whitney 1)

	Consegue identificar possíveis sinais e/ou sintomas da sua doença	<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
QCSM Score Total	Não	35	54,00	-3,75	<0,05
	Sim	123	86,76		
QCSM D1	Não	35	62,44	-2,52	<0,05
	Sim	123	84,35		
QCSM D2	Não	35	57,61	-3,22	<0,05
	Sim	123	85,73		
QCSM D3	Não	35	60,54	-2,84	<0,05
	Sim	123	84,89		

Em todas as dimensões o valor de $p < 0,05$, existe significância estatística, ou seja, segundo os dados, existe relação entre as pessoas que sabem identificar sinais/sintomas da sua doença e valores mais elevados no *score* total do QCSM e em todas as suas dimensões.

QUADRO 37 - QCSM e sinais/sintomas da doença mental (Mann-Whitney 2)

	Consegue identificar possíveis sinais e/ou sintomas da sua doença	<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
QCSM Score Total	Não	35	41,16	-2,27	<0,05
	Alguns sim, outros não	64	54,84		
QCSM D1	Não	35	45,83	-1,08	0,282
	Alguns sim, outros não	64	52,28		
QCSM D2	Não	35	41,64	-2,15	<0,05
	Alguns sim, outros não	64	54,57		
QCSM D3	Não	35	42,00	-2,10	<0,05
	Alguns sim, outros não	64	54,38		

Neste quadro (37) o valor de $p < 0,05$, no QCSM *score* total, D2 e D3, o que significa que só estes valores são estatisticamente significativos, o mesmo não se verifica na D1. Fazendo a análise dos dados, existe relação entre as pessoas que sabem identificar alguns sinais/sintomas da sua doença e os valores mais elevados no *score* total do QCSM, D2 e D3 em relação às que não sabem identificar sinais/sintomas. No que respeita à D1, não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

QUADRO 38 - QCSM e sinais/sintomas da doença mental (Mann-Whitney 3)

	Consegue identificar possíveis sinais e/ou sintomas da sua doença	<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
QCSM Score Total	Sim	123	99,80	-2,04	<0,05
	Alguns sim, outros não	64	82,85		
QCSM D1	Sim	123	99,19	-1,83	0,07
	Alguns sim, outros não	64	84,02		
QCSM D2	Sim	123	98,22	-1,48	0,14
	Alguns sim, outros não	64	85,89		
QCSM D3	Sim	123	96,20	-0,79	0,43
	Alguns sim, outros não	64	89,78		

Pessoas que conseguem identificar sinais e/ou sintomas da sua doença estão relacionadas com pontuações mais altas no QCSM score total em relação a pessoas que conseguem identificar alguns sinais/sintomas e outros não ($p < 0,05$). No que diz respeito a cada dimensão individualmente (D1, D2 e D3) não se encontram diferenças estatisticamente significativas, uma vez que $p > 0,05$.

A procura de informação também pareceu ser um fator de impacto no que diz respeito à LSM e, por esse motivo, analisou-se a relação entre esse fator a pontuação do QCSM. As respostas possíveis à questão: “costuma procurar informação sobre a sua doença?” eram “não”, “sim, com profissionais de saúde”, “sim, na internet”, “sim, em livros”, “sim, na tv”, “outro/as”. Uma vez que as respostas à procura em livros, tv e outros eram residuais, optou-se por comparar os dados dos participantes que não costumam procurar informação sobre a sua doença ($n=109$), com os que procuram com profissionais de saúde ($n=52$) e na internet ($n=50$). Os resultados podem ser consultados no Quadro 39.

QUADRO 39 - QCSM e procura de informação sobre doença mental (Kruskal-Wallis)

	Costuma procurar informação sobre a doença	n	Mean Rank	H	p
QCSM Score Total	Não	109	93,56	9,40	<0,05
	Sim, com profissionais de saúde	52	119,66		
	Sim, na internet	50	118,90		
QCSM D1	Não	109	102,28	2,20	0,333
	Sim, com profissionais de saúde	52	103,13		
	Sim, na internet	50	117,08		
QCSM D2	Não	109	92,73	11,97	<0,05
	Sim, com profissionais de saúde	52	126,77		
	Sim, na internet	50	113,32		
QCSM D3	Não	109	102,53	1,19	0,552
	Sim, com profissionais de saúde	52	113,51		
	Sim, na internet	50	105,76		

Segundo os dados obtidos através do teste de *Kruskal-Wallis*, a forma como as pessoas procuram informação sobre a doença está associada a diferenças estatisticamente significativas nas pontuações totais do QCSM e na D2 ($p < 0,05$). No entanto, não há diferenças significativas na D2 e D3 ($p > 0,05$). Perante isto, recorreu-se ao teste *Mann-Whitney* para perceber de que forma o QCSM score total e a D2 se relacionam com a procura de informação sobre a doença mental. Os quadros que se seguem (40, 41 e 42) procuram a relação entre o score total do QCSM e D1 com a resposta “não” e “sim, com profissionais de saúde” (Quadro 40); “não” e “sim, na internet” (Quadro 41) e “sim, com profissionais de saúde e “sim, na internet” (Quadro 42).

QUADRO 40 - QCSM e procura de informação sobre doença mental (Mann-Whitney 1)

	Costuma procurar informação sobre a doença	n	Mean Rank	Z	p
QCSM Score Total	Não	109	74,60	-2,53	<0,05
	Sim, com profissionais de saúde	52	94,42		
QCSM D2	Não	109	72,67	-3,30	<0,05
	Sim, com profissionais de saúde	52	98,47		

Perante estes resultados, pode-se inferir que, uma vez que $p < 0,05$, há significância estatística, ou seja, há relação entre pessoas que procuram informação com profissionais de saúde e pontuações de QCSM score total e D2 maiores do que as que não procuram informação.

QUADRO 41 - QCSM e procura de informação sobre doença mental (Mann-Whitney 2)

	Costuma procurar informação sobre a doença	n	Mean Rank	Z	p
QCSM Score Total	Não	109	73,97	-2,45	<0,05
	Sim, na internet	50	93,15		
QCSM D2	Não	109	75,07	-2,00	<0,05
	Sim, na internet	50	90,75		

Perante estes resultados, onde $p < 0,05$, há significância estatística, o que significa que existe relação entre pessoas que procuram informação na internet sobre a sua doença e ter valores de QCSM score total e D2 maiores do que as que não procuram informação.

QUADRO 42 - QCSM e procura de informação sobre doença mental (Mann-Whitney 3)

	Costuma procurar informação sobre a doença	n	Mean Rank	Z	p
QCSM Score Total	Sim, com profissionais de saúde	52	51,74	-0,08	0,93
	Sim, na internet	50	51,25		
QCSM D2	Sim, com profissionais de saúde	52	54,80	-1,15	0,25
	Sim, na internet	50	48,07		

Mediante os dados apresentados no Quadro 40, $p > 0,05$, o que demonstra que não há significância estatística, logo não há diferenças estatisticamente significativas entre o score total do QCSM e da D2 em relação a quem procura informação sobre a doença com profissionais de saúde ou na internet.

3.2. Discussão de Resultados

Após a análise de dados, importa interpretar e valorizar os seus resultados, ou seja, perceber quais as informações que deles podem ser retiradas e de que forma é que isso vai ao encontro do que diz a literatura acerca do tema.

A importância de compreender bem as características da amostra que estamos perante, advém do peso que os determinantes em SM têm na condição desta mesma. A condição da SM é condicionada pelas variáveis sociais, económicas e ambientais em que cada um nasce, cresce, vive, trabalha e envelhece (Oliveira in Sequeira e Sampaio, 2020). Segundo a OMS e a Fundação

Gulbenkian (2014), a experiência pré-natal, da primeira infância, o nível educacional, o rendimento, a instabilidade de emprego/desemprego, a pobreza, as condições habitacionais e a existência de comorbilidades são os determinantes de saúde que mais se destacam ao nível da SM. Segundo Sederer (2016), cerca de 90% das condições da saúde mental de cada um são influenciadas por fatores sociais e ambientais, o que torna de grande importância a caracterização da amostra que faz parte deste estudo para, assim, fazer uma melhor leitura da situação. Conhecer os determinantes sociais, o seu potencial efeito e o seu mecanismo de atuação, ajuda a melhor identificar estratégias de prevenção de doença mental ou descompensação da mesma (Oliveira in Sequeira e Sampaio, 2020).

Neste processo, a amostra foi conseguida através de técnica de amostragem não probabilística por conveniência/acidental e desta amostra fizeram parte 222 pessoas. Dessas 222 pessoas, 99 são do sexo feminino (44,60%) e 123 do sexo masculino (55,40%). Quanto à saúde em geral é mais comum que homens apresentem taxas de mortalidade mais altas face às mulheres, por sua vez, as mulheres tendem a apresentar taxas de morbilidade, inclusive de doença mental, mais altas (Alves, 2018). Segundo a Mental Health Foundation (2017), as mulheres têm, nos dias de hoje, três vezes mais probabilidade de desenvolver uma doença mental comum, do que os homens. Estas apresentam um risco maior que os homens de sofrer de perturbações depressivas e perturbações de ansiedade, enquanto os homens têm uma maior probabilidade de sofrer de perturbações do abuso de substâncias (Almeida e Xavier, 2013). Ao contrário daquilo que nos diz a literatura, que a doença mental tende a ser mais prevalente nas mulheres (sendo que ser do sexo feminino é também, por si só, um determinante que influencia a SM) neste caso, a amostra apresenta maior prevalência de pessoas do sexo masculino. Dada a técnica de amostragem utilizada, tal representatividade não poderia ser garantida.

