

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“A saúde mental não é a simples ausência de doença, mas sim um estado de bem-estar em que cada pessoa realiza o seu próprio potencial, consegue lidar com os desafios normais da vida, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para a sua comunidade”.

(Organização Mundial de Saúde, 2014)

Agradecimentos

Este trabalho representa o culminar de mais uma etapa da minha vida percorrida com o apoio dos que me rodeiam. Sinto que não poderia haver motivo mais nobre que este: a realização de um sonho e a abertura para novos caminhos da vida. Por tal, quero agradecer a todas as pessoas que à sua maneira contribuíram para a sua realização.

Agradeço ao Professor Doutor João Duarte, um orientador brilhante, simultaneamente flexível e exigente; uma Pessoa muito humana e sensível. Agradeço-lhe pela sua incansável disponibilidade neste processo e por me ter ajudado a “desbravar” caminho.

Ao meu filho, minha força de viver, pelo seu sorriso, carinhos e alegria, o que me dava alento para continuar a caminhar.

À minha irmã e cunhado, sempre amigos e disponíveis.

Aos meus pais, presença granítica na minha vida que, apesar de todas as vicissitudes no meu caminho, nunca deixaram de acreditar que eu seria capaz de concretizar o meu sonho e sonharam comigo... e quando sonhamos “o mundo pula e avança”.

Obrigada.

Resumo

Enquadramento: A procura permanente de mais equidade social condições de saúde e qualidade de vida implica uma maior aposta na dotação da população de literacia em saúde mental.

Objetivos: Determinar o nível de literacia em saúde mental nos profissionais da educação, saúde e segurança; identificar que variáveis sociodemográficas e socioprofissionais que interferem na literacia em saúde mental; averiguar a relação existente entre as crenças sobre a doença mental e a literacia em saúde mental nos referidos profissionais.

Métodos: Estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional. Os dados foram colhidos junto de 136 agentes educativos, sendo 62,5% professores, 32,4% enfermeiros e 5,1% agentes policiais, maioritariamente do género feminino (70,6%), com uma idade média de 48,34 anos ($\pm 7,49$ anos). Como instrumento de recolha de dados utilizou-se um questionário de caracterização sociodemográfica e socioprofissional, o Inventário de Crenças sobre a Doença Mental (Loureiro, Dias e Ferreira, 2009) e o Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq) (Campos, Palha, Dias, Veiga & Duarte, 2012).

Resultados: Os agentes educativos apresentam níveis mais elevados de crenças em relação ao reconhecimento da doença ($M=4,69\pm 0,64$) e em relação à doença mental como condição médica ($M=4,48\pm 0,73$), com menor índice médio na causa de estigma e discriminação ($M=2,21\pm 0,68$). Índice médio de 4,21 ($\pm 0,40$) para os conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, 4,16 ($\pm 0,48$) para a procura de ajuda e comportamentos e 4,29 ($\pm 0,47$) para as estratégias de auto-ajuda. As mulheres apresentam maiores níveis de literacia em saúde mental em todos os fatores. Os agentes educativos com idade ≥ 55 anos expressam mais literacia em saúde mental, com exceção nas estratégias de auto-ajuda, onde pontuaram mais os agentes educativos com ≤ 44 anos de idade. Os participantes residentes em meio rural expressam mais literacia em saúde mental em todos os fatores. Os professores manifestam mais literacia em saúde mental no que se refere à procura de ajuda e comportamentos, sendo os enfermeiros os que manifestam mais literacia em saúde mental em relação aos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, estratégias de auto-ajuda e no factor global. As variáveis preditoras de saúde mental foram o género, zona de residência, crenças no reconhecimento da doença e o grupo profissional. Os homens e os participantes residentes em meio urbano revelam mais literacia sobre os problemas de saúde mental e que quanto mais crenças têm os agentes educativos no reconhecimento da doença, maior é o nível de literacia ao nível dos conhecimentos e estereótipos sobre os problemas de saúde mental. Quanto mais crenças ao nível do reconhecimento da doença maior é a literacia em termos de procura de ajuda e comportamentos, bem como acerca das estratégias de auto-ajuda, revelando mais literacia em saúde mental global.

Conclusões: Após a realização deste estudo chegou-se à conclusão que é necessário desenvolver ações de formação e/ou programas de educação para a saúde para que se possa dotar as comunidade de mais literacia em saúde mental, onde o enfermeiro tem um papel de destaque, como agente promotor de literacia em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde mental; Conhecimentos em Saúde; Determinantes; Educação.

Abstract

Background: The ongoing search for more social equity, health conditions and quality of life implies a greater focus on the population's literacy in mental health.

Objectives: To determine the level of mental health literacy in education, health and safety professionals; identify socio-demographic and socio-professional variables that interferes in mental health literacy; to investigate the relationship between beliefs about mental illness and mental health literacy in these professionals.

Methods: Quantitative, cross-sectional and descriptive-correlational study. Data were collected from 136 educational agents, 62.5% were teachers, 32.4% were nurses and 5.1% were police officers, mostly female (70.6%), with a mean age of 48.34 years (± 7.49 years). As a data collection instrument, a sociodemographic and socioprofessional characterization questionnaire was used, the Belief Inventory on Mental Illness (Loureiro, Dias & Ferreira, 2009) and the Mental Health Literacy Questionnaire (LSMq) (Campos, Palha, Dias, Veiga & Duarte, 2012).

