

## CONFERÊNCIA

### PAINEL “DESAFIOS EM SAÚDE”

## **Promoção da Cidadania através do cuidar em Enfermagem**

Lucília Nunes<sup>1</sup>

Ofereceram-nos um título: *promoção da cidadania através do cuidar em enfermagem*. Dar nome é conferir sentido e, ao mesmo tempo, proporcionar indagação sobre as relações que cercam a formulação de conceitos. Nomear “é o modo humano de apropriar para si” (Arendt, 1999, p. 112) reconhecendo-se que o pensar precisa absolutamente da fala, para poder desempenhar o seu papel - por isso, dar nome é uma tarefa que os seres humanos fazem quando pensam. Este título, que nos deram, enquanto afirma e promete, inclui um processo de aproximar e de expandir. Escolhermos organizar uma trajetória que parte da cidadania para a enfermagem, relaciona ambas, prossegue para a saúde mental e *regressa* à cidadania, em espiral, pois que não exatamente no mesmo lugar. Como expectável, o todo tenderá a ser maior que a soma das partes.

### **I. Linha de partida: Cidadania**

Vivemos em plena *comunidade sem fronteiras* ou *aldeia global*, em que a cidadania se configura como um conjunto de valores e de competências, passíveis de serem aprendidas e desenvolvidas, de modo formal ou informal, ao longo da vida. A *Educação para a Cidadania* colocou o enfoque na participação responsável dos cidadãos na vida pública do país, designadamente, através dos processos de representação política ou do empenhamento das instituições da sociedade civil.

Aqui se ligam princípios e valores fundamentais da democracia - muito mais do que *palavra da moda*, a cidadania é um conceito abrangente, de totalidade, que se espraia da civilidade aos estilos de vida, da solidariedade à consciência dos direitos e deveres bem como à cooperação e à participação no debate social e político. Assim afirmado, três ideias se destacam como eixos centrais, a saber:

[1] a ideia básica de interdependência, numa noção de sistema aberto, em que o que afeta uma parte, afeta o todo; poderemos dizer que requer um processo que resulte em contribuir *para* os outros, num registo de empatia e cooperação, e, enfim, o sentimento de pertencer a algo maior do que o Si mesmo;

[2] a ideia de autonomia e de construção de Si, numa relação entre o que pode ser designado como a arte de *aprender e saber viver* (a dimensão ética) e o *viver-na-cidade* (a dimensão política), que integram e incorporam a cidadania; viver numa sociedade

---

<sup>1</sup> ESS-IPS. COnferência no 1º Encontro Internacional de Literacia em Saúde Mental. Coimbra. 28 Fevereiro 2014.

pluralista e democrática requer este exercício que não é confundível, antes se diria complementar, com o desenvolvimento de competências cívicas;

[3] a ideia de justiça social, que inclui a liberdade e os direitos individuais, a articulação com a responsabilidade moral, tanto em sentido individual como coletivo e o sentido da distribuição dos bens e recursos, de forma que proteja os mais desfavorecidos.

Será conveniente reconhecer aqui a (nossa) afiliação à conceção *política* de Hannah Arendt (1995) que assenta sobre a pluralidade humana e numa comunidade de seres diferentes que, a partir do caos das (suas) diferenças, se organizam para viver em conjunto. Distinguindo-se de governos ou aparelhos partidários, à política compete organizar o todo de seres absolutamente diferentes considerando a sua igualdade *relativa* e abstraindo da sua diversidade *relativa*.

A cidadania tem dimensão essencialmente política mas também social e jurídica, de vivência na família, na escola, nas organizações. E hoje num espaço social que tende a ampliar-se, também pelo uso e difusão das novas tecnologias, em que estamos visual e auditivamente à distância de uns cliques, e pela emigração portuguesa dos últimos anos.

Num contexto plural, há quem defenda o uso de *cidadanias* (Afonso & Ramos, 2007) como expressão. Quer se formule como conjunto de direitos e obrigações, como conjunto de qualidades morais, enquanto manifestação da identidade nacional ou capacidade de juízo político, percebemos que mesmo o “conceito técnico-jurídico de cidadania – vínculo jurídico pelo qual um indivíduo integra o povo do Estado e acede, por essa via, à titularidade de um conjunto de direito – está longe de explicar toda a carga simbólica e afetiva que a ideia de cidadania ainda possui.” (Carneiro, 2004, p.21). Considera-se um direito, no sentido de não se ser privado de cidadania, e evidencia-se, habitualmente, uma associação a uma comunidade histórica de cultura e de pátria.

O Plano Nacional de Saúde (2011-2016) colocou a *cidadania* como eixo estratégico, definiu-a como “estatuto de membro de uma comunidade política (local, nacional, supranacional) sobre o qual existe uma relação de responsabilidade, legitimada por cada pessoa assumir direitos e deveres” e apresentou uma ideia-chave: “Promover a Cidadania numa cultura de saúde e bem-estar para a realização dos projetos de vida pessoais, familiares e das comunidades” (Direção Geral de Saúde, 2010, p.28).

A *cidadania em saúde* tem, pelo menos, duas dimensões: a pessoal, ligada à experiência de cada um na saúde, e a dimensão pública, de participação no desenvolvimento das políticas e serviços de saúde. E se de tal decorre que, por um lado, cada um é o primeiro responsável por zelar pela sua saúde com o dever de a promover, por outro lado, cada cidadão tem direito a aceder a serviços e cuidados de saúde. Na base necessária para a efetivação desta conceção está a capacitação dos cidadãos para intervirem em qualquer das dimensões - pelo que entendemos que a *literacia em saúde* se apresenta como a plataforma mais elementar para a participação; isto é, a produção, partilha e utilização de informação e conhecimento aparece como primeira condição para uma cultura de cidadania. Aliás, neste aspeto, provavelmente com inspiração em Citizens as Partners (Organisation for Economic Co-Operation And Development (OECD), 2001, p. 23), consideram-se três graus na relação entre o governo e os cidadãos: informação (relação de um sentido, das instituições para o cidadão), consulta

(relação em dois sentidos, na qual o cidadão é convidado a contribuir com as suas opiniões) e participação ativa (baseada na parceria dos cidadãos com governo).