Os participantes deste estudo têm idade média (em anos) de **48,57** e o DP=15,67; sendo que a pessoa com mais idade desta amostra tem 86 anos e a pessoa com menos idade tem 19 anos. Em Portugal, as estimativas de prevalência da doença mental apresentaram diferenças significativas de acordo com a variável “idade”, emergindo um padrão de maior expressão no escalão mais jovem (18-34 anos), com uma prevalência de 50.1% de pelo menos uma perturbação psiquiátrica (Almeida e Xavier, 2013); o que significa que a idade média dos participantes deste estudo se encontra acima deste escalão. Mais uma vez, tendo em conta a técnica de amostragem e o local de colheita de dados (meio hospitalar), era expectável que a média de idades fosse superior, uma vez que a população mais velha tende a frequentar mais os hospitais.

Relativamente ao estado civil da amostra, 49,50% são solteiros/as, 26,60% casados/as ou unidos/as de facto, 17,10% divorciados/as ou separados/as de facto e 6,80% são viúvos/as. As mulheres, os grupos de menor idade e as pessoas separadas e viúvas apresentam uma maior

frequência de perturbações psiquiátricas segundo o “1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental” (Almeida e Xavier, 2013). Um estudo realizado por Senicato et al. (2018) refere que se verifica maior prevalência de doença mental nas mulheres de 30 a 49 anos, com até 12 anos de escolaridade, sem emprego, separadas/divorciadas ou viúvas e que dormem em média seis horas ou menos por noite. Um estudo realizado no Canadá (Lindstrom e Rosvall, 2012) revelou que tanto homens quanto mulheres que se separaram ou ficaram viúvos apresentaram níveis significativamente mais elevados de doença mental, nomeadamente ansiedade, do que aqueles que continuaram casados.

Patel e Kleinman (2003) acrescentam a instabilidade social e ser do sexo feminino às determinantes sociais que influenciam a SM. O que nos remete para o facto de neste estudo existirem 25 pessoas em 222 que não estão com familiares ou amigos uma única vez num mês, 19 estão apenas 1 vez por mês, 8 pessoas estão 2/3 vezes por mês, demonstrando, desta forma, que 18,10% passa a maior parte dos dias sem qualquer contacto social com alguém significativo. A epidemiologia há muito que mostra que as doenças mentais apresentam uma das maiores taxas de incapacidade, sobretudo psicossocial (DGS, 2015). Patel e Kleinman (2003) reforçam a ideia de que existe um ciclo vicioso entre a pobreza e a doença mental, comprovando que o desemprego e o baixo nível educacional aumentam a intensidade da associação com esta. Nesta amostra, 49,7% não vive em casa própria e apenas 28,4% têm atividade laboral, sendo que 25,7% estão desempregados e 25,7% reformados por invalidez. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2021), a população empregada era a que referia com maior frequência uma avaliação positiva do estado de saúde (64,1%), registando uma proporção bastante superior à obtida para a população desempregada (49,7%) e, sobretudo, para população reformada (16,4%). A DGS (2014) refere que as perturbações depressivas, as perturbações da ansiedade, as perturbações associadas ao consumo de substância e de álcool são as que mais se relacionam com o nº de anos vividos com incapacidade. As pessoas em situação de vulnerabilidade reúnem condições para um desequilíbrio na SM, com risco para evoluir para uma doença mental comum e comportamentos de adição (Keyes et al., 2012).

A Lei n.º 85/2009, de 27 de agosto veio ditar que a escolaridade obrigatória em Portugal fosse até aos 18 anos de idade e que se cumprisse o ensino secundário, correspondente ao 12º ano. No entanto, sendo esta amostra constituída apenas por pessoas adultas, todas elas iniciaram a escolaridade quando a obrigatoriedade do nº de anos de escola era menor. A média da escolaridade da amostra situa-se nos 9,77 anos com um DP de 4,42; esta amostra tem pessoas sem qualquer formação académica (zero anos de escolaridade) e um máximo de 23 anos de escolaridade completos, ou seja, frequência no ensino superior, o que não parece ser um mau panorama, tendo em conta esse determinante em SM. Em 2022, a proporção de pessoas que referiam ter doença crónica ou um problema de saúde prolongado era consideravelmente menor para a população que tinha concluído o ensino secundário (32,7%) ou o ensino superior

(30,3%), comparativamente à população com ensino básico (55,2%) e, especialmente, à população sem qualquer nível de escolaridade completo (75,1%) (INE, 2021).

Relativamente aos dados clínicos desta amostra, importa referir que foi dado mais enfoque à doença mental, uma vez que a população em estudo são pessoas com necessidade de cuidados de SM. No entanto, apesar do destaque dado à doença mental, o grande objetivo deste trabalho é melhorar e promover a SM. Posto isto, talvez se torne relevante falar em números no que a doenças mentais diz respeito, em Portugal. Segundo a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (2023), mais de 1/5 dos portugueses sofre de uma doença mental, sendo que Portugal é o segundo país da Europa com maior prevalência, sendo ultrapassado apenas pela Irlanda do Norte. As doenças mentais mais frequentes são a perturbação da ansiedade, seguida pelas perturbações do humor. Cerca de 4% da população adulta apresenta uma doença mental grave. Uma vez que esta amostra diz respeito a um conjunto de pessoas que são seguidas em Psiquiatria num hospital psiquiátrico, podemos dizer que estamos perante uma amostra com doença mental com alguma gravidade, que necessita de cuidados especializados nesta área e não apenas dos cuidados de saúde gerais e familiares. Uma parte significativa desta amostra, 86 pessoas, apresentam mais do que um diagnóstico efetivo de doença mental (diagnóstico duplo, triplo ou quádruplo), sendo as perturbações do uso de álcool e drogas as que mais se associam a outra doença mental. Segundo Teixeira (2000), existe uma alta prevalência para a ocorrência de perturbações mentais e o abuso de substâncias, com uma maior incidência desse consumo entre as pessoas com doença mental do que nas pessoas sem doença mental. Nesta amostra, a maior % de doença mental diagnosticada são as psicoses (37,20%), seguidas das depressões *major* (26,60%) e das perturbações ligadas ao uso de drogas (16,20%), contrariando um pouco os números a nível mundial e em concreto em Portugal, onde a ansiedade se encontra em primeiro lugar. Segundo Almeida e Xavier (2013), as perturbações de ansiedade são o grupo que apresenta uma prevalência mais elevada em Portugal (16.5%), seguem-se as perturbações depressivas e as perturbações por abuso de substâncias. Esta diferença em relação à amostra, mais uma vez, pode dever-se ao facto de a amostra em estudo serem pessoas com necessidade de cuidados de SM seguidas por Psiquiatria num hospital, até então, psiquiátrico, onde se prevê que a doença mental grave (como é o caso das psicoses) esteja em maior número.

A DGS (2015), mostra que em 2014, em Portugal, existiam cerca de 3038 pessoas com psicose esquizofrénica que já tinham sido internadas pelo menos uma vez e 917 com mais que um internamento. Da mesma forma, nesse mesmo ano, existiam 6764 pessoas com perturbações do humor que já tinham sido internadas, pelo menos uma vez, e 5728 que já tinham estado internadas mais do que uma vez. No caso desta amostra, 80 pessoas nunca estiveram internadas, no entanto, 142 já estiveram internadas, pelo menos uma vez, sendo que destas 142, 91 pessoas já tiveram dois ou mais episódios de internamento. Estes resultados vêm confirmar que a procura dos serviços de SM está em crescendo e é cada vez maior o número de

admissões primárias nos serviços de psiquiatria, assim como os reinternamentos (Loureiro, 2014).

A hereditariedade parece ter algum peso no que à doença mental diz respeito (Pereira, 1999). Segundo Schwenck et al. (In J. Rey & R. Martin, 2020), filhos de pais com doenças mentais podem enfrentar múltiplos stressores psicológicos, biológicos e sociais que aumentem o seu risco para o desenvolvimento de doença mental. Um estudo conduzido pelo NIMH (2020) veio reforçar a teoria de que a doença mental tem uma forte componente genética/hereditária, por esse motivo, achou-se por bem colocar na caracterização clínica desta amostra. No entanto, neste estudo a diferença de pessoas com familiares diretos a necessitarem de cuidados de SM (n=113) em relação a pessoas sem familiares com essas necessidades (n=109), é insignificante.

A qualidade do sono e o exercício físico são fundamentais para o equilíbrio e bem-estar. São indissociáveis da SM. A prática de exercício físico proporciona um coadjuvante terapêutico muito importante para um conjunto de patologias, com forte impacto na doença mental retardando a sua progressão e melhorando o panorama clínico (DGS, 2016). Neste estudo, 59,50% não praticam exercício físico e 69,80% tomam diariamente medicação para dormir. Desta amostra, 36,50% dormem menos de 6h30min por dia. Segundo o estudo de Senicato et al. (2018) as mulheres que referiam dormir seis ou menos horas diárias apresentavam maior prevalência de doença mental, 2,66 vezes mais elevada do que aquelas que referiam dormir sete ou mais horas. Um estudo realizado com idosos, também apontou um resultado semelhante, verificaram que quem dormia cinco horas ou menos por dia apresentavam pior SM, com os aspetos emocionais prejudicados em relação aos que dormiam de sete ou mais horas (Lima et al., 2012).