Results: Educational agents presented higher levels of beliefs regarding the recognition of the disease ($M = 4.69 \pm 0.64$) and mental illness as a medical condition ($M=4.48\pm 0.73$), with lower mean index in the cause of stigma and discrimination ($M=2.21\pm 0.68$). Mean index of 4.21 (± 0.40) for knowledge and stereotypes on mental health problems, 4.16 (± 0.48) for the search for help and behaviors and 4.29 (± 0.47) for the strategies self-help. Women have higher levels of mental health literacy in all factors. Educational agents aged ≥ 55 years express more literacy in mental health, with the exception of self-help strategies, where they scored more educational agents ≤ 44 years old. Participants living in rural areas express more mental health literacy on all factors. Teachers manifest more mental health literacy in regard to seeking help and behavior, with nurses manifesting more mental health literacy in relation to knowledge and stereotypes about mental health problems, self-help strategies, and the global factor. The predictors of mental health were the gender, area of residence, beliefs in the recognition of the disease and the professional group. Urban men and participants show more literacy about mental health problems and that the more beliefs that educators have in recognizing the disease, the higher the level of knowledge literacy and stereotypes about mental health problems. The more beliefs at the level of disease recognition are literacy in terms of seeking help and behaviors as well as self-help strategies, revealing more literacy in global mental health.

Conclusions: After completing this study, it was concluded that it is necessary to develop training actions and/or health education programs so that the community can be provided with more mental health literacy, where nurses play a prominent role, such as agent promoting mental health literacy.

Keywords: Mental health; Health Knowledge; Determinants; Education.

Sumário

	Pág.
Lista de Tabelas	XIII
Lista de Figuras	XV
Introdução	17
I Parte – Fundamentação Teórica	21
1. Literacia em saúde	23
2. Saúde Mental	27
3. Literacia em Saúde Mental	31
4. Crenças sobre a doença mental	35
II Parte – Estudo Empírico	37
1. Metodologia	39
1.1. Métodos	39
1.2. Participantes	41
1.3. Instrumento de recolha de dados	44
1.4. Procedimentos	56
1.5. Análise dos dados	56
2. Apresentação dos resultados	59
3. Discussão	81
3.1. Discussão metodológica	81
3.2. Discussão dos resultados	82
3.2.1. Grau de literacia em saúde mental nos profissionais da educação, saúde e segurança	83
3.2.2. Relação entre as variáveis sociodemográficas e a literacia em saúde mental nos profissionais da educação, saúde e segurança	84
3.2.3. Relação entre as variáveis socioprofissionais, as crenças sobre a doença mental e a literacia em saúde mental	86
Conclusão	89
Referências bibliográficas	93
Anexos	101
Anexo 1 – Instrumento de recolha de dados	
Anexo 2 – Autorizações dos autores das escalas	

Lista de Tabelas

Pág.

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos agentes educativos segundo o sexo.....	42
Tabela 2 – Caracterização socioprofissional em função do sexo	43
Tabela 3 – Consistência interna dos itens do Inventário de Crenças sobre a Doença Mental.....	47
Tabela 4 – Consistência interna por fatores do Inventário de Crenças sobre a Doença Mental.....	50
Tabela 5 - Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores do Inventário de Crenças sobre a Doença Mental.....	51
Tabela 6 – Consistência interna dos itens do Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq)	53
Tabela 7 – Consistência interna por fatores do Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq).....	55
Tabela 8 - Matriz de Correlação de Pearson entre as subescalas e o Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq).....	56
Tabela 9 – Caracterização profissional em função do sexo	60
Tabela 10 - Estatísticas relativas ao tempo de serviço segundo o sexo.....	60
Tabela 11 – Estatísticas relativas às crenças sobre a doença mental.....	61
Tabela 12 – Teste U de Mann-Whitney entre as crenças sobre a doença mental e o sexo.....	62
Tabela 13 - Análise de variância entre as crenças sobre a doença mental e a idade	62
Tabela 14 – Teste de Kruskal-Wallis entre as crenças sobre a doença mental e o grupo profissional	63
Tabela 15 – Estatísticas relativas à literacia em saúde mental	64
Tabela 16 – Literacia em saúde mental em função das variáveis sociodemográficas e profissionais.....	66
Tabela 17 – Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e o sexo	68
Tabela 18 - Análise de variância entre a literacia em saúde mental e a idade	69
Tabela 19 – Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e a zona de residência	69
Tabela 20 – Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e o estado civil.....	69