Permitam-nos dois comentários - primeiro, a expressão “cidadania ativa” apresenta-se como pleonasma pois a cidadania, em si, requer a cooperação e a responsabilidade de participação pública, pelo que o uso desta figura de linguagem está a reforçar (desnecessariamente?) um sentido existente (como em subir para cima ou ambos os dois); e se a *cidadania em saúde* emergiu na Declaração de Alma-Ata no sentido de *proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo*, trata-se claramente de uma *cidadania planetária* que Morin (2002) considerou para os sete saberes necessários à educação do futuro. Claro que, quando num país (como no nosso) em que a formulação das políticas tem orientação de *cima para baixo* e há um reconhecido défice ou penúria de *cidadanias*, aumenta a probabilidade de não se passar do texto ao ato, do discurso ao concreto da ação. Para potenciar (e majorar) a capacitação dos cidadãos, existem algumas estratégias de reconhecido sucesso e outras de menor visibilidade, que importa desocultar (Nunes, 2004).

## II. Enfermagem

O papel da Enfermagem no território da Saúde tem horizontes tão vastos que percorrem todo o ciclo vital e se consubstanciam numa presença muito própria. Formalmente, no artigo 4, ponto 1, do *Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro*, define-se como “a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (P.2960).

Em modo de síntese rápida, afirme-se que a enfermagem é uma *profissão intelectual e científica*<sup>2</sup>, *liberal*<sup>3</sup> representando aqueles que prestam serviços intelectuais e conceptuais, no interesse do cliente e do público, cujo modelo de regulação é de *autoregulação*, desde 21 de Abril de 1998, com a publicação do Estatuto da Ordem.

Uma das afirmações mais repetidas que fizemos na última década, pode bem ter sido que “os enfermeiros declararam o seu compromisso de cuidado às pessoas, ao longo do ciclo vital, na saúde e na doença, de forma a promoverem o bem-estar e a qualidade de vida daqueles a quem prestam cuidados” (Nunes, 2013, p.6) e este é o domínio genérico do agir profissional - o *locus* onde se juntam a ética da promessa e o compromisso de cuidado profissional. Dito de outra forma, a finalidade da profissão de enfermagem é o bem-estar de outros seres humanos, de acordo com os projetos de saúde e vida que eles mesmos demandam – então, esta não é uma finalidade científica ou técnica mas de ordem moral; ou seja, assenta num

---

<sup>2</sup> Classificação Nacional das Profissões. Enfermagem está no capítulo dos «Especialistas das profissões intelectuais e científicas», sub-capítulo «Especialistas das ciências da vida e profissionais da saúde».

<sup>3</sup> Liberal professions, [...] are, according to this Directive, those practiced on the basis of relevant professional qualifications in a personal, responsible and professionally independent capacity by those providing intellectual and conceptual services in the interest of the client and the public.” in Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the Recognition of Professional Qualifications.

conceito moral básico (a preocupação com outras pessoas) e os conhecimentos, capacidades e competências requeridas dirigem-se para responder a esta finalidade (Nunes, 2011).

Estaremos de acordo que *prestar cuidados* é uma situação única, que diz respeito a uma pessoa na singularidade da sua trajetória de vida - estamos sempre perante de um Outro e o nosso cuidado afeta o contexto em que a pessoa vive, isto é, a sua qualidade de vida. E se, genericamente, todos temos um compromisso de cuidado pelo mandato social da profissão, afirmamos um pacto profissional no cuidado concreto àquela pessoa ou família, de acordo com as necessidades das pessoas, num caminho de tornar autónomo tanto quanto seja possível. Concordaríamos igualmente que “é provavelmente a contribuição específica da enfermeira, de poder dar esta assistência de maneira a permitir que aquele que a recebe possa agir sem recurso exterior tão rapidamente quanto possível”<sup>4</sup> (Henderson, 1994, p. 151) e que o trabalho do enfermeiro se desenvolve com a finalidade de autonomizar, de capacitar para o *tomar conta* de Si.

Ademais, o foco de atenção dos cuidados de enfermagem são os próprios “projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” relevando-se que, ao longo de todo o ciclo vital, se procura “prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida diária” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 10). Por isso desenvolvemos atividades de proteção, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipas multiprofissionais a todos os níveis de organização dos serviços de saúde, e acompanhamos as transições, a gestão de processos de saúde-doença e o processo de morrer. Propomos, aqui, duas teses, pensando na abordagem profissional de raiz ética:

Primeira, *o enfermeiro habita próximo do Outro* - os lugares que o profissional *frequenta* são todos aqueles em que a pessoa, de quem cuida, *habita*. E se espacializarmos a ideia, teremos a casa, o hospital, o centro de saúde, o lar de idosos, a fábrica, a empresa, o jardim infantil, a escola, o ginásio... uma lista que corresponde aos sítios onde as pessoas *estão*. Pessoas em situação, pois que as linhas básicas da vida humana – a existência, a finitude, a vulnerabilidade – concretizam-se nas biografias de cada um. Contudo, o enfermeiro além de estar, altera (ou é suposto que altere, pela sua missão específica), ao guiar a sua atividade no sentido do cuidado profissional, prestado ao Outro que, de forma temporária ou definitiva, em determinado momento ou contexto, tem necessidade de ajuda - *cuidado* (Collière, 1989) profissional que está intrinsecamente ligado à ideia de sobrevivência e de proteção, à vulnerabilidade própria e contextual da existência humana; cuidado que nos torna responsáveis pelo Outro, no respeito pela individualidade e dignidade de cada pessoa; cuidado também pelo mundo, no sentido do agir, tornar em ação, a responsabilidade pelo mundo;