A LSM engloba não só o conhecimento e a compreensão das questões relacionadas com a saúde mental, mas também a capacidade de tomar decisões informadas sobre a doença e o seu tratamento. Dos 222 participantes deste estudo, 77 pessoas não sabiam de forma clara qual o seu diagnóstico, uma vez que o diagnóstico que constava no PC não coincidia com a resposta à questão: “Qual a doença mental diagnosticada?”. Este défice do conhecimento/aceitação do diagnóstico pode levar a outro problema: a não adesão ao regime terapêutico. A problemática inerente à não adesão à medicação, nas pessoas com doença mental, conduz a graves consequências ao nível da saúde pública, traduzindo-se no aumento da incidência e prevalência de diversas patologias e um aumento do número de internamentos (OE, 2021). Dessa forma, pareceu ser importante perceber do grupo de participantes quantos geriam a sua própria medicação, se conseguiam dizer para que servia, se reconheciam sinais e sintomas da sua doença e a quem recorriam em caso de necessidade. Da amostra de 222 pessoas, 169 geriam a sua própria medicação, o que se torna um indicador importante, no entanto, apenas 130 revelavam saber para que servia a medicação que tomavam. Sendo que da amostra, 38 participantes afirmavam não saber de todo para que servia a medicação que tomavam. Já no

que diz respeito à identificação precoce de sinais/sintomas da sua doença, 35 não sabiam identificar, 64 participantes reconheciam alguns sintomas e outros não e 123 afirmavam saber identificar sinais/sintomas de descompensação da sua doença. 36,50% dos participantes referiram, ainda, que em caso de necessidade de ajuda por força da sua doença mental, a primeira pessoa a quem recorriam era à família, seguindo-se Hospital - Consulta Externa (24,30%) e Hospital - Serviço de Urgência (12,20%). Apenas 7,20% recorriam aos Cuidados de Saúde Primários em primeiro lugar. Os serviços de urgência continuam a ser uma das principais fontes de procura de serviços de saúde por parte da população. A utilização dos Serviços de Urgência por situações não urgentes é uma preocupação ao nível nacional e mundial (Dixe et al., 2018).

A questão da procura por informação (fidedigna) é também algo a ter em conta quando se pretende avaliar a LSM. Dos participantes deste estudo, cerca de 49% não costumam procurar informação sobre a sua doença e dos cerca de 51% que procuram informação, 24,40% fazem-no recorrendo a profissionais de saúde e 22,50% à internet. Dos participantes que procuram informação, apenas 45%, ou seja, menos de metade, tem a preocupação de perceber se a informação é fidedigna/confiável, o que pode levar a sérios riscos de “desinformação” quando a apreensão dessa informação não é feita com profissionais de saúde devidamente qualificados para o efeito.

Alguns dos dados encontrados na literatura não vão ao encontro das características da amostra deste estudo. Não obstante, não se procurou essa representatividade, uma vez que a mesma nunca poderia ser garantida com recurso à técnica de amostragem utilizada. Após uma detalhada caracterização desta amostra, em termos sociodemográficos e clínicos, importa agora discutir os resultados obtidos no que diz respeito à LSM e a sua relação com as diferentes variáveis em estudo, nomeadamente a SM+.

A LSM, que foi avaliada com recurso ao QCSM, obteve um *score* total médio de 40,26 pontos de um total de 50 pontos possíveis. Ora, isto significa que a LSM desta amostra se encontra acima da pontuação média. Não foram encontrados estudos que avaliassem, em concreto, o nível de LSM das pessoas com necessidade de cuidados de SM, pelo que se torna limitada a possibilidade de afirmar a ideia de que, estas pessoas apresentam necessidades a esse nível (OE, 2023). No entanto, sendo que a LS engloba, também, a área da SM, um estudo realizado por Clausen et al. (2016) em pessoas com doença mental grave mostrou que mais de 50% da amostra apresentava níveis limitados de LS. A OE (2023) refere que existe a ideia de que pessoas com doença mental grave e que têm um nível de funcionamento mais baixo apresentam maiores dificuldades em compreender informação relacionada com a saúde. O mesmo não se verificou neste estudo onde, em média, os participantes apresentaram uma pontuação positiva na avaliação da LSM com recurso a uma escala devidamente validada.

Segundo Teixeira et al. (2020), entende-se por SM+ como a SM das pessoas saudáveis edificada na otimização do bem-estar geral. Seguindo esta linha de pensamento, poderia não fazer sentido aplicar o QSM+ a pessoas com necessidade de cuidados de SM, uma vez que têm uma doença mental diagnosticada. No entanto, pareceu pertinente compreender se a pessoa com doença mental estabilizada poderia, ou não, ter scores favoráveis de SM+ e foi por esse motivo que se avaliou esse parâmetro. Os resultados do QSM+ aplicados à amostra em estudo foram, em média, positivos com *score* de 54,09 num total de 70 pontos possíveis. Considerando a SM+ (em nível baixo) entre 18-36, a SM+ (em nível intermédio) entre 37 e 54 e a SM+ (em nível alto) entre 55-72, pode referir-se que os *scores* foram bastante positivos (tendo em conta as características da amostra), uma vez que se situaram, em média, no valor mais alto do nível intermédio. Estudos mais aprofundados sobre a relação entre a SM+ e pessoas com necessidade de cuidados de SM poderão fazer sentido.

A partir deste ponto, as relações que foram analisadas foram todas tendo como referencial a LSM. Primeiro de tudo, quis-se avaliar se existia ou não relação entre a LSM e a SM+. A SM+ como conceito faz referência à vertente positiva da SM. A SM+ como constructo significa que esta não pode ser definida diretamente, é preciso compreender uma abordagem criterial e multifatorial (Lluch-Canut et al., in Sequeira e Sampaio, 2020). O que a análise da correlação destas variáveis nos diz é que não há relação entre o *score* total do QCSM e do QSM+. A única dimensão que tem correlação com o QSM+ é a D3 do QCSM, isso significa que há relação entre a dimensão “consciencialização acerca de atividades promotoras da saúde mental” e uma maior pontuação no fator “atitude pró-social” do QSM+. O fator “atitude pró-social”, segundo Sequeira et al. (2016), engloba aspetos como: predisposição ativa para o social/para a sociedade, atitude social altruísta/ajuda-apoio para com os outros e aceitação dos outros e dos factos sociais diferentes, o que de certa forma, ajuda a compreender o facto de a D3 do QCSM se relacionar positivamente com este fator do QSM+. No entanto, apesar de não terem sido encontradas mais correlações estatisticamente significativas no que a estas duas variáveis diz respeito, estudos mais pormenorizados mereciam ser desenvolvidos.

Posto isto, analisaram-se as relações entre a pontuação do QCSM e as variáveis sociodemográficas e clínicas. No que concerne à relação entre a idade e a LSM, o que este estudo nos transmite é que não há relação entre a idade e o *score* total do QCSM, mas há entre esta (idade) e a D2 e D3. O que se verificou é idades superiores, pontuaram menos na dimensão “crença na epidemiologia dos distúrbios mentais”, mas, por outro lado, pontuaram mais na dimensão “consciencialização acerca de atividades de promoção da SM”. Daqui podemos inferir que os mais jovens têm mais conhecimento sobre a origem da doença mental propriamente dita, mas os mais velhos tendencialmente conhecem melhor as efemérides relacionadas com a doença mental (Dia Mundial do Sono, Dia Internacional da Prevenção do Suicídio, etc.). O que a literatura nos diz é que pouco ainda se sabe sobre a LSM em idosos, uma população conhecida

por subutilizar os serviços de SM (Segal et al., 2018). A literatura é consensual quanto aos níveis de LSM das pessoas mais velhas, que são tendencialmente baixos. Estes resultados foram confirmados por uma revisão sistemática da literatura, realizada em 2019, acerca das aptidões dos idosos para reconhecer a doença mental. Os resultados desse estudo revelaram que os idosos apresentam baixos níveis de reconhecimento nesta área e tendem a ver algumas destas doenças como partes normais do envelhecimento, o que os torna menos aptos a reconhecer distúrbios mentais, o que vem, corroborar os resultados desta análise correlacional (Malkin et al., 2019).

No que diz respeito à correlação entre LSM e sexo, não foram encontradas relações estatisticamente significativas, assim, não há diferenças significativas entre o *score* total obtido no QCSM em pessoas do sexo feminino e pessoas do sexo masculino. No entanto, segundo os dados colhidos, as pessoas do sexo feminino pontuaram mais na D3, o que pode significar que as mulheres tendencialmente têm maior “consciencialização acerca de atividades de promoção da saúde mental” do que os homens. Relativamente ao sexo, o que se encontra maioritariamente na literatura são estudos sobre a diferença entre sexos no que diz respeito à LS e não à LSM, no entanto, são vários os estudos que indicam que são as pessoas do sexo masculino quem revela melhores níveis de LS, comparativamente ao sexo feminino, o que não se verifica neste trabalho de investigação (Carneiro, 2017).