Tabela 21 – Teste de Kruskal-Wallis entre a literacia em saúde mental e o grupo profissional	70
Tabela 22 – Teste de Kruskal-Wallis entre a literacia em saúde mental e as habilitações literárias	70
Tabela 23 – Teste de Kruskal-Wallis entre a literacia em saúde mental e o tempo de serviço	70
Tabela 24 – Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e o vínculo à instituição	71
Tabela 25- Correlações de Pearson entre a idade, o género, a zona de residência, tempo de serviço e crenças sobre a doença mental com o Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental.....	73
Tabela 27 - Análise de regressão múltipla entre a idade, o género, a zona de residência, tempo de serviço e crenças sobre a doença mental com o Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental.....	75
Tabela 28 - Correlações de Pearson entre a idade, o género, a zona de residência, tempo de serviço e crenças sobre a doença mental com o Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	76
Tabela 29 - Análise de regressão múltipla entre a idade, o género, a zona de residência, tempo de serviço e crenças sobre a doença mental com o Fator 2 – Procura de ajuda e comportamentos	77
Tabela 30 - Correlações de Pearson entre a idade, o género, a zona de residência, tempo de serviço e crenças sobre a doença mental com o Fator 3 – Estratégias de auto-ajuda	78
Tabela 31 - Análise de regressão múltipla entre a idade, o género, a zona de residência, tempo de serviço e crenças sobre a doença mental com o Fator 3 – Estratégias de auto-ajuda.....	78
Tabela 28 - Correlações de Pearson entre a idade, o género, a zona de residência, tempo de serviço e crenças sobre a doença mental com a literacia em saúde mental global	73
Tabela 32 - Análise de regressão múltipla entre a idade, o género, a zona de residência, tempo de serviço e crenças sobre a doença mental com a literacia em saúde mental global.....	79

Lista de Figuras

Pág.

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica	41
--	----

Introdução

A literacia em saúde consiste numa preocupação para todos os profissionais envolvidos na promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e diagnóstico precoce, assistência e manutenção da saúde e formulação de políticas. Sendo um dos direitos dos cidadãos, constitui-se como um relevante determinante da saúde e da qualidade de vida, refletindo as desigualdades sociais. Esta abarca fatores psicológicos, como a motivação e a percepção de auto-eficácia; fatores sociais e ambientais que intervêm nas opções e nos comportamentos relacionados com a saúde, sendo que é o resultado de ações de promoção da saúde que compreendem as políticas de redução das desigualdades e de produção de ambientes promotores de escolhas saudáveis, de educação para a saúde, de mobilização social e de estratégias de *empowerment* (capacitação) (Loureiro, 2015).

A capacidade de cada pessoa é um contribuinte substancial para a literacia em saúde. O termo “capacidade” refere-se quer ao potencial inato do indivíduo, quer às suas habilidades. A literacia em saúde é mensurada pela educação e a sua adequação é afetada pelos fatores socioculturais, pelo nível de escolaridade e pelas características dos ambientes relacionados com a saúde. O contexto de saúde assume igual importância para que as pessoas possam ter literacia em saúde, já que o seu impacto surge da interação entre a pessoa o contexto. Deste modo, a literacia em saúde é um constructo compartilhado de fatores culturais, sociais e individuais, ou seja, esta depende da estrutura cultural e social, nos sistemas de saúde e de educação, fatores estes que interagem entre si (Espanha, Ávila & Mendes, 2016).

A saúde mental é um conceito que abrange várias perturbações que afetam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual. Caracteriza-se por reações emocionais inapropriadas dentro de vários padrões e graus de gravidade, por distorções da compreensão e da comunicação e não por deficiência, bem como por um comportamento social erradamente dirigido e não por incapacidade de adaptação. Os sistemas de classificação formais adotados pelas organizações internacionais fazem normalmente uma distinção entre estados psicóticos (esquizofrenia e doenças maníaco-depressivas), as perturbações de origem orgânica (demências e perturbações degenerativas do cérebro), as perturbações psiconeuróticas (estados de ansiedade e perturbações obsessivas) e perturbações de comportamento e personalidade (Sequeira, Carvalho, Sampaio, Sá, Lluch-Canut & Roldán-Merino, 2014). Por outro lado, a saúde mental é considerada um estado de bem-estar em que cada indivíduo percebe o seu próprio potencial e consegue lidar com os fatores stressantes normais da vida (Guo, Tomson, Keller &

Söderqvist, 2018). A presença das doenças mentais e a ausência de saúde mental constituem um problema muito prevalente e responsável por inúmeras consequências no indivíduo, família e comunidade (Almeida & Xavier, 2013). Assim, as doenças mentais tornam-se um problema de saúde pública e a promoção da saúde mental uma área fulcral de intervenção ao longo do ciclo vital. A promoção da saúde mental é um desafio para os profissionais de saúde, designadamente para os enfermeiros da comunidade (Guo et al., 2018).

A literacia em saúde mental refere-se ao conhecimento e às crenças sobre transtornos mentais que auxiliam no seu reconhecimento, gestão e prevenção. É um constructo que teve como mentores, em 1997, os pesquisadores australianos Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers e Pollitt, tendo-se a sua definição tornado num padrão-ouro na pesquisa e na prática da literacia em saúde mental contemporânea (O'Connor, Casey, & Clough, 2014).