Segunda, *o enfermeiro, na sua praxis, é agente do desenvolvimento humano* - sendo que o desenvolvimento se caracteriza pelo aumento da capacidade para realizar, progressivamente,

---

<sup>4</sup> Tradução livre de «C'est probablement la contribution spécifique de l'infirmière de pouvoir donner cette assistance de manière à permettre à celui-ci qui la reçoit d'agir sans recours extérieur aussi rapidement que possible...».

funções ou intervenções de complexidade mais elevada e tomar decisões em situação de incerteza. A aquisição de novas habilidades, de entre elas o cuidado consigo mesmo e com os outros, está relacionado com as vivências experienciadas dentro do grupo social.

O conhecimento dos aspetos relacionados com o desenvolvimento humano é essencial aos enfermeiros pois cuidam da pessoa e família nas diferentes etapas da vida. E se a equidade intra e intergeracional é um objetivo de tipo *macro*, a ação dos enfermeiros, no seu quotidiano, promove o alargamento (ou a ampliação) das capacidades individuais (afetando potencialmente as famílias e grupos em que a pessoa se insere). A educação para a saúde, o *empowerment* a capacitação dos cidadãos, a informação que se requer para o consentimento livre e esclarecido, o respeito pela diversidade e um exercício culturalmente competente são como (algumas) peças de um puzzle que, reunidas, podem efetivamente *fazer a diferença* na vida das pessoas e, por extensão, porque as pessoas não vivem isoladas, a famílias e comunidades.

Sabe-se que existe uma relação estreita entre educação e saúde - isto para citar apenas o Relatório do Desenvolvimento Humano, que conclui, por exemplo, que “o nível de instrução da mãe é mais importante para a sobrevivência dos filhos do que o rendimento familiar ou a riqueza” (Nações Unidas, 2013, p. 91).

O facto de os enfermeiros exercerem a profissão de acordo com os valores e os seus deveres, protegendo os direitos de populações vulneráveis e cuidando das pessoas sem discriminação, pode ser pensado como redutor das iniquidades do sistema. Mais, quando os enfermeiros assumem advogar pelos que não estão capazes de zelar pelo exercício dos seus direitos, reduzem as desigualdades e potenciam o pleno respeito pelos direitos humanos.

### **III. Confluência e relação: enfermagem e cidadanias**

Nesta etapa, a relação emerge, parece-nos, de forma clara. Existe um mandato social da profissão e os deveres e responsabilidades dos enfermeiros visam garantir os direitos dos cidadãos. Os cuidados são marcados pelas conceções, as crenças e os valores, tanto dos que têm necessidade de procurar cuidados como dos que os prestam. E porque os cuidados têm de fazer sentido para quem os presta e para aqueles a quem são prestados, coloca-se, de forma assaz pertinente, a questão da participação na decisão. Não é por acaso que se preconiza envolver o cliente e família no planeamento de cuidados, nem pode ser algo teórico. Se os cuidados se destinam ao bem presumido de alguém, que está capaz de decidir sobre si, como deixá-lo fora do processo de tomada de decisão? Os enfermeiros consideram que os clientes são parceiros de cuidados, pares que visam um objetivo comum e ao mesmo nível na tomada de decisão.

Entendemos que o papel do enfermeiro pode ser pensado à luz da garantia dos direitos do Outro – ou melhor, numa relação que inclua o destinatário dos cuidados e mais quem ele consentir ou desejar (que lhe seja significativo e não necessariamente por ter relações de parentesco ou consanguinidade). Dito de outra forma, porque a pessoa tem direito ao cuidado, temos o dever de procurar em todo o ato profissional a excelência do exercício; porque tem

direito à proteção da intimidade e reserva da vida privada, temos o dever de sigilo; porque tem direito à autodeterminação, temos o dever de informar; e assim sucessivamente.

Um dos princípios orientadores da atividade do enfermeiro, referenciada no artigo 78, ponto 3, alínea b, do *Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril*, é o *respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes* e uma das competências dos enfermeiros de cuidados gerais é atuar *de forma de a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adotarem estilos de vida saudáveis*. Este *dar poder* - tão claro na expressão inglesa *empowerment* e aproximado na nossa palavra *capacitação* - liga-se, por exemplo, a fornecer informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação assim como pela participação efetiva dos clientes no planeamento dos cuidados.

Claro que quando se fala de respeito pelos direitos humanos, importa relevar que a pessoa, a necessitar de cuidados de saúde ou fragilizada pela doença, continua a ser, em primeira instância, pessoa humana e cidadão. E se a doença e a saúde não removem direitos, a proximidade da morte também não - aliás, carece-se de apoio e suporte para poder exercer os seus direitos, dada a especial ou potencial vulnerabilidade.