As pessoas a viver em meio rural têm uma maior dificuldade no acesso aos cuidados de saúde (Moreira e Pinheira, 2023). Desta forma, até seria expectável que os níveis de LSM fossem significativamente mais baixos neste meio, tal não se verifica na análise de resultados deste estudo. Não existiram diferenças significativas entre o *score* total do QCSM entre pessoas que vivem em meios urbanos e pessoas que vivem em meios rurais. Não só não houve diferenças estatisticamente significativas no que à pontuação total do QCSM diz respeito, como as pessoas a viver em meio rural também obtiveram melhores *scores* na D1: conhecimento sobre as características da saúde mental e dos distúrbios mentais.

Uma revisão sistemática da literatura realizada por Carneiro (2017), sobre LS revelou que a variável “escolaridade” parecia ser aquela que apresentava um papel mais determinante nos níveis médios de LS. Ou seja, quanto maior a escolaridade, maior os níveis de LS. O mesmo se verificou no decurso desta investigação, com os níveis de LSM a serem tendencialmente mais altos com o aumento do nº de anos de escolaridade concluídos. O mesmo se verificou neste estudo, com o QCSM a obter *scores* totais mais altos em pessoas com maior escolaridade.

A variável nº de anos (completos) de seguimento em Psiquiatria, pareceu fazer sentido correlacionar com a LSM, uma vez que seria suposto a mesma aumentar com o nº de anos de convivência com a doença. No entanto, a mesma revisão da literatura acima mencionada (Carneiro, 2017), relativamente à associação entre o nível de literacia e a presença ou não de doenças em geral, aponta para a existência de uma maior tendência das pessoas que sofrem de

algum tipo de doença, para obterem valores inferiores de LS, quando comparados com aqueles que referem não sofrer qualquer tipo de doença. Nesta amostra, não existem relações estatisticamente significativas entre LSM e seguimento em Psiquiatria, à exceção da D1 - conhecimento sobre as características da saúde mental e dos distúrbios mentais - que apresentam relação positiva com o aumento do nº de anos de seguimento.

Quando se correlacionou a LSM com a variável: “existe mais alguém, na sua família direta com doença mental?”, verificou-se que estas não tinham relação estatisticamente significativa, o que significa que o facto de haver mais elementos da família com doença mental diagnosticada não aumenta os *scores* de LSM dos participantes. Na mesma lógica do nº de anos de seguimento, o convívio com familiares diretos com doença mental poderia ser fator influenciador do aumento da LSM, tal relação não se verificou neste estudo.

A LSM é relevante para que os cidadãos apresentem um nível de conhecimento acerca da doença mental que se possa associar a um melhor reconhecimento, gestão e prevenção da mesma (OE, 2023). Foi com base nisso que se tentou compreender a relação entre a LSM, através do *score* do QCSM, e as variáveis: “consegue dizer para que serve a medicação que toma?”, “consegue identificar possíveis sinais e/ou sintomas da sua doença?” e “costuma procurar informação sobre a sua doença?”. Dos resultados obtidos constatou-se que quem consegue dizer para que serve a medicação que toma o obteve *scores* mais altos no total da pontuação do QCSM. Por isso, podemos inferir que quem tem mais conhecimento do seu regime medicamentoso tende a ter maior nível de LSM, o que vem corroborar o que a literatura diz. Por sua vez, quem sabe identificar possíveis sinais e/ou sintomas da sua doença também obteve melhores pontuações em todas as dimensões do QCSM, como seria de esperar. Em relação à variável “costuma procurar informação sobre a sua doença?”, participantes que responderam que “sim” obtiveram pontuações mais altas no QCSM do que os que não costumam procurar informação, por esse motivo, podemos concluir que nesta amostra, quem procura informação, tem níveis mais altos de LSM.

Em suma, pode-se concluir que os resultados obtidos com esta colheita de dados permitiram uma melhor compreensão da relação das diferentes variáveis em relação à LSM. O Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental (OE, 2023), refere que as pessoas com necessidade de cuidados de SM parecem apresentar défices ao nível da LS (não especificamente da LSM) a três níveis: capacidade para aceder e avaliar a informação em saúde; capacidade para compreender e interpretar a informação em saúde; e capacidade para utilizar a informação em saúde (em muito devido às dificuldades para se “moverem” dentro do sistema de saúde). Os dados demonstraram-nos exatamente isso, os que mais procuram informação são aqueles que apresentam melhor *score* no domínio da LSM.

3.3. Limitações do Estudo

Não há trabalhos de investigação que não apresentem limitações. Ainda que se tente reduzir as limitações ao máximo, há fatores que não são possíveis de controlar, por esse mesmo motivo, neste capítulo estão elencadas as maiores limitações encontradas ao longo deste estudo.

Uma das limitações nesta investigação prende-se com o número de participantes com a mesma doença mental, ou seja, uma vez que este trabalho envolvia pessoa com necessidade de cuidados de SM e onde todos apresentavam um diagnóstico de doença mental, a amostra, apesar de ter 222 participantes, tem uma panóplia muito diferente de doenças mentais. Tendo em conta o contexto hospitalar onde foi feita a colheita de dados, claramente a amostra apresenta muito mais pessoas com diagnóstico de psicose, do que qualquer outra doença mental que a literatura nos diz ser mais prevalente, como é o caso das perturbações da ansiedade e da depressão. Isso deve-se provavelmente ao facto de muitas doenças mentais, como a ansiedade e a depressão, serem seguidas por profissionais de saúde nos cuidados de saúde primários e não em meio hospitalar, mesmo que em contexto de ambulatório. Pode-se considerar isso uma limitação, uma vez que as perturbações psicóticas tinham uma representatividade muito superior na amostra do que, por exemplo, as perturbações obsessivo-compulsivas, as perturbações neuróticas e as perturbações do comportamento alimentar. Por outra perspetiva, sendo a amostra constituída por pessoas com necessidade de cuidados de SM, em meio hospitalar, é exatamente expectável que a doença mental mais prevalente seja a psicose.

Outro fator que se pode considerar uma limitação ao estudo é o facto de uma das variáveis em estudo ser o nº de episódios de internamento em Psiquiatria. Dado que uma parte dos questionários foram colhidos num serviço de internamento, isto pode condicionar, de certa forma, a amostra no sentido em que, desde logo, quem está internado tem pelo menos um episódio de internamento.

Outra das limitações do estudo é a representatividade da amostra, que, atendendo à técnica de amostragem utilizada, não foi possível garantir. Ainda em relação à amostra, utilizou-se o valor de 7% de margem de erro para cálculo desta, no entanto, se esta fosse maior, seria possível ter uma margem de erro menor.

Por último, o facto de o estudo ser transversal não permitir o estabelecimento de relações de causa-efeito entre as variáveis.

4. CONTRIBUTOS DO ESTUDO PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA

A LSM é fundamental para a prestação de cuidados de ESMP, especialmente quando se trata de lidar com pessoas que têm doença mental. Os profissionais de saúde, segundo a Entidade Reguladora da Saúde (2017), são considerados o principal veículo de transmissão de informação aos utentes. Uma das razões pelas quais a LSM é importante para a prática de ESMP é a compreensão do diagnóstico e do tratamento, uma vez que as pessoas com doença mental podem ter dificuldades em perceber o que está a acontecer e o motivo pelo qual determinados tratamentos são necessários. Os EEESMP devem fornecer informações claras e compreensíveis para ajudar as pessoas com doença mental a compreender o seu diagnóstico, sintomas e opções de tratamento (Parnell et al., 2019). Segundo a OE (2023), os cuidados de enfermagem devem assentar numa visão de empoderamento dada ao utente. Esta visão traz consigo um nível de exigência superior na relação terapêutica, uma vez que convocam o EEESMP à sua participação enquanto aliado no projeto terapêutico, onde este deve ser capaz de transmitir segurança para que a pessoa evolua e desenvolva capacidades em vários domínios da sua saúde (OE, 2023). As intervenções de enfermagem devem ser investigadas quanto à sua eficácia na minimização de barreiras, para garantir as competências das pessoas para a gestão da própria saúde e para reduzir as visitas ao serviço de urgência ou o nº de episódios de internamento (Parnell et al., 2019).

A não adesão ao tratamento é, também, uma realidade no que diz respeito à doença mental (Cardoso et al., 2016). A LSM pode ajudar à obtenção de uma melhor adesão - pessoas com diagnóstico de doença mental que compreendem melhor a sua condição e as razões para o tratamento são mais propensas a aderir ao regime terapêutico (Cardoso et al., 2016). É fundamental que os enfermeiros ajudem as pessoas com necessidade de cuidados de SM na aquisição de conhecimentos e capacidades para gerir o seu regime terapêutico, no sentido de diminuir o impacto das taxas de não adesão (Mota et al., 2016). O incumprimento reduz a probabilidade de recuperação, aumenta a probabilidade de recaídas e o número de episódios de internamento, o que acarreta um aumento significativo dos custos no sistema de saúde (Cardoso et al., 2016).

É sabido que com o aumento da LS, aumenta a capacidade de decisão: pessoas com LSM fazem mais questões e tendem a tomar decisões mais informadas em saúde. Segundo Peplau (1997), o estabelecimento de relações interpessoais, num processo faseado, com o objetivo de ajudar o utente na compreensão de tudo o que lhe está a acontecer, integrando-o no seu contexto de vida é fundamental para a vivência de todo o processo.