Segundo Jorm et al. (1997), a literacia em saúde mental inclui sete componentes principais: (1) a capacidade de reconhecer distúrbios específicos; (2) conhecimento de como procurar informações sobre a saúde mental; (3) conhecimento dos fatores de risco da doença mental; (4) conhecimento das causas da doença mental; (5) conhecimento de auto-tratamentos; (6) conhecimento da ajuda profissional disponível e (7) atitudes que promovam o reconhecimento e a procura adequada de ajuda. Com base nesta definição, agruparam-se os sete componentes-chave da literacia em saúde mental em reconhecimento, conhecimento dos fatores relacionados com a saúde mental e as atitudes e crenças sobre as doenças mentais. Dos vários aspetos da literacia em saúde mental, o reconhecimento das doenças mentais é o atributo comum mais avaliado, pois é o primeiro passo para a literacia em saúde mental e constitui um pré-requisito para a avaliação de outros atributos (Wong, Lam, Poonet al., 2012).

Este trabalho insere-se no Projeto MAISaúde Mental – Monitorização e Avaliação dos Indicadores de Saúde Mental das Crianças e Adolescentes: da Investigação à Prática, tendo como proponente o Instituto Politécnico de Viseu-Escola Superior de Saúde, em articulação com o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE; Agrupamento de Escolas Infante D. Henrique; Município de Viseu e Instituto Politécnico da Guarda. Este projeto assume-se como um meio que pretende gerar novos conhecimentos fundamentados num paradigma de intervenção, onde a educação e a saúde se entrecruzam e potencializam. Pretende sensibilizar e capacitar professores/educadores, assistentes operacionais, profissionais de saúde, agentes de autoridade/segurança para a monitorização e promoção da saúde mental e qualidade de vida, em crianças e adolescentes.

Mediante o exposto, formularam-se as seguintes questões de investigação:

- Qual o nível de literacia em saúde mental dos profissionais da educação, saúde e segurança?
- Que variáveis sociodemográficas interferem na literacia em saúde mental nos profissionais da educação, saúde e segurança?
- Que variáveis socioprofissionais interferem na literacia em saúde mental nos profissionais da educação, saúde e segurança?
- Existe relação entre as crenças sobre a doença mental e a literacia em saúde mental?

Neste contexto, para este estudo definiram-se como objetivos:

Determinar o nível de literacia em saúde mental nos profissionais da educação, saúde e segurança;

- Identificar que variáveis sociodemográficas e socioprofissionais interferem na literacia em saúde mental nos profissionais da educação, saúde e segurança;
- Averiguar se existe relação entre as crenças sobre a doença mental e a literacia em saúde mental.

Estruturalmente, este trabalho consta de duas partes: a primeira reservada à fundamentação teórica dá corpo ao estado da arte das variáveis em estudo e a segunda à investigação empírica. Na primeira parte define-se literacia em saúde, com referência à literacia em saúde mental. A segunda parte, reservada ao estudo empírico, apresenta-se, em primeiro lugar, a estratégia metodológica adotada, seguindo-se a apresentação e a discussão dos resultados obtidos. Por fim, ocorrem as principais conclusões, tendo em conta os dados obtidos, a partir dos quais se tecem algumas sugestões.

1. Literacia em saúde

Atualmente reconhece-se que o conceito de literacia é vasto e complexo. A literacia abrange vários domínios do saber e áreas de atuação profissional que, tendo por base distintas preocupações, compromissos e modelos de intervenção nas suas práticas profissionais, lhe configuram diferentes formas de aplicação (Loureiro, Mendes, Barroso, Santos, Oliveira & Ferreira, 2012).

No parecer de Almeida, Silva, Gaspar, e Fonseca (2014), a literacia em saúde refere-se à consciencialização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimentos favoráveis à promoção de saúde. Implica que exista um bom nível de conhecimento, capacidades pessoais e confiança por forma a impulsionar a saúde pessoal e da comunidade através da alteração de estilos e condições de vida.

Para Loureiro (2015), a literacia em saúde consiste num dos direitos dos cidadãos, constituindo-se um importante determinante da saúde e da qualidade de vida, refletindo as desigualdades sociais. Esta abarca fatores psicológicos, como a motivação e a perceção de autoeficácia; fatores sociais e ambientais que intervêm nas opções e nos comportamentos relacionados com a saúde, sendo que é o resultado de ações de promoção da saúde que compreendem as políticas de redução das desigualdades e de produção de ambientes promotores de escolhas saudáveis, de educação para a saúde, de mobilização social e de estratégias de *empowerment* (capacitação) (Loureiro, 2015).

O termo literacia estava relacionado com a capacidade para ler, escrever, usar a linguagem e comunicar. Mais recentemente, o conceito de literacia alargou-se, como estabelece a definição da UNESCO (2009, p. 13):

“Literacia é a capacidade para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com os diversos contextos. A literacia envolve um processo contínuo de aprendizagem que capacita o indivíduo a alcançar os seus objectivos, a desenvolver os seus potenciais e o seu conhecimento, de modo a poder participar de forma completa na sociedade.”

Esta abrangência decorre da forma como a literacia passou a ser enquadrada numa perspetiva mais vasta de desenvolvimento humano.

A literacia pode ainda descrever-se como a capacidade de usar aptidões como ler, escrever, fazer cálculos, de modo a possibilitar dar respostas aos desafios apresentados no dia-a-dia, ao longo da vida. Assim, este conceito distingue-se da alfabetização, porque a literacia é mais do que um ato de ensinar e aprender, é um processo mais dinâmico

permitindo ao indivíduo o uso de determinadas competências de modo a atingir determinados objetivos (Cruz, 2013).