Muitos profissionais vivenciaram e descrevem situações em que foi patente a penúria ou mesmo a ausência de consciência das pessoas relativamente aos direitos como um todo, e particularmente quanto ao direito a cuidados de saúde. Talvez se possa perceber que aqui se evidencia um comportamento de não-reclamação - passando a concretizar: as pessoas aceitam ser internadas em maca, num corredor, de forma quase pacífica tal como aceitam esperar horas com uma marcação horária escrita num papel; eventualmente, reclamam com quem está perto (enfermeiros, provavelmente) mas quando se refere o poderem escrever, deixarem registo (em *Livro Amarelo* ou de outra forma), frequentemente a hesitação é breve e leva rapidamente à recusa. Porquê?, interrogam-se os enfermeiros, quando tal corresponderia ao exercício do mais elementar direito de reclamar. É como se, por um lado, a população se apresentasse resignada, e, por outro lado, quando chamada a participar e a envolver-se, se refira que confiam nos profissionais e excusam-se (ou demitem-se) da sua decisão, pois *eles estudaram para isso*. Curiosamente, e não entrando agora na questão do *confiar-se*, uma leitura possível seria de que as pessoas não participam porque *não acreditam* que possam mudar as coisas. Parece existir uma forte descrença social, designadamente nos mecanismos de defesa ou proteção dos utentes, e é como se acreditassem que se alguém pode transformar esta realidade, certamente não são eles, já que se percebem claramente excluídos do poder. Mais: não percebem em si qualquer possibilidade de exercer poder. A esta análise adicione-se mais um elemento: a situação de quem está doente, assustado, fragilizado, muitas vezes incapaz de gerir o que está a acontecer-lhe. Muito mais em contextos de institucionalização - por si só, os edifícios, os corredores, o ambiente, intimidam e, portanto, é quase paradoxal esperar que os mais vulneráveis se defendam. Ou que sejam capazes de assegurar os seus direitos.

O evitamento de reclamar pode ter, na base, um forte sentido de necessidade, de poder vir a precisar de novo e, por ter reclamado, suscitar alguma eventual *má vontade* por parte dos profissionais. Assim, seja por desconhecimento, por resignação, por incapacidade, por medo

de represálias, na verdade, os cidadãos reclamam pouco. Juntemos, ainda, o costume reciprocamente instituído por parte dos clientes e dos prestadores de cuidados, de considerar o profissional como *autoridade* na matéria.

Aqui, claramente, os enfermeiros têm um papel a des-ocultar, de valorizar o Outro, de forma sistemática. Fala-se de vulnerabilidade, e para os enfermeiros ela é muito evidente no cotidiano, tanto em contexto hospitalar como comunitário, face às necessidades em cuidados, à doença, a crise de vida, a situações de pobreza e de exclusão social. Por vezes, aqueles a quem nos comprometemos a prestar cuidados, contam com poucos (ou nenhuns) apoios na sua situação particular. E quando o cliente e família não têm condições ou capacidades de reclamar cabe aos enfermeiros agir em seu benefício e em seu favor. Por exemplo, comunicar as situações, as deficiências existentes ou as condições de exercício que coloquem em causa o direito dos utentes a cuidados de qualidade, tanto a nível interno na instituição como à Ordem; pedir parecer da Comissão de Ética para a Saúde ou da Comissão de qualidade. Enfim, agir no seu contexto com os meios ao seu alcance e com o máximo de qualidade que as condições permitirem.

Trata-se, em nosso entender, da dimensão política da prática profissional, de assumir um papel de promotores do Outro, cientes de que a afirmação da cidadania é um processo que tem dificuldades, tanto ao nível das práticas como no plano da subjetividade e das relações interpessoais. É da nossa responsabilidade e diz respeito à capacidade, a obrigação e a compromisso - o enfermeiro é um profissional do cuidado, do diálogo responsável que visa proteger e salvaguardar o respeito pela pessoa humana, nas suas intervenções. E o cuidado, pela sua natureza, é humanizado e humanizador, atento ao percurso existencial e à situação concreta da pessoa, na sua singularidade. A dignidade da enfermagem reside também neste cuidado que prestamos ao Outro, porque ele não o pode fazer, pretendendo agir como ele agiria se pudesse ou soubesse. Por isso, e na sua essência, respeita a pessoa, valoriza a autonomia e demonstra solicitude numa visão holística, num olhar global.

#### **IV. Em torno da saúde mental**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) formulou a definição de *saúde mental* como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”(World Health Organization (WHO), p.1)<sup>5</sup>. Sabemos que a saúde e a doença mental são determinadas por múltiplos fatores, incluindo aspetos biológicos, individuais, familiares e sociais bem como económicos e ambientais e que, ao mesmo tempo, a saúde mental assume diferentes significados dependendo de contextos que incluem, entre outras, influências socioeconómicas, políticas e culturais (Jahoda, 1958).

---

<sup>5</sup> WHO. *Strengthening mental health promotion*. Geneva, World Health Organization, 2001 (Fact sheet No. 220). p.1. tradução livre: “a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community” <https://apps.who.int/inf-fs/en/fact220.html>. Cf. GREEN PAPER, UE, 2005, p. 4.

Sabemos que existe uma forte relação entre saúde mental e privação social - “pessoas que vivam em áreas de elevado desemprego têm aumentado o risco de desenvolverem problemas de saúde mental, enquanto o estigma, a ignorância e a discriminação aumentam o risco de pobreza” (Knapp, McDaid, Mossialos, & Thornicroft, 2006, p. 3) e de depressão (WHO, 2005a).

Sabemos que os problemas de saúde mental, aliados a situações demenciais que, em parte, resultam do aumento da esperança média de vida e do envelhecimento da população, têm consequências severas na vida das pessoas e dos que os rodeiam, incluindo familiares e outros cuidadores.

A crise financeira que hoje vivemos está a ter impactos muito significativos na saúde mental - por um lado, os especialistas consideram que “será inevitável um aumento da prevalência de algumas doenças mentais e de muitos problemas de saúde mental” (Direção Geral de Saúde, 2012, p. 39) e, por outro lado, será previsível que os constrangimentos financeiros existentes obriguem a definir prioridades, com a consciência de que existem desigualdades gritantes no acesso a cuidados de saúde e que as famílias e as pessoas poderão tender, com o predomínio de preocupações ligadas a restrições dos orçamentos familiares, a desvalorizar aspetos mais imateriais da vida quotidiana e a ter dificuldades adicionais em proteger os mais vulneráveis. Sem pretendermos traçar um retrato exaustivo, aportemos alguns dados, até para ampliar a nossa consciência que a saúde mental é atualmente um dos maiores desafios que enfrentam todos os países da Região Europeia - e Portugal, naturalmente.