O apoio familiar e social, das pessoas com necessidade de cuidados de SM é, por isso, muito importante, pois pode aumentar/melhorar com o aumento da LSM. Esta demonstra-se significativa para familiares e para a rede social de pessoas com doença mental, na medida em que, estão mais despertos para apoiar, orientar e detetar precocemente sinais de descompensação (Parnell et al., 2019). O EEESMP deve ser capaz de envolver os utentes, criando um ambiente livre de julgamentos, aberto a pedidos de ajuda, que encoraje os utentes e as suas famílias a desenvolverem uma atitude de questionamento positivo e curiosidade (Parnell et al., 2019). Por isso, todas as intervenções levadas a cabo pelos enfermeiros devem ser munidas de intencionalidade terapêutica, providenciando uma intervenção planeada (OE, 2023). No que depende da própria pessoa com necessidade de cuidados de SM, reconhecer e aceitar a doença pode fazer toda a diferença, pois o tratamento passa a ser entendido como necessário e essencial para a melhoria da sua qualidade de vida, assim como da sua família (Cardoso et al., 2016).

A redução do estigma, também parece ser um dos contributos importantes para a ESMP. O estigma na SM ainda é uma barreira significativa para muitas pessoas que procuram ajuda. Com efeito, o estigma associado à doença mental pode fazer com que a pessoa com doença mental seja alvo de preconceito, se isole, esteja renitente na procura de ajuda e, conseqüentemente, possa não aderir ao tratamento (Cardoso et al., 2016). A LSM ajuda a reduzir o estigma, uma vez que pessoas informadas neste tema tendem a ser mais livres de preconceitos e estereótipos. A LSM é uma habilidade fundamental para enfermeiros de saúde mental, pois ajuda a melhorar a qualidade do cuidado, reduzir o estigma, promover a recuperação e capacitar as pessoas com necessidade de cuidados de SM a assumirem um papel ativo na sua própria SM (Parnell et al., 2019). Ainda segundo os mesmos autores (2019), a intervenção psicoeducacional e a comunicação eficazes desempenham um papel fundamental no desenvolvimento da LSM, permitindo que os enfermeiros forneçam um cuidado mais personalizado e que se traduza em ganhos em saúde. Importa aos enfermeiros compreenderem o quanto o comportamento e o ambiente são fatores influenciadores da SM, para que possam integrar estes elementos em programas de promoção da SM, na prevenção da doença, bem como na prestação de cuidados diretos (Oliveira in Sequeira e Sampaio, 2020).

Os EEESMP devem ser capazes de avaliar e reavaliar as necessidades das pessoas no que à LSM diz respeito, desde perceber quais as melhores intervenções direcionadas a cada pessoa em específico, à sua rede social de suporte e à forma como estas devem ser aplicadas (Parnell et al., 2019). A conceção de cuidados deve ser ainda considerada do ponto de vista holístico, uma vez que a pessoa com doença mental pode ter as mais diversas comorbilidades, tanto a nível da saúde física, como a nível social, com diferentes origens étnicas, culturais, aumentando, desta forma a consciência cultural e a sensibilidade para a diversidade (Oliveira in Sequeira e Sampaio, 2020).

Importa, também, falar dos contributos da LSM para o ensino da ESMP. A LSM dos futuros EEESMP contribui para que estes adquiram conhecimentos e habilidades para prestarem cuidados de qualidade a pessoas com doença mental. Começando pela compreensão da doença mental, desde sinais, sintomas, fatores de risco, tratamento disponíveis e etiologia. Ao melhor compreenderem e desmistificarem a doença mental, tendem a reduzir o estigma, para que possam prestar cuidados baseados na evidência e livres de julgamentos (Parnell et al., 2019). Outra das premissas fundamentais para o ensino da ESMP prende-se com a comunicação. A comunicação é um dos pilares da enfermagem, mas é sem dúvida o pilar mais importante da ESMP (Sequeira, 2016). A LSM preconiza a habilidade da comunicação empática, fundamental para o estabelecimento de *rapport* e para garantir que as pessoas se sentem ouvidas e compreendidas - a base da comunicação terapêutica (Parnell et al., 2019). Os mesmos autores (2019), referem que o uso de simulações, *role-playing* e outras intervenções devem ser postas em prática para o desenvolvimento de habilidades de comunicação, o uso de perguntas abertas, paráfrases e o treino de técnicas de comunicação são necessárias e fundamentais para o ensino da ESMP.

Quanto mais LSM os próprios EEESMP tiverem, maior a sua facilidade em promover o autocuidado da sua própria SM. Por outro lado, mas não menos importante, a atualização constante de nova informação baseada na evidência é importante no que toca ao ensino da ESMP. A SM é um campo em constante evolução. A LSM incentiva os enfermeiros a manterem-se atualizados e em busca contínua por nova informação (Parnell et al., 2019).

O conceito de LSM oferece, também, inúmeras oportunidades para a investigação em enfermagem. A primeira oportunidade está no desenvolvimento da teoria. A articulação clara do conceito, com antecedentes e consequências, fornece a base para explicar relações que se prestam a pesquisas futuras (Parnell et al., 2019). Além disso, é essencial explorar questões relativas às inter-relações de conceitos como a LSM e o envolvimento da pessoa com doença mental (Parnell et al., 2019).

Ainda segundo os mesmos autores (2019), os resultados das investigações devem ser comparados e contrastados usando ferramentas de triagem e instrumentos de avaliação, em comparação com o uso de uma abordagem universal na avaliação LSM. A pesquisa também deve se concentrar na avaliação da comunicação utente-profissional usando a abordagem universal à LSM. Deve ser dada prioridade a estudos centrados em ações de enfermagem que melhorem e sustentem a LSM de pessoas com doença mental e famílias. Os enfermeiros estão numa posição ideal para liderar investigações que possam expandir os conhecimentos em LSM e testar intervenções com possibilidades promissoras para melhorar a LSM de indivíduos, famílias, comunidades e populações (Parnell et al., 2019).

O maior contributo deste estudo para a ESMP foi a obtenção de alguma informação acerca de algo que era uma lacuna, ou seja, o nível de LSM das pessoas com necessidade de cuidados de SM. Essa lacuna já havia sido identificada pelo Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental, disponibilizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2023), à qual este estudo veio dar resposta. Mais estudos são necessários nesta área, no entanto, este veio dar um contributo importante, numa altura em que se percebe que pouco ou nada se sabe sobre a LSM destas pessoas. Pessoas essas, com necessidade de cuidados de SM, que podem e devem ser empoderadas para tomarem decisões informadas sobre a sua saúde.

Os dados obtidos neste estudo podem ajudar os EEESMP que estão na prática clínica, na medida em que lhes dá conhecimento sobre falhas neste âmbito (LSM) que devem ser colmatadas, nomeadamente com práticas de promoção da SM, como é o caso da intervenção psicoeducacional. Para além disso, este estudo veio, de certa forma, desmistificar o facto de não se aplicarem instrumentos de avaliação da SM+ a pessoas com doença mental diagnosticada. Por esse motivo, esta pode ser avaliada nas pessoas com necessidade de cuidados de SM e trabalhada, se necessário, com recurso a programas que já se encontram devidamente validados para a população portuguesa; no entanto, sugerem-se mais estudos nesta área de intervenção específica.

Dada a pertinência desta área é importante que os novos/futuros profissionais da área da SM consigam fazer dela uma prioridade nos seus cuidados, porque promover a saúde, no caso a SM, é sinónimo de melhor prestação de cuidados e, acima de tudo, é sinónimo de ganhos em saúde (mental).

No que diz respeito à área da gestão em ESMP, importa que se perceba a importância do investimento (em horas, formação, investigação, etc.) nesta área, pois melhores níveis de LSM dos utentes associam-se a mais saúde, menos episódios de descompensação (porque a pessoa aprende a detetar precocemente sinais e sintomas da sua doença), sabe onde e a quem pedir ajuda e sente-se mais confortável no seu papel. Por todos estes motivos, os EEESMP devem dedicar tempo a investir na literacia dos utentes, porque pessoas informadas são pessoas empoderadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SM é uma indivisível parte da saúde em geral e do bem-estar de cada um (DGS, 2015). Segundo dados fornecidos pela investigação, uma parte significativa da população mundial é afetada por algum tipo de doença mental e pesquisas anteriores revelaram que a população, em geral, apresenta pouco conhecimento quando se trata da área da SM (Chaves et al., 2023). A LS é um tema de extrema importância, uma vez que os resultados em saúde, assim como a qualidade dos cuidados prestados, são influenciados não só pelo nível de LS dos cidadãos, mas também dos profissionais de saúde que lhes prestam cuidados, sendo que este constitui um importante fator de manutenção ou melhoria da condição de saúde das populações (Vieira, 2020). A LSM preconiza a alfabetização em SM capacitando, desta forma, as pessoas nas suas tomadas de decisão e potenciando-as a serem as suas próprias cuidadoras neste processo obtendo, assim, ganhos em saúde (Chaves et al. in Sequeira e Sampaio, 2020). A LSM é muito importante, na medida em que aumenta o conhecimento sobre a doença mental e, não só permite mais facilmente reconhecer sinais e sintomas de descompensação, como também facilita a gestão e prevenção da mesma. Por se achar que este tema é cada vez mais importante na área da SM, a avaliação dos níveis de LSM em pessoa com necessidade de cuidados de SM pareceu um tema importante a trabalhar.