Ao longo dos anos, vários estudos têm demonstrado uma ligação forte entre literacia, nível de educação e nível de saúde. A saúde e a aprendizagem estão intimamente relacionadas e a interação entre elas é evidente em todas as idades, desde a infância à velhice. Investigadores nos campos da saúde e da educação consideram a literacia em saúde como um caminho que liga a educação a resultados na saúde (*Canadian Council on Learning*, 2015).

, a literacia em saúde tem assumido nas últimas décadas um papel de destaque. Na atualidade, a literacia em saúde apresenta-se como um conceito chave na promoção da saúde e na prevenção e gestão das doenças, designadamente na área das doenças mentais (Figueiral, 2016).

Literacia em saúde não é só a capacidade geral para ler. Nos tempos atuais, as pessoas enfrentam muitas vezes informações de saúde complexas, assim como decisões terapêuticas (Sorensen, Van den Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, Slonska, & Helmut, 2012). Refere-se à consciencialização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimentos favoráveis à promoção de saúde. Implica que exista um bom nível de conhecimento, capacidades pessoais e confiança por forma a impulsionar a saúde pessoal e da comunidade por meio da transformação dos estilos e condições de vida (Carneiro, Silva & Jóluskin, 2017).

A literacia em saúde pode ser definida como as crenças e conhecimentos acerca dos problemas relacionados com a saúde que possibilitam o seu reconhecimento, gestão (no sentido do autocuidado) e prevenção. Trata-se de um conceito fundamental que se tem vindo a destacar nas mais diversas áreas de saber e intervenção profissional, como é exemplo a enfermagem (Loureiro & Abrantes, 2014; Jorm, 2014; Loureiro, 2015).

Neste ponto de vista, a literacia em saúde impõe uma intervenção holística, como também o recurso a uma linguagem perceptível que torne acessíveis as informações a todas as pessoas, revertendo-se numa melhor capacidade para a pessoa poder lidar com a sua doença, e para que consiga aceder aos serviços de saúde adequadamente e para melhor perceber e orientar as situações da vida (Loureiro, Jorm, Mendes, Santos, Ferreira & Pedreiro, 2013).

A literacia relaciona-se com o grau de escolaridade e envolve o conhecimento, a motivação, as competências das pessoas em aceder, compreender e avaliar as informações da área da saúde que lhe permitam tomar decisões sobre a saúde, a sua promoção e a

prevenção de doenças, a fim de manter ou melhorar o padrão de qualidade de vida ao longo do decurso da mesma (Sorensen et al., 2012).

Por outro lado, a literacia em saúde influencia diretamente o acesso à informação essencial sobre os direitos de cada pessoa aos cuidados de saúde, quer envolva o seguimento de instruções de tratamento, terapêutica, compreensão da informação relacionada com a doença ou a apreensão da prevenção da doença ou promoção da saúde (Luís, 2010). Os níveis de literacia em saúde podem afetar diretamente o acesso a cuidados de saúde. A baixa literacia, que muitas vezes é acompanhada por sentimentos de embaraço ou vergonha, pode diminuir a capacidade dos doentes de demonstrarem os seus receios (Loureiro, 2015).

De acordo com Carneiro, Silva e Jóluskin (2017, p. 134) o projeto *Saúde que Conta* desenvolveu em Portugal, em 2012, o primeiro estudo acerca da literacia em saúde, com o objetivo de avaliar de que forma a literacia em saúde influencia três domínios fundamentais da gestão nesta temática: “a) resultados em saúde; b) a utilização dos serviços de saúde e c) a otimização dos gastos em saúde”. Deste modo, ainda em conformidade com as mesmas autoras, emergiram as primeiras conclusões sobre os níveis de literacia em saúde e a sua relação com e nos estados de saúde dos portugueses. Aludem que a maioria dos portugueses inquiridos tem um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado o que influencia negativamente os resultados em saúde, a utilização dos serviços e os gastos em saúde, que são excessivos. Os investigadores envolvidos no referido projeto referem que tudo isto se manifesta por meio de:

“maior predisposição para adoção de comportamentos de risco e prejudiciais para a saúde, o que conduz inevitavelmente a piores condições de saúde, maior taxa de morbilidade face a certas doenças crónicas, menor utilização de cuidados preventivos e paralelamente, maior taxas de hospitalizações e maior recurso a urgências médicas” (Saúde que Conta, 2012, cit. por Carneiro, Silva & Jóluskin, 2017, p. 134).

A literacia em saúde tem sido apontada como o ponto fulcral para a melhoria dos indícios de saúde. Nesse sentido, trata-se de um conceito basilar que possibilita aos enfermeiros apoiar o desenvolvimento de literacia em saúde e articular pontos-chave de forma a melhorar a situação (Direção Geral de Saúde, 2012; Organização Mundial de Saúde, 2012).

2. Saúde Mental

A saúde mental inclui o bem-estar emocional, psicológico e social. Afeta a forma como a pessoa pensa, se sente e age. Ajuda igualmente a determinar como cada pessoa lida com o stresse, como se relaciona com os outros e as escolhas que faz. A saúde mental é importante em todas as fases da vida, desde a infância até à idade adulta.