Os “problemas de saúde mental afetam pelo menos uma em cada quatro pessoas em algum momento das suas vidas” (WHO, 2005a, p.1) e “as formas mais comuns de doença mental na UE são perturbações de ansiedade e depressão. Em 2020, é esperado que a depressão seja a mais elevada causa de doença no mundo desenvolvido” (European Commission, 2005, p.4).

Lembre-mos que se estima que mais de 17% dos adultos experienciem pelo menos uma forma de doença mental durante um ano da sua vida (European Commission, 2005) e os estudos epidemiológicos “mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade” (DGS, 2010, p.12) e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais.

A carga de perturbações mentais tais como a depressão, dependência do álcool e esquizofrenia foi seriamente subestimada no passado, “devido ao facto de as abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença. Das dez principais causas de incapacidade, cinco são perturbações psiquiátricas.” (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008, p.5). E se é verdade que, em Portugal, “pelo menos 5 a 8% da população sofre de uma perturbação psiquiátrica de certa gravidade em cada ano”, todos percebemos que “o internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%), quando toda a evidência científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efetivas e as que colhem a preferência dos utentes e das famílias” (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008, p.8).

Algumas situações como abuso de substâncias, violência ou problemas de saúde evidenciam maior prevalência e mais dificuldade em adotar estratégias adaptativas quando existem

condições de desemprego, salários baixos, educação reduzida, condições de trabalho stressantes, discriminação de género, entre outras (Jané-Llopis & Anderson, 2005). Em Portugal, Bélgica e Irlanda do Norte, ser jovem, desempregado ou deficiente, sem educação, ou estudos primários incompletos, está associado a um agravamento de manifestações de deficiente saúde mental (Pinto Mezza et al., 2012).

É reconhecida, nacional e internacionalmente, a importância de promover a saúde mental, a desinstitucionalização, a reabilitação e a reinserção social. Muitos documentos o afirmam, como a *Mental Health Declaration for Europe* ou *Policies and practices for mental health in Europe*, o *Comprehensive mental health action plan 2013–2020* ou o Plano Nacional de Saúde Mental.

Contudo, se olharmos bem, e não obstante as políticas e a legislação da saúde mental aparecerem a proteger os valores e princípios fundamentais dos direitos humanos, nomeadamente a autonomia e liberdade das pessoas, a maior parte dos textos dirige-se “a pessoas com problemas de saúde mental, que estão vulneráveis e expostos a negligência e abuso” (WHO, 2008, p. 2). As próprias *Recomendações*<sup>6</sup> do Conselho da Europa na área da *saúde* mental não fogem a esta premissa.

Temos aqui dois fenómenos interessantes, que importa separar.

Por um lado, existe relação clara entre a saúde mental e os direitos humanos, sendo facilmente reconhecido que as violações dos direitos humanos têm impacto negativo na saúde mental das pessoas. E sendo certo que as pessoas afetadas de problemas, doenças ou perturbações mentais, têm os mesmos direitos básicos que todas as outras pessoas - o que claramente varia é a sua circunstância, muito mais vulnerabilizadora e que as incapacita para o pleno exercício dos seus direitos. Entendendo que devem existir grupos-alvo para intervenções, sob pena dos grupos mais vulneráveis serem deixados para trás, existe uma necessidade clara de, efetivamente, proteger a *saúde mental*.

Por outro lado, e sem colocar minimamente em causa a proteção dos direitos humanos e o respeito pela dignidade das pessoas com perturbação mental, será muito escasso centrarmos a nossa ação na doença e na patologia. É redutor (das capacidades e do desenvolvimento humano) e é perigoso (porque estamos em torno do fechamento na patologia ou na disfunção), podendo tender a prestar atenção (só) ao disfuncionante ou patológico. Vejamos um simples exemplo - como citámos há pouco, os problemas de saúde mental “afetam uma em cada quatro pessoas”(WHO, 2005<sup>a</sup>, p.1); então, o que fazemos em relação às *três pessoas* que não o são? se cerca de 75% das pessoas não são afetadas por problemas, daqui não se

---

<sup>6</sup> As Recomendações que referimos são as relativas: 1. às pessoas mentalmente doentes (Recommendation 818 (1977) on the situation of the mentally ill); 2. à proteção legal das pessoas colocadas como doentes involuntários (Recommendation No. R (83)2 concerning the legal protection of persons suffering from mental disorder placed as involuntary patients); 3. sobre as regras das prisões europeias (Recommendation No. R (87)3 on the European Prison Rules); 4. sobre psiquiatria e direitos humanos (Recommendation 1235 (1994) of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe on psychiatry and human rights, 12 abril 1994); 5. sobre aspetos éticos e organizacionais dos cuidados de saúde nas prisões (Recommendation No. R (98)7 concerning the ethical and organizational aspects of health care in prison); 6. relativa à proteção dos direitos humanos e da dignidade das pessoas com distúrbio mental (Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder).

deduza que podem ser colocadas de *lado* ou que não temos compromisso humano de potenciar o máximo desenvolvimento de todos.

Abordagens *salutogénicas* mais focadas na adaptação, no otimismo (Kivimaki, Vahtera, Helenius, Singh-Manoux, & Pentti, 2005) e na resiliência (Rutter, 1985) contam-se entre os fatores protetores que podem modificar as respostas ao stress como partes essenciais do conceito de bem-estar (Huppert & Timothy, 2013). Sobre o aspeto do desenvolvimento, seria interessante aprofundar a abordagem das capacidades humanas de Nussbaum ou de Amartya Sen e, sobretudo, interrogarmos o nosso olhar, pensar o *florescimento humano* (Nussbaum, 1997) - se quisermos ser mais concretos, a promoção e a proteção da saúde mental acompanham a vida e devem ser parte central nos programas de saúde nacionais, pensando a saúde mental como inseparável da saúde, naturalmente.