Com este trabalho de investigação pretendeu-se identificar: o nível de LSM das pessoas com necessidade de cuidados de SM; a relação entre as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com necessidade de cuidados de SM e o seu nível de LSM e a relação entre a LSM e a SM+ em pessoa com necessidade de cuidados de SM. No decorrer deste processo foi possível perceber que a LSM das pessoas com necessidade de cuidados de SM que participaram neste estudo não era tão baixa quanto se pensava, pois obtiveram valores médios positivos no *score* total do QCSM. Para além disso, conseguiu-se perceber as correlações de múltiplas variáveis sociodemográficas e clínicas com o nível de LSM, tendo em consideração que a maior parte dessas relações estavam em uníssono com a informação que já havia disponível na literatura, apesar de se verificar pouca evidência científica nesta área. Outro dos objetivos deste trabalho foi identificar a relação entre a LSM e SM+ e, apesar da correlação destas variáveis não ser estatisticamente significativa, os níveis de SM+, em pessoa com necessidade de cuidados em SM, são surpreendentes, uma vez que até então, não tinham sido encontrados estudos que avaliassem este constructo nas pessoas com diagnóstico de doença mental. O que se verificou com este trabalho é que é possível pessoa com necessidade de cuidados de SM, ou seja, com uma doença mental diagnosticada, terem bons níveis de SM+, sendo que para isso basta estarem compensados da parte psicopatológica.

Esta investigação realizada diretamente com pessoas com necessidade de cuidados de SM permitiu uma aproximação do profissional, no caso EEESMP, ao utente, uma vez que com isto foram identificadas necessidades destes no que à LSM diz respeito. Com isto, os EEESMP poderão realizar novas investigações, partindo desta premissa e deste ponto, aplicando intervenções de enfermagem especializadas para que se consigam afinar quais as mais indicadas e aquelas que quando aplicadas se traduzem em maiores ganhos em saúde.

A realização desta dissertação de mestrado revelou-se bastante enriquecedora do ponto de vista pessoal e profissional, uma vez que contribuiu para o aumento da evidência científica na área da ESMP. No entanto, conforme dito anteriormente, mais estudos neste âmbito são necessários, pois ainda há um grande caminho a percorrer no que concerne à LSM, em específico nas pessoas com necessidade de cuidados de SM e à intervenção específica do EEESMP.

A LSM é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde na pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental, por esse motivo, o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem uma grande importância, dada a relação terapêutica privilegiada que este profissional pode criar com o utente. Desta forma, faz todo o sentido investir na investigação deste tema, para que melhores práticas de ESMP possam ser desenvolvidas e aplicadas, no sentido de aumentar a promoção da saúde mental e prevenir a doença/recaídas e/ou descompensações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º Relatório*. Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Alves, T. (2018). Interfaces entre género e saúde mental abordadas por estudos qualitativos das Ciências Sociais e Humanas: Foco nas experiências subjetivas. *Género*, 18(2), 155-177.
- Alzheimer Portugal. (2023). *O que é a demência?* <https://alzheimerportugal.org/o-que-e-a-demencia/>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. ARTMED Editora Lda.
- Bryman, A., & Cramer, D. (2012). *Quantitative Data Analysis with IBM SPSS 17, 18 & 19. A Guide for Social Scientists*. Taylor & Francis.
- Cardoso, A., Byrne, M., & Xavier, M. (2016). Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 209-219. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.05.004>
- Carneiro, V. (2017). *Literacia em Saúde: Um retrato da população adulta portuguesa*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa.
- Carvalho, D., Sequeira, C., Querido, A., Tomás, C., Morgado, T., Valentim, O., Moutinho, L., Gomes, J., & Laranjeira, C. (2022). Positive Mental Health Literacy: A Concept Analysis. *Frontiers in Psychology*, 13(1), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.877611>
- Chaves, C., Duarte, J., Sampaio, F., Coelho, J., & Sequeira, C. (2023). Translation, Adaptation and Assessment of the Psychometric Properties of the Mental Health Knowledge Questionnaire in a Sample of Higher Education Students in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3022. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043022>
- Chaves, C., Sequeira, C., Duarte, J., & Gonçalves, A. (2020). Literacia em Saúde Mental na Comunidade. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. Lidel.

- Clausen, W., Watanabe-Galloway, S., Baerentzen, M. B., & 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>
- Dattani, S., Ritchie, H., & Roser, M. (2021). *Mental health*. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Decreto-Lei n.º 161/96 Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1996). Diário da República. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Decreto-Lei n.º 1/2001 do Presidente da República. (2001). Diário da República: 1ª Série A, nº2. <https://files.dre.pt/1s/2001/01/002a00/00140036.pdf>
- Decreto-Lei n.º 176/2012 do Ministério da Educação e da Ciência. (2012). Diário da República: Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/176-2012-179057>
- Degan, T. J., Kelly, P. J., Robinson, L. D., Deane, F. P., Wolstencroft, K., Turut, S., & Meldrum, R. (2019). Health literacy in people living with mental illness: A latent profile analysis. *Psychiatry Research*, 280, 112499. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112499>
- Direção Geral da Saúde. (2014). *Portugal: Saúde Mental em números*. Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Portugal: Saúde Mental em números*. Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2016). *Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física e do Bem-estar 2016-2025*. Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Manual de boas práticas. Literacia em Saúde. Capacitação dos profissionais de saúde*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde. Portugal 2019-2021*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030* (Ministério da Saúde, Ed.). <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>

Dixe, M., Passadouro, R., Peralta, T., Ferreira, C., Lourenço, G., & Sousa, P. (2018). Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (16), 41-52. <https://doi.org/10.12707/RIV17095>

Elm, E., Altman, D., Egger, M., Pocock, S., Gøtzsche, P., Vandenbroucke, J., & STROBE Initiative. (2008). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(4), 344-349. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>

Entidade Reguladora da Saúde. (2017). *Literacia em Direitos dos Utentes de Cuidados de Saúde*. Entidade Reguladora da Saúde.

Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidacta.

Francisco, R. (2008). *Literacia*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra.

Furnham, A., & Swami, V. (2020). Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology*, 7(4), 240-257. <https://doi.org/10.1037/ipp0000094>

Fusar-Poli, P., Pablo, G., Michell, A., Nieman, D., Corell, C., Kessing, L., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health: A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33-46. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas da Saúde*. Instituto Nacional de Estatística.

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, B. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>

Jorm, A. F. (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. F. (2014). Mental Health Literacy: Promoting Public Action to Reduce Mental Health Problems. In L. Loureiro (Ed.), *Mental Health Literacy: Empowering People and Communities to Act*. Health Administration Press ed.
- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., Grant, F. B., & Hasin, D. S. (2012). Stress and alcohol: epidemiologic evidence. *Alcohol Research*, 34(4), 391,400. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23584105/>
- Krishan, S., von Esenwein, S. A., & Druss, B. G. (2012). The health literacy of adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 63(4), 397-397. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20120p397>
- Kutcher, S., Bagnel, A., & Wei, Y. (2015). Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 233-244. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.11.007>
- Lima, M., Barros, M., & Alves, M. (2012). Sleep duration and health status self-assessment (SF-36) in the elderly: a population-based study. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(9), 1674-1684.
- Lindstrom, M. & Rosvall, M. (2012). Marital status, social capital, economic stress and mental health: A population-based study. *The Social Science Journal*, 49(3), 339-342. <https://doi.org/10.1016/j.soscij.2012.03.004>
- Lluch, T. & Sequeira, C. (2020). Saúde Mental Positiva. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. Lidel.
- Loureiro, C. (2014). *Primeiro contacto com o internamento em Psiquiatria: Reações e Expectativas da Família*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Loureiro, L. Mendes, A. Barroso, T. Santos, J. Oliveira, R. Ferreira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 157-166. <http://hdl.handle.net/10400.12/2530>
- Loureiro, L., Pedreiro, A., & Correia, S. (2012). Tradução, Adaptação e Validação de um Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental) para Adolescentes e Jovens Portugueses a partir de um Focus Group. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 25(1), 42-48.

- Malkin, G., Hayat, T., Amichai-Hamburger, Y., Ben-David, B. M., Regev, T., & Nakash, O. (2019). How well do older adults recognise mental illness? A literature review. *Psychogeriatrics*, 19(5), 491-504. <https://doi.org/10.1111/psyg.12427>
- Mantell, P. K., Baumeister, A., Christ, H., Ruhrmann, S., & Woopen, C. (2019). Peculiarities of health literacy in people with mental disorders: A cross-sectional study. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(1), 10-22. <https://doi.org/10.1177/0020764019873683>
- Mental Health Foundation. (2017). *Men and Women: Statistics*. <https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/statistics/men-women-statistics>
- Moreira, M. & Pinheira, V. (2023). Ficar ou Partir: Perspetivas de residência após a reforma de residentes em meio urbano ou rural em territórios do interior de Portugal. *Finisterra*, 58(123), x-x. <https://doi.org/10.18055/Finis31371>
- Mota, L., Cruz, M., & Costa, C. (2016). Gestão do regime terapêutico - construção de fluxograma de apoio à tomada de decisão: estudo qualitativo. *Referência - Revista de Enfermagem*, 4(11), 71-79. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16056>
- National Institute of Mental Health. (2020). *Looking at my genes: what can they tell me about my mental health?* National Institute of Mental Health <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/looking-at-my-genes/looking-at-my-genes-what-can-they-tell-me-about-my-mental-health.pdf>
- National Institute of Mental Health. (2023). *Caring for your mental health*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/caring-for-your-mental-health>
- Nobre, J., Oliveira, A. P., Monteiro, F., Sequeira, C., & Ferré-Grau, C. (2021). Promotion of Mental Health Literacy in Adolescents: A scoping Review. *International Journal of Environmental Research*, 18(18), 9500. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189500>
- Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas: A Atender nos Trabalhos de Investigação Académica de Enfermagem*. Departamento de Enfermagem Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.
- Oliveira, P. (2020). Determinantes em Saúde Mental. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. Lidel.

- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. Papa-Letras.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental*. Papa-Letras.
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-Estar*. Organização Mundial da Saúde. https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/mhpact_pt_0.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Mental Health and Development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563949>
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Health Literacy: The solid facts*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Mental Health: A state of well-being*. Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Basic Documents: Forty-ninth Edition*. World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *Mental Health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organização Mundial da Saúde & Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems*. Organização Mundial da Saúde.
- Parekh, R. (2018). *What is mental illness?*. <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
- Parnell, T. A., Stichler, J. F., Barton, A. J., Loan, L. A., Boyle, D. K., & Allen, P. E. (2019). A concept analysis of health literacy. *Nursing Forum*, 54(3), 315-327. <https://doi.org/10.1111/nuf.12331>

- Patel, V. & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609-615.
- Pedro, A., Amaral, O. & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Peplau, H. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162-167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Pereira, M. (1999). De uma hereditariedade não-fatalista: o “endógeno” e o Typus melancholicus, segundo Tellenbach. *Revista Latinoamericana de Psicologia*, 2(4), 159-163. <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/VZ9Y66N6LjpNYL6cZJKnYxm/?format=pdf&lang=pt>
- Queirós, T., Coelho, F., Linhares, L., & Telles-Correia, D. (2019). Esquizofrenia: o que um médico não Psiquiatra precisa de saber. *Acta Médica Portuguesa*, 32(1), 70-77. <https://doi.org/10.20344/amp.10768>
- Regulamento n.º 356/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República 2ª série*, n.º 122/2015 <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Regulamento n.º 515/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República 2ª Série*, n.º 151/2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Rodrigues, V. (2018). Literacia em Saúde. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(8), 679-680. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.07.001>
- Rosa, A. (2018). *Literacia em Saúde Mental em adolescentes. Desenvolvimento de um instrumento de avaliação*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Schwenck, C., Christiansen, H., & Goetz, M. (2020). Filhos de pais com doença mental. In J. Rey & R. Martin (Eds.), *e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. IACAPAP. https://iacapap.org/_Resources/Persistent/fd1a1553630067f237956e5b34964b887bd93d54/J.13-COPMI-2020.pdf

- Sederer, L. (2016). The Social Determinants of Mental Health. *Psychiatric Services*, 67(2), 234-235. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500232>
- Segal, D., Coolidge, F., & Bragg, T. (2018). Mental Health Literacy and Attitudes about Mental Disorders among Younger and Older Adults: A Preliminary Study. *Open Journal of Geriatrics*, 1(2), 1-6 <http://www.sryahwpublications.com/open-journal-of-geriatrics/pdf/v1-i2/1.pdf>
- Senicato, C., Azevedo, R., & Barros, M. (2018). Transtorno Mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(8). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>
- Sequeira, C. (Ed.). (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (Eds.). (2020). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. Lidel.
- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Roldan, M., Moreno, A., Teixeira, S., David, B., Costa, P., Montserrat, P. & Lluch, T. (no prelo). Psychometric properties of the Positive Mental Health Questionnaire: Short Form (PMHQ-SF18).
- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. (2023). *Perturbação Mental em Números*. <https://www.sppsm.org/informemente/perturbacao-mental-em-numeros/>
- Sousa, J. F., (2017). O Estigma da Saúde Mental. *Psicologia.pt*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1120.pdf>
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476-493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Sweileh, W. M. (2021). Global research activity on mental health literacy. *Middle East Current Psychiatry*, 28(43), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s43045-021-00125-5>
- Teixeira, J. (2000). Diagnósticos duplos: toxicodependências e perturbações psiquiátricas. 2(5), 9-16. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/6863/2/81912.pdf>
- Teixeira, S., Sequeira, C., & Lluch, T. (2020). *Mentis Plus+*. A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Vieira, M. (2020). *Literacia em saúde nos estudantes do ensino superior politécnico de Lisboa*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve.

World Medical Association. (2013). World medical association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

ANEXOS

ANEXO I - Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica

Sexo	Idade (em anos completos)
Feminino () Masculino ()	_____
Estado Civil	Com quem co-habita?
Solteiro(a) () Casado(a)/União de Facto () Divorciado(a)/Separado(a) de Facto () Viúvo(a) ()	Sozinho(a) () Familiar(es) () Amigo(as) () Coabitantes não familiares ()
Em que meio vive?	Nº de anos de escolaridade concluídos
Rural (aldeia, campo, por ex.) () Urbano (cidade) ()	_____
Em que tipo de alojamento habita?	Exerce (atualmente) algum tipo de atividade profissional?
Casa própria () Casa de família () Casa social () Albergue () Instituição () Rua ()	Sim () Não () Se não: Desempregado(a) () Reforma por invalidez () Reforme por velhice () Incapacidade temporária para trabalho ()
Doença mental diagnosticada:	Já alguma vez esteve internado em Psiquiatria?
Psicose () Perturbação Afetiva Bipolar () Perturbação da Ansiedade () Depressão Major () Perturbação da Personalidade () Perturbação ligada ao uso Álcool () Perturbação ligada ao uso de Drogas () Perturbação Comportamento Alimentar () Perturbação Obsessivo-Compulsiva () Não sabe () Outra () Qual? _____	Não () Sim, apenas uma vez () Sim, duas ou mais vezes ()

<p>Seguimento em Psiquiatria (em anos)</p> <p>_____</p>	<p>Existe mais alguém na sua família direta com doença mental diagnosticada?</p> <p>Sim ()</p> <p>Não ()</p>
<p>Quem gere a sua medicação diariamente?</p> <p>Próprio ()</p> <p>Familiar(es) ()</p> <p>Outro(as) ()</p> <p>Não se aplica ()</p>	<p>Consegue dizer para que serve a medicação que toma?</p> <p>Sim ()</p> <p>Não ()</p> <p>Alguma sim, outra não ()</p> <p>Não se aplica ()</p>
<p>Consegue identificar possíveis sinais e/ou sintomas de descompensação da sua doença?</p> <p>Sim ()</p> <p>Não ()</p> <p>Alguns sim, outros não ()</p>	<p>Se precisar de ajuda com a sua doença, a quem recorre?</p> <p>Familiar(es) ()</p> <p>Amigo(as) ()</p> <p>Hospital - Consulta Externa ()</p> <p>Hospital - Urgência ()</p> <p>Centro de Saúde ()</p> <p>Outros profissionais de saúde ()</p> <p>Ninguém, só dependo de mim ()</p> <p>Outro(as) () Qual? _____</p>
<p>Costuma procurar informação sobre a sua doença?</p> <p>Não ()</p> <p>Sim, com profissionais de saúde ()</p> <p>Sim, na internet ()</p> <p>Sim, em livros ()</p> <p>Sim, na TV ()</p> <p>Outro(as) () Qual? _____</p>	<p>Tem a preocupação de perceber se a informação que procura é de fonte fidedigna/confiável?</p> <p>Sim ()</p> <p>Não ()</p> <p>Nem sempre ()</p> <p>Não se aplica ()</p>
<p>Tem por hábito praticar exercício físico?</p> <p>Diariamente ()</p> <p>2 a 3x por semana ()</p> <p>1x por semana ()</p> <p>Nunca ()</p>	<p>Em média, quantas horas dorme por noite?</p> <p>Até 4h ()</p> <p>Entre 5h e 6h30 ()</p> <p>Entre 6h30 e 8h ()</p> <p>Mais de 8h ()</p>

Costuma tomar diariamente medicação para dormir?	Costuma estar com familiares/amigos?
Sim ()	Sim, diariamente ()
Não ()	Sim, 2 a 3x por semana ()
Apenas se necessário ()	Sim, 1x por semana ()
	Sim, 2 a 3x por mês ()
	Sim, 1x por mês ()
	Não ()

ANEXO II - Questionário de Conhecimento Sobre Saúde Mental

Assinale por favor de acordo com a legenda:

- 1) Discordo totalmente
- 2) Discordo parcialmente
- 3) Não concordo nem discordo
- 4) Concordo parcialmente
- 5) Concordo totalmente

QCSM	1	2	3	4	5
Dimensão 1 - Conhecimento sobre as características da saúde mental e dos distúrbios mentais.					
11. Muitas pessoas têm problemas mentais, mas não se apercebem disso.					
12. Os componentes da saúde mental incluem inteligência normal, humor estável, atitude positiva, boas relações interpessoais, e capacidade de adaptação.					
13. Devem ser procurados serviços psicológicos ou psiquiátricos se suspeitarmos da presença de problemas ou distúrbios mentais.					
14. Atitudes positivas, boas relações interpessoais e um estilo de vida saudável podem ajudar a manter a saúde mental.					
15. Indivíduos com história familiar de distúrbios mentais correm maior risco de problemas psicológicos e distúrbios mentais.					
16. Problemas ou distúrbios mentais podem ocorrer quando um indivíduo está sob stress psicológico ou enfrenta um importante evento na sua vida (por exemplo, a morte de membros da família).					
Dimensão 2 - Crença na epidemiologia dos distúrbios mentais.					
17. Todos os distúrbios mentais são causados por stressores externos.					
18. Mesmo para distúrbios mentais graves (por exemplo, esquizofrenia) os medicamentos apenas devem ser tomados por um determinado período de tempo.					
19. Problemas psicológicos nos adolescentes não influenciam o seu desempenho escolar.					
20. É improvável que indivíduos de meia-idade ou idosos desenvolvam problemas psicológicos e distúrbios mentais.					
Dimensão 3 - Consciencialização acerca de atividades de promoção da saúde mental.					
	SIM		NÃO		
21. Já ouviu falar sobre o Dia Mundial da Saúde Mental?					
22. Já ouviu falar do Dia Internacional contra o Abuso de Drogas e o Tráfico Ilícito de Drogas?					
23. Já ouviu falar do Dia Internacional de Prevenção do Suicídio?					
24. Já ouviu falar do Dia Mundial do Sono?					