São vários os fatores que contribuem para problemas de saúde mental, incluindo: fatores biológicos, experiências de vida, história familiar de problemas de saúde mental (Guo et al., 2018).

A saúde é “um processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006, p. 95).

Uma vez que não há saúde sem saúde mental, esta última pode ser definida como um bem-estar geral, no qual cada indivíduo atinge o seu próprio potencial, lida com as adversidades da vida e está apto para contribuir para o desenvolvimento da sua comunidade (Organização Mundial de Saúde, 2014).

Assim, a saúde mental deve ser encarada como algo mais do que a ausência de doença mental, isto é, como um elemento positivo, um recurso com valor intrínseco, um bem importante para a saúde física e para a qualidade de vida, um fundamento universal de bem-estar individual, e uma condição essencial ao funcionamento adequado da pessoa e da comunidade, independentemente de fatores geográficos ou culturais (Quartilho, 2010). Nesta perspectiva, considera-se que a saúde mental está associada à capacidade de adaptação a novas circunstâncias da vida, à superação de crises e resolução de conflitos emocionais, à capacidade de reconhecer limites, à presença de sentido crítico e de realidade, bem como ao estabelecimento de relações satisfatórias com outros indivíduos da comunidade (Direção-Geral da Saúde, 2016).

A promoção da saúde e, conseqüentemente, a promoção da saúde mental está presente desde o início da vida e irá refletir-se no crescimento do ser humano através da adaptação, da satisfação e da capacidade em ultrapassar adversidades. Ao longo da vida podem existir desequilíbrios e nestes casos, a intervenção precoce pode prevenir complicações e facilitar a recuperação e reinserção social (Direção-Geral da Saúde, 2016).

A saúde mental é considerada uma área prioritária em Portugal, reforçada pelo Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e extensão 2020 (Direção-Geral da Saúde, 2015) e pelo

Programa de Saúde Mental apresentado em 2014, uma vez que as evidências mostram que a doença mental acarreta custos diretos e indiretos relacionados com as perturbações psiquiátricas, resultantes das despesas com os cuidados e redução da produtividade, como, por exemplo, o desemprego, o absentismo, as baixas por doença, o apoio à familiar doente (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2007).

Por outro lado, detêm um elevado impacto económico nos orçamentos públicos, podendo atingir cerca de 20% de todos os custos da saúde. Esta situação, por si só, realça a importância que as políticas de saúde mental assumem no contexto das políticas gerais de saúde nacionais (Direcção-Geral da Saúde, 2012). Neste âmbito, importa referenciar a Lei de Saúde Mental (Lei nº 36/98, de 24 julho), que no Capítulo I no Artigo 2.º refere que:

“A proteção da saúde mental efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive” (1998, p. 354).

De acordo com o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 1º Relatório (2013) a prevalência de perturbações psiquiátricas, em Portugal, mostra que mais de um quinto das pessoas entrevistadas (22,9%) manifestava uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores ao estudo, sugerindo que Portugal tem, simultaneamente com a Irlanda do Norte, a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas no espaço europeu (Almeida & Xavier, 2013).

Estas prevalências ao nível da população portuguesa encontram-se entre as mais elevadas da Europa, em todos os grupos de perturbações, destacando-se dos outros países europeus no que se refere ao grupo das perturbações de ansiedade, com uma percentagem de 16,5%, seguido do grupo das perturbações do humor (7,9%) (Almeida & Xavier, 2013). Com valores inferiores encontram-se as perturbações de controlo de impulsos e perturbações pelo abuso de substâncias, respetivamente com 3,5% e 1,6%. Por outro lado, as fobias específicas (8,6%), a perturbação depressiva *major* (6,8%), a perturbação obsessivo-compulsiva (4,4%), a fobia social (3,1%) e a perturbação pós-stresse traumático (2,3%) são as perturbações psiquiátricas mais frequentes na população portuguesa avaliada (Almeida & Xavier, 2013).

Quanto ao grau de gravidade, as perturbações psiquiátricas, no seu conjunto, distribuem-se maioritariamente pelos grupos de gravidade ligeira e moderada (31,9% e 50,6% respetivamente), correspondendo os casos graves a 17,5% do total de casos. Em termos de percentagem da população geral adulta, 4% da população manifesta uma perturbação psiquiátrica grave, 11,6% uma perturbação de gravidade moderada e 7,3% uma perturbação de gravidade ligeira. As perturbações depressivas, com respetivamente 11,7%,

59% e 29,3% de gravidade ligeira, moderada e grave, exibem um padrão de maior gravidade que os outros grupos (Almeida & Xavier, 2013, p.26).

Quanto à prevalência estimada ao longo da vida, 42,7% da amostra revelou pelo menos uma perturbação psiquiátrica durante a vida, registando-se uma maior prevalência de perturbações psiquiátricas nas mulheres, no grupo mais jovem (18-34 anos) e em pessoas separadas e viúvas. O mesmo estudo ainda referiu que as mulheres manifestaram valores superiores de perturbações depressivas e perturbações de ansiedade e os homens mais perturbações de controlo de impulsos e de perturbações por abuso de substâncias (Almeida & Xavier, 2013).