Assim, um eixo, estruturante, de promoção da saúde mental tem de se desenvolver a partir de uma intervenção integrada sistémica, numa abordagem holística à pessoa, considerando todas as pessoas (incluindo as que têm perturbações e doenças mentais). Chamaria, aqui, os achados de uma revisão de literatura, reunindo evidências da ligação entre afeto positivo, felicidade, alegria, contentamento e entusiasmo) e menor morbilidade, aumento de longevidade e redução de sintomas físicos (Chida & StepToe, 2008) bem como a conclusão que um nível de maior bem-estar se encontra associado a uma redução da mortalidade, quer em pessoas saudáveis, quer em pessoas com problemas físicos de saúde. Não só existem interações complexas entre saúde física e mental, como ambas partilham muitos dos mesmos determinantes sociais, ambientais e económicos (Santos, 2011).

Numa perspetiva desenvolvimentista, que reduza os preditores de risco e aumente os fatores protetores na infância, na adolescência, no envelhecimento, assim como nos sítios onde as pessoas passam mais tempo, no trabalho, na escola, nas associações - e nesta etapa, fazemos a ponte para a literacia em saúde mental.

## **V. De regresso à Cidadania: a face da literacia**

Tendo claro para cada um de nós que a saúde mental é um recurso individual que influencia a qualidade de vida e é afetável pelo ambiente, pelo contexto, podemos considerar-se elementar que todas as pessoas precisem de conhecimento na área da saúde mental. Dito de outra forma, a promoção da saúde mental precisa e requer conhecimento público, por isso, abre-se um espaço para a literacia em saúde mental.

A formulação da OMS (2008, p.10) partiu da ideia que as competências cognitivas e sociais determinam a motivação das pessoas e a “sua capacidade para aceder, compreender e usar a informação de forma que promovam e mantenham boa saúde”.

Se a literacia em saúde é considerada como recurso (Nutbeam, 2008), a literacia em saúde mental pode prover conhecimento sobre promoção da saúde e prevenção das perturbações mentais, facilitar o reconhecimento sobre o desenvolvimento de uma perturbação, conhecimento sobre estratégias efetivas de autoajuda e opções de ajuda disponíveis bem como competências para ajudar outras pessoas que estão em situação de crise ou a desenvolver perturbação mental (Jorm & Reavley, 2011).

A literacia não diz respeito *apenas* a saber ou a ter informação - permite compreender, avaliar criticamente, discutir, portanto, passar de um conjunto de dados para uma ação refletida e consciente, seja qual for o campo (por exemplo, igualmente no que respeita à literacia científica). Nos aspetos referentes à saúde, a literacia “representa o conhecimento e as competências que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos a terem acesso, compreenderem e usarem informação de modo a promover e a manter a saúde” (WHO, 2013, p. 6).

Literacia é o que as pessoas utilizam para avaliar a informação, analisar os riscos e fazer escolhas esclarecidas sobre o seu projeto de saúde; em suma, tomar decisões seguras sobre a sua saúde.

Vários estudos demonstraram uma relação forte entre literacia, nível de educação e nível de saúde, de tal forma que alguns investigadores consideram que é a literacia em saúde que liga a educação a resultados na saúde.

Concretizando, a literacia em saúde é um forte preditor do estado de saúde individual (WHO, 2013) e uma parte importante do capital humano e social - melhorando o acesso das pessoas à informação de saúde e influenciando a sua capacidade para usar a informação, “a literacia na saúde é crítica para a capacitação das populações” (Loureiro et al., 2012, p. 159); alguns autores consideram que a literacia em saúde constitui um promotor importante para a participação efetiva nos cuidados de saúde.

Consideremos, porém, que construir literacia em saúde mental é mais do que fornecer informação - ainda que o acesso a informação confiável seja uma pedra angular; até porque a Internet e a «e-saúde», veículos potencialmente poderosos para a capacitação dos cidadãos, não estão ao alcance de todos nem de todas as idades. Pode radicar-se em iniciativas simples, em formatos que sejam acessíveis e apreciados, como ciclos de cinema, colóquios, documentários, debates, caminhadas, exposições, entre outros exemplos.

Enfrentamos, hoje, em tempos difíceis, um desafio humanamente relevante para que a democratização da saúde possa efetivar-se aos três níveis: do sistema, dos profissionais de saúde e dos cidadãos. “A promoção de melhores níveis de literacia em saúde das pessoas em Portugal assume-se como estratégia incontornável para uma melhor saúde e para uma utilização mais racional dos cuidados de saúde, especialmente em tempo de crise.” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012, p. 56).

Podemos desenhar uma tese simples: *queremos mais para ter menos*. Pugnar pela literacia em saúde e em saúde mental, disseminar informação, trabalhar em parceria e cooperação, é querer *menos* iliteracia, *menos* assimetria, menos desigualdades, menos discriminação, menos exclusão social. O resultado destes processos oter-se-á com sinal *mais* - mais consciência de Si e do Outro, mais cooperação, mais participação, mais capacidade de reclamar e de agir, mais inclusão, mais respeito pela vulnerabilidade e pela dignidade humanas. É por isso que a promoção da saúde mental e da literacia em saúde mental se constituem, ao mesmo tempo, como horizontes pessoais, eixos de ação profissional, de desenvolvimento social e obrigação política dos Estados.

É vital aumentar as capacidades das pessoas na expressão dos direitos humanos fundamentais - e para tal requer-se *visão, praxis e coragem* (Dudley, Sillove, & Gale, 2012). E no nosso

*Self*, no sentido de Si, estamos em conexão com o(s) que nos rodeia. A nossa natureza social e a condição humana requerem a presença dos Outros e esta ideia serve de base aos defensores dos direitos dos grupos, como o caso dos direitos de segurança, de representação e de autonomia ou autogovernança (Nickel, 2007) que nos habituámos, genericamente, a pensar como direitos civis e políticos.