(Adaptado por Chaves et al., 2023)

ANEXO III - Questionário de Saúde Mental Positiva (versão reduzida)

QSM+	Raramente/ Nunca	Alguma das vezes	Na maioria das vezes	Sempre/ Quase Sempre
1. Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas (ex.: tristeza, raiva, ansiedade, desprezo...).				
2. Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas.				
3. Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim.				
4. As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões.				
5. Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam.				
6. Procuo melhorar como pessoa.				
7. Preocupa-me que as pessoas me critiquem.				
8. Considero-me uma pessoa sociável.				
9. Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos (ex.: não sirvo para nada, não vou conseguir passar a esta cadeira, ninguém gosta de mim, sou feio, tudo o que faço está mal, etc.)				
10. Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida.				
11. Penso que sou uma pessoa digna de confiança.				
12. Penso nas necessidades dos outros.				
13. Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes.				
14. Penso que sou um inútil e não sirvo para nada.				

15. Procuo desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes.				
16. Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis.				
17. Gosto de ajudar os outros.				
18. Sinto-me insatisfeito comigo mesmo.				

(Adaptado por Sequeira et al., no *prelo*)

ANEXO IV - Pedido e autorização para utilização do QCSM e do QSM+

3 mensagens

De: Daniela Martins <

Enviada: 22 de janeiro de 2023 00:35

Para: Carlos Sequeira

Cc: Francisco Miguel Correia Sampaio

Assunto: Pedido de autorização Questionários

Boa noite professor Carlos Sequeira,

Eu - Daniela Azevedo Martins, mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Enfermagem do Porto,

Venho por este meio solicitar-lhe a autorização para a utilização dos seguintes questionários para realização do meu estudo de mestrado - "Literacia em Saúde Mental de Pessoas com Doença Mental":

- *Questionário de Conhecimento de Saúde Mental* - (Adaptado por Chaves et al., 2023);
- *Questionário de Saúde Mental Positiva - versão reduzida* (Adaptado por Sequeira et al., 2023).
-

Com os melhores cumprimentos,

Daniela Martins.

De: Carlos Sequeira

Enviado: 23 de janeiro de 2023 10:56

Para: 'Daniela Martins'

Cc: 'Francisco Miguel Correia Sampaio'

Assunto: RE: Pedido de autorização Questionários

Olá Daniela

Informa-se que poderão utilizar o Questionário de Conhecimentos de Saúde Mental e o Questionário de Saúde Mental Positiva (versão reduzida), no âmbito do estudo de mestrado - "Literacia em Saúde Mental de Pessoas com Doença Mental"

Mais se informa que os instrumentos devem ser utilizados na íntegra, podendo apenas serem alterados na forma de apresentação, e, não podendo ser utilizados para fins comerciais.

Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver.

Trata-se de um documento de monitorização da utilização da Escala.

Se persistir qualquer dúvida não hesitem em contactar-me.

Cumprimentos e um excelente 2023

Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, Agregado, PhD, MSc, - Universidade do Porto

Professor Coordenador com agregação

CINTESIS@RISE and Nursing School of Porto (ESEP), Porto, Portugal

Coordenador da UNIESEP

https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2

De: Daniela Martins <

Enviado: 25 de janeiro de 2023 01:01

Para: Carlos Sequeira

Cc: Francisco Miguel Correia Sampaio

Assunto: RE: Pedido de autorização Questionários

Olá prof. Carlos,

Envio doc de seguimento ao pedido de autorização de utilização de questionários mencionados no e-mail anterior.

Com os melhores cumprimentos,

Daniela Martins

ANEXO V - Aprovação do projeto de investigação pela Comissão de Ética

SERVIÇO DE FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

**Formulário de Pedido de Autorização
ao Conselho de Administração
para realização do Projeto**

At. 115 do E.S. 4
15/11/22
2022/11/16

Do Centro de Invest. e Enl. para Indivíduos

Ampliação de acordo com o protocolo

15/11/22
Acta n.º *47/2022*

font
Presidente do C.A.

font
Diretor de Formação

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do

*A Direção Clínica
para o bem-estar e saúde
efeitos; providenciando
ações devidas.*
16.11.22

font
Presidente do C.A.

Daniela Azevedo Martins, _____ vem por este meio
(nome do candidato)

solicitar autorização para realizar um trabalho de investigação no Departamento/Serviço/Unidade
Internamento / Consulta Externa deste Hospital, subordinado ao tema
"Literacia em Saúde Mental em Pessoas com Doença Mental".

Para apreciação da proposta, junto se anexa o Formulário de Proposta de Projeto de Investigação, assim como o *Curriculum Vitae* e Protocolo do Projeto.

Pede deferimento.

Porto, 15 de Novembro de 2022

O Investigador
font



COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer Nº 11 / 2022

Identificação do Proponente: Daniela Azevedo Martins
Filiação Institucional: Trabalho no âmbito de tese de Mestrado em Enfermagem de saúde Mental e Psiquiatria.
Supervisor da Investigação: Prof Doutor Carlos Alberto Cruz Sequeira, do ESEP
Título do Projeto: "Literacia em Saúde Mental em Pessoas com Doença Mental"

O objetivo do estudo será avaliar o nível de literacia das pessoas com doença mental diagnosticada. Conhecer o nível de literacia, em saúde, de pessoas com doença mental, e avaliar a relação desta com os aspetos socioeconómicos/demográficos e de evolução patológica.

Trata-se de um estudo não-interventivo, descritivo, correlacional e transversal, a decorrer de Dezembro de 2022 a Junho de 2023, nos serviços de

O estudo a decorrer nesta Instituição terá uma amostra de 200 indivíduos, sendo critérios de exclusão: descompensação psicótica e défices cognitivos. Os dados a recolher serão obtidos através da aplicação presencial de três questionários: *Questionário de Contextualização Sociodemográfica*; *Questionário de Conhecimento de Saúde Mental* e *Questionário de Saúde Mental Positiva* (versão reduzida).

Os dados a recolher serão registados, codificados e tratados de forma quantitativa, confidencial, cumprindo a legislação sobre a proteção de dados.

O Director do Serviço deu a sua aprovação.

Não são identificados riscos ou custos para os utentes ou instituição.

COMISSÃO DE ÉTICA

A confidencialidade parece-nos assegurada. Os utentes serão informados da natureza do estudo, e a sua participação é voluntária.

Parecer:

A investigação decorrerá de acordo com as regras éticas, aplicáveis aos estudos não-interventivos, pelo que a Comissão de Ética exprime a sua aprovação.

Relatora:

Aprovado pela CES em 14 de Dezembro de 2022

O Presidente da Comissão de Ética,



ANEXO VI - Modelo de Consentimento Informado



Nome: _____

Morada: _____

Telefones: _____

Centro de Saúde: _____

Número do Processo Clínico:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO / ENSAIOS CLÍNICOS

Por favor leia com atenção todas as informações constantes neste documento. Não hesite em solicitar mais informações ao Investigador se não estiver completamente esclarecido. Verifique se todas as informações estão correctas e, então, assinale com X a quadrícula respectiva e assine este documento. Tenha em consideração que o consentimento pode a todo o tempo ser revogado.

ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO:

A preencher pelo Investigador (assinale com X a quadrícula respectiva e assine este documento)

Confirmando que expliquei ao doente aos familiares ou ao seu representante legal de forma adequada e inteligível a natureza e finalidade da investigação referida, e que da sua realização não decorre qualquer risco ou complicação nem qualquer benefício pessoal adicional, mas apenas o benefício geral que advém de novos conhecimentos adquiridos sobre a sua doença.

Observações complementares:

Nome do Investigador	Assinatura	N.º Mecanogr.	Data
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

A preencher pelo Doente / Familiares / Representante Legal (assinale com X a quadrícula respectiva e assine este documento)

Declaro que percebi e que concordo com o que me foi proposto e explicado pelo Médico/Investigador que assina este documento. Autorizo a utilização e armazenamento de produtos biológicos para estudos de investigação, bem como a utilização, análise e divulgação de dados clínicos registados informaticamente, também para estudos de investigação, tendo em estrita consideração o princípio da confidencialidade. Declaro ainda que recebi fotocópia da presente declaração.

Declaro que não concordo e que não autorizo o que me foi proposto e explicado pelo Investigador que assina este documento.

Observações complementares:

Assinatura do Doente	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Assinatura do Familiar	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Grau de Parentesco				
Assinatura do Representante Legal	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>



Nome:	_____
Morada:	_____
Telefones:	_____
Centro de Saúde:	_____
Número do Processo Clínico:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

No caso de não poder ou não saber assinar:

Impressão Digital do Doente

Assinatura de Testemunha (1)	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Assinatura de Testemunha (2)	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