Não obstante o importante contributo deste primeiro Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental para uma melhor compreensão da prevalência das perturbações psiquiátricas em Portugal, de acordo com Almeida e Xavier (2013), este não incluiu dados concernentes à esquizofrenia e a outras perturbações psicóticas, excluindo, entre outros, residentes em lares, hospitais e instituições psiquiátricas, o que se constituiu, na perspetiva dos autores, uma limitação resultando no facto de que somente uma parte da realidade portuguesa relativa às doenças mentais possa ter sido avaliada.

O registo de pessoas com perturbações mentais, mormente, utentes dos Cuidados de Saúde Primários, de acordo com a Direção-Geral da Saúde (2017, p.5) tem vindo a aumentar desde 2011, particularmente no que se refere às perturbações de ansiedade, às perturbações depressivas e às demências. Há uma tendência para se aproximarem da meta para 2020, uma vez que está a aumentar em 25% o registo de pessoas com ansiedade e depressão (variação 2014-2016: perturbação de ansiedade 21%, perturbação depressiva 17%). Por sua vez, ainda em conformidade com o mesmo organismo, a análise da prevalência a nível hospitalar mostra que, para todos os grupos nosológicos, há registo de uma ligeira diminuição do número de internamentos, que se pode dever a uma redução da acessibilidade aos serviços especializados, sem que se possa, todavia, excetuar as dimensões associadas ao trabalho comunitário desenvolvido pelos serviços locais (Direção-Geral da Saúde, 2017, p.5).

A implementação de planos eficazes para a promoção da saúde mental possibilita melhorar a qualidade de vida e reduzir o risco de desenvolvimento de problemas de saúde mental, contribuindo igualmente para o aumento do capital social e desenvolvimento económico nas sociedades (Organização Mundial de Saúde, 2005).

3. Literacia em Saúde Mental

O conceito de literacia em saúde mental, percecionado como um conjunto de crenças e conhecimentos que permitem às pessoas reconhecer, gerir, no sentido de autocuidado, e prevenir os problemas e perturbações mentais, possibilitou desenvolver diversas tipologias de intervenção (Loureiro, Sousa & Gomes, 2014). Trata-se de um conceito definido por Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers e Pollitt (1997, p. 182), na Austrália, equivalente aos “conhecimentos e crenças sobre as perturbações mentais que auxiliam o seu reconhecimento, gestão e prevenção”. De acordo com Luís (2014, p. 2), enquanto a investigação ao nível da literacia em saúde se tem desenvolvido cada vez mais, a investigação sobre literacia em saúde mental tem ainda um longo caminho a percorrer.

Uma grande parte das pessoas possui mais informações na área dos problemas de saúde graves, nomeadamente, cancro, doenças cardíacas, entre outras doenças crónicas, do que propriamente sobre perturbações mentais, o que não lhes permite reconhecer os vários tipos de problemas de saúde mental e fatores ou comportamentos associados a estes distúrbios. Por conseguinte, importa referir que a baixa literacia em saúde mental se assume como um fator de risco, na medida em que se associa aos problemas de comunicação entre profissionais de saúde; à dúvida sobre como auxiliar os outros; ao aumento do estigma em relação à pessoa/grupos com perturbação mental e à baixa procura de ajuda (Jorm, 2000).

Tendo em conta estas componentes, Loureiro, Pedreiro, Correia e Mendes (2012) referem que se tornam mais claras as consequências que podem resultar dos baixos índices de literacia em saúde mental, apontando para uma redução do reconhecimento precoce dos sintomas, quer por parte da própria pessoa, quer nos outros, resultando num adiamento da procura de ajuda, fazendo com que os sintomas se agravem progressivamente. Os mesmos autores, acrescentam que a procura de ajuda pode igualmente ser influenciada pela falta de conhecimento acerca da disponibilidade dos serviços de saúde mental, bem como dos profissionais que podem prestar apoio e, principalmente as opções de tratamento disponíveis, bem como do estigma que existe sobre as questões da saúde mental/psicológica e doenças mentais.

Neste âmbito, um estudo realizado em 2012 com uma amostra de 860 jovens com uma média de idade de 18 anos e com o objectivo de avaliar a literacia em saúde mental nos jovens portugueses, recorrendo ao *Survey of Mental Health Literacy in Young People – Interview Version* (Jorm et al., 1997; versão validada para a população portuguesa por Loureiro, Pedreiro e Correia, 2012); revelou que os jovens que manifestam dificuldades no reconhecimento de perturbações mentais, particularmente, a depressão, apresentam

igualmente dificuldades no conhecimento das várias opções de ajuda e tratamento disponíveis (Loureiro et al., 2012). A demora na procura de auxílio dificulta a recuperação, fazendo também aumentar a possibilidade de mortalidade (Luís, 2014). Todavia, quando existe uma intervenção precoce, há uma probabilidade de obtenção de resultados positivos para a pessoa, família e comunidade. Por conseguinte, ao intervir-se ao nível dos conhecimentos e no que se refere às questões de saúde mental, estar-se-á a prevenir o desenvolvimento de estereótipos (Jorm, 2012; Skre, Friborg, Breivik, Johnsen, Arnesen, Arfwedson & Wang, 2013).