Envolver as pessoas nas decisões sobre si é análogo a envolver os cidadãos nas políticas públicas - ou melhor, em ambos os planos se fortalece a capacidade de agir e de intervir. Notemos, porém, a pré-condição básica: que a informação seja objetiva, fiável, fácil de compreender; e que a consulta seja considerada e siga regras definidas; que a participação tenha o seu tempo e flexibilidade (OECD, 2001).

Quando os enfermeiros definem, com as pessoas, o objetivo da autogestão do regime terapêutico, por exemplo, isso representa informação que foi partilhada - ainda que o importante não seja apenas a informação mas a validação de que foi compreendida e é mobilizada. Sabemos, profissionalmente, que se uma estratégia não resulta, podemos escolher ou inventar outra. Por isso, um dos elementos-chave, na relação profissional e na cidadania, passa pela avaliação contínua, metódica, sistemática - e pelos reajustes ou mudanças que a seriedade impõe.

E avaliar, tanto em sentido dos processos de melhoria da qualidade e dos indicadores, como fomentando a investigação. Alguns estudos recentes, como é o caso do de Hamer, Finlayson, e Warren, (2013) utilizam os domínios da cidadania - a extensão, o conteúdo, a profundidade e os atos de cidadania - como enquadramento teórico para analisar a experiência dos utentes dos serviços de saúde mental. Poderia ser interessante desenvolver estudos em Portugal sobre esta matéria, especialmente tendo em conta que existem diferenças nas competências profissionais atribuídas aos enfermeiros de cuidados gerais e aos especialistas (e não se dispõe de dados sobre o impacto destes dois perfis de competências na promoção da literacia e da cidadania em saúde na saúde mental).

## **Síntese conclusiva**

A intervenção de enfermagem como cuidado profissional, prestado *ao* e *com* o Outro, respeitando a sua dignidade e vulnerabilidade, é promotora do desenvolvimento humano e da capacitação, quer individual, quer coletiva e pública.

Isto porque os enfermeiros cuidam de todas as pessoas, em todas as circunstâncias - e emerge a equidade na resposta às necessidades em cuidados de saúde - e as pessoas estão inseridas em grupos, famílias, comunidades. A ação do enfermeiro tem um efeito direto na pessoa de quem cuida e um efeito potencial nas pessoas da rede afetiva e social que a envolvem.

Retomemos a ideia da vulnerabilidade que todos partilhamos - a nossa condição humana implica vulnerabilidade, uma dimensão a que não podemos escapar na vida individual e nas relações interpessoais (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), 2013); a cada pessoa pode faltar, em algum momento da sua vida, a capacidade ou os meios para se proteger - a si, à sua saúde, ao seu bem-estar. De certa forma, estamos, permanentemente, em risco - de desordem, de perturbação, de doença, de dano, de morte, dos

efeitos das condições ambientais e dos recursos disponíveis. E em termos singulares, somos desigualmente vulneráveis, ou seja, uns mais que outros ou numa circunstância mais que noutras.

As intervenções de enfermagem, centradas na pessoa humana e realizadas com a “preocupação da defesa da liberdade e dignidade”, artigo 78º, n.º 1 do *Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril*), visam o máximo desenvolvimento das pessoas e grupos. Por isso, a prestação direta de cuidados, planeada em conjunto, é acompanhada de informação, comunicação, ajuda. Ao posicionar o cidadão em parceria, ao respeitar os seus valores e crenças, ao promover a literacia em saúde, os enfermeiros promovem um clima de respeito e uma cultura de cidadania. Ao colher dados, aprofundar fenómenos, produzir conhecimento, os enfermeiros situam-se num *continuum* de utilizadores e produtores de conhecimento, sendo a investigação reconhecida como uma das lacunas na área da saúde mental (tanto quanto a participação de clientes e famílias). Considerando os desafios éticos e humanos da perturbação mental, relevem-se os focos protetores e promotores, visando o bem-estar e a felicidade, a possibilidade de plena realização do ser humano. Poderá parecer exagero afirmar aqui a *felicidade*, mas invocamos em nosso suporte a resolução da Organização da Nações Unidas (ONU) e o Relatório sobre a Felicidade (Helliwell, Layard, Sachs, 2013; United Nations, 2011).

Limitar o desenvolvimento das pessoas (por exemplo, ao *fazer por* elas, ao substituí-las ou mantendo barreiras no acesso a cuidados de saúde) é desrespeitar a sua dignidade, do modo mais essencial. Os profissionais de saúde, em geral, e os enfermeiros, em particular, podem agir como potenciadores do desenvolvimento, centrarem o cuidado em majorar as condições de cada um, adotando como ponto de partida a pessoa, as suas circunstâncias, os seus contextos e visando, com ela, a persecução dos (seus) projetos de saúde.

Prestar cuidados às pessoas, visando a sua capacitação, a sua autonomia, a sua qualidade de vida, tem relação explícita à promoção da cidadania em saúde, especialmente quando os próprios enfermeiros se assumem como membros de pleno direito de uma comunidade alargada e estão envolvidos, ativa e participativamente, nos espaços sociais da saúde e da investigação.