No estudo psicométrico do questionário “Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental”, validado para a população portuguesa por Loureiro em 2015 a literacia em saúde mental é definida “como as crenças e conhecimentos acerca dos problemas e perturbações mentais que permitem o seu reconhecimento, gestão (no sentido do autocuidado) e prevenção” (Loureiro, 2015, p. 80). O mesmo autor salienta que o conceito de literacia em saúde mental abarca os conhecimentos referentes aos fatores de risco das perturbações mentais, à capacidade do seu reconhecimento, as intervenções de gestão em momentos de crise e saúde mental, bem como as atitudes que impulsionam a procura de ajuda.

O baixo nível de literacia em saúde mental assume-se como um fator importante para a ausência de comportamentos de procura de ajuda (Rosa, Loureiro & Sousa, 2014). Referem também que os estudos (Chen, Parker, Kua, Jorm, & Loh, 2000) revelaram que os níveis de literacia em saúde mental são baixos independentemente da população considerada, uma vez que as pessoas têm dificuldade em identificar de forma correta “as perturbações mentais; têm baixa compreensão dos fatores causais; crenças erradas sobre a efetividade do tratamento; são relutantes em procurar ajuda profissional e não sabem como ajudar os outros (Jorm, Right, & Morgan, 2007, cit. por Rosa, Loureiro & Sousa, 2014, p. 80). Por conseguinte, a promoção da literacia em saúde mental constituiu-se como um elemento chave que possibilita o reconhecimento e uma intervenção precoces nas perturbações mentais (Scott & Chur-Hansen, 2008, cit. por Rosa, Loureiro & Sousa, 2014, p. 80).

A literacia em saúde mental não se limita à pessoa, mas expande-se à comunidade; nem somente ao conhecimento, mas às atitudes e aos comportamentos face a questões de saúde mental. Deste modo, a promoção da literacia em saúde mental é uma estratégia indispensável de promoção da saúde mental, ao nível da “prevenção, intervenção precoce e tratamento, contribuindo para a diminuição da carga de incapacidade provocada pelos problemas de saúde mental e para a diminuição de atitudes estigmatizantes face às perturbações mentais. Estes factos reforçam a sua importância e ampliam o âmbito da sua ação” (Vasconcelos, 2016, p. 4).

Em consequência e, como defendem Loureiro et al. (2012), a literacia em saúde mental deve tornar-se um princípio basilar dos programas de saúde, designadamente saúde escolar, dado que perspectiva a adoção de comportamentos mais saudáveis, implica os conhecimentos e conceções sobre perturbações mentais e do comportamento, para a promoção do seu «reconhecimento, prevenção e gestão de modo eficaz», mas principalmente porque implica a obtenção de competências para adquirir essa informação, a sua avaliação e aplicação com sucesso no dia-a-dia (Loureiro et al., 2012).

Em suma, o conceito de literacia em saúde mental diz respeito aos conhecimentos e crenças sobre as perturbações mentais e compreende o seu reconhecimento, gestão e prevenção. A literacia em saúde mental tem influência sobre o reconhecimento precoce das perturbações e os comportamentos de procura de ajuda. O baixo nível de literacia em saúde mental é apontado como uma das razões para a escusa ou adiamento da procura de ajuda (Loureiro et al., 2013). A reduzida literacia em saúde mental é igualmente responsável pela perpetuação do estigma e preconceito, agravamento dos sintomas e adiamento da procura de ajuda profissional (Loureiro et al., 2012).

4. Crenças sobre a doença mental

A literacia em saúde mental refere-se a crenças e conhecimentos das pessoas sobre problemas/transtornos de saúde mental e seu tratamento. É identificada por como o que as pessoas reconhecem e gerem as suas perturbações específicas, bem como avaliam os seus resultados e prognósticos. Os problemas de saúde mental podem afetar uma em cada quatro pessoas durante a sua vida, alterando o funcionamento, o comportamento e os padrões de pensamento (Choudhry, Mani, Ming & Khan, 2016).

As atitudes e as crenças das pessoas sobre as doenças mentais são moldadas pelo conhecimento pessoal acerca das doenças mentais, conhecimento e interação com alguém que vive com uma doença mental e estereótipos culturais (Choudhry et al., 2016). Neste âmbito, de acordo com os mesmos autores, o contexto cultural é importante quando se estudam as crenças sobre a saúde mental. A compreensão da saúde mental e a sua interpretação variam de cultura para cultura. A perceção das pessoas sobre a doença explica o seu comportamento de procura de ajuda ou a falta dela. Existem diferenças culturais em relação à etiologia dos problemas de saúde mental e aos fatores que a conservam.

O acesso aos cuidados de saúde mental adequados está sempre aquém das necessidades implícitas e explícitas. Isso pode ser explicado em parte pelo facto de que a doença mental ainda não é bem compreendida, muitas vezes ignorada e considerada um tabu. Os doentes mentais, seus familiares e os profissionais de saúde que prestam atendimento especializado aos doentes com problemas mentais ainda são objeto de estigmatização