*“If we want a happier world,  
we need a completely new deal on mental health.”*  
(Helliwell et al., 2013, p. 50)

## Referências Bibliográficas

- Afonso, A. J., & Ramos, E. L-V. (2007). Estado-nação, educação e cidadanias em transição. *Revista Portuguesa de Educação*, 20(1), 77-98.
- Arendt, H. (1995). *Qu'est-ce que la politique?* Paris: Éditions du Seuil.
- Arendt, H. (1999). *A Vida do Espírito I - Pensar*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Carneiro, R. (coord.), & Pereira da Silva, J. (2004). *Direitos de cidadania e direito à cidadania*. Lisboa: Observatório da Imigração. Retirado de <http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/pdf/estudo%20OI%20Cidadania.pdf>

- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida, da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - Resumo Executivo*. Lisboa: MS.
- Decreto-Lei n.º 104 de 21 de abril de 1998. Diário da República n.º 93/98 I-Série-A. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-lei n.º 161 de 4 de Setembro de 1996. Diário da República n.º 2005/96 I-Série-A. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Direção Geral da Saúde (2012). *Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Programa Nacional para a Saúde Mental.
- Direção Geral de Saúde (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Retirado de [http://pns.dgs.pt/files/2011/02/cs\\_17-03-2011.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2011/02/cs_17-03-2011.pdf)
- Dudley, M. (edit), Sillove, D., & Gale, F. (2012). *Mental Health and Human Rights. vision, praxis, and courage*. Oxford: Oxford University Press.
- European Commission (2005). *Green Paper - Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels: Health and Consumer Protection, Directorate-General.
- Hamer, H. P., Finlayson, M., & Warren, H. (2013). Insiders or outsiders? Mental health service users' journeys towards full citizenship. *International Journal of Mental Health Nursing*, doi:10.1111/inm.12046
- Helliwell, J., Layard, R., & Sachas, J. (Edit) (2013). World Happiness Report 2013. Retirado de [http://unsdsn.org/files/2013/09/WorldHappinessReport2013\\_online.pdf](http://unsdsn.org/files/2013/09/WorldHappinessReport2013_online.pdf)
- Henderson, V. (1994). *La nature des Soins Infirmiers*. Québec: Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Huppert, FA & Timothy, TC So (2013) Flourishing Across Europe: Application of a New Conceptual Framework for Defining Well-Being. *Soc Indic Res*. 110:837–861
- Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. Florida: University of Florida.
- Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (2005). Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- Jorm, A. F., & Reavley, N. J. (2011). *National Survey of Mental Health Literacy and Stigma*. Canberra: Department of Health and Ageing.
- Kivimaki, M., Vahtera, J., Helenius, H., Singh-Manoux, A., & Pentti, J. (2005). Optimism and Pessimism as Predictors of Change in Health After Death or Onset of Severe Illness in Family. *Health Psychology*, 24(4), 413–421.
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2006). Mental health policy and practice across Europe: an overview. In *Mental health policy and practice*. London: McGraw-Hill.
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Pereira dos Santos, J. C., Oliveira, R. A., & Ferreira, R. O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de enfermagem Referência*, III(6), 157-166.
- Morin, E. (2002). *Os sete saberes para a educação do futuro*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Nações Unidas (2013). *Relatório do Desenvolvimento Humano - A Ascensão do Sul: Progresso Humano num Mundo Diversificados*. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Retirado de <http://www.un.org/files/HDR2013%20Report%20Portuguese.pdf>
- Nickel, J. W. (2007). *Making sense of human rights*. (2 ed.) Oxford: Blackwell.
- Nunes, L (2011). *Ética de Enfermagem: fundamentos e horizontes*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L (2013). Desenvolvimento humano e enfermagem - horizontes da [nossa] ação. Conferência nas Comemorações do 101º aniversário da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, 29-Out-2013. Retirado de <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/4914>.

- Nussbaum, M. (1997). *Cultivating Humanity: A Classical Defense of Reforms in Liberal Education*. Cambridge: Harvard University Press.
- Nutbeam, D (2008) The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67, 2072–2078. Retirado de [http://www.seamist.se/hal/halsoteknik.nsf/bilagor/Nutbeam2009a\\_pdf/\\$file/Nutbeam2009a.pdf](http://www.seamist.se/hal/halsoteknik.nsf/bilagor/Nutbeam2009a_pdf/$file/Nutbeam2009a.pdf)
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012). *Relatório de Primavera – Crise & Saúde, Um país em Sofrimento*. Coimbra: Mar da Palavra – Edições, L.da.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Guia Orientador de Boas Práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária. Portugal: OE.
- Organisation for Economic Co-Operation And Development (OECD) (2001). *Citizens as Partners. Information, consultation and public participation in policy-making*. Retirado de [http://www.ecnl.org/dindocuments/214\\_OECD\\_Engaging%20Citizens%20in%20Policy-Making.pdf](http://www.ecnl.org/dindocuments/214_OECD_Engaging%20Citizens%20in%20Policy-Making.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Uma perspectiva global. Retirado de [http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf](http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf)
- Pinto-Meza, A., Moneta, M. V., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bruffaerts, R., Caldas de Almeida, J. M., ..., Haro, J. M. (2013). Social inequalities in mental health: results of the EU contribution to the World Mental Health Survey Initiative. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(2), 173-181. doi:10.1007/s00127-012-0536-3
- Rutter, M. (1985). Resilience in the Face of Adversity. Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Santos, M. L. R. (2011). Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. Tese de Doutoramento. UA. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/6738/1/Tese%20Luisa%20Santos.pdf>
- United Nations (2011) Resolution adopted by the General Assembly 65/309. Happiness: towards a holistic approach to development A/RES/65/309 25 August. Retirado de [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/65/309](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/65/309)
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (2013). *The Principle Of Respect For Human Vulnerability And Personal Integrity*. Report of the International Bioethics Committee of UNESCO. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- World Health Organization (WHO) (2001). *Strengthening mental health promotion*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2005a). *Mental Health: Facing The Challenges, Building Solutions*. Report from the WHO European Ministerial Conference. Helsinki, Finland: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2005b). *Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions*.
- World Health Organization (WHO) (2008). *Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2013). Health Literacy. Solid Facts. Retirado de <http://www.euro.who.int/en/what-wedo/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2013/health-literacy.-the-solid-facts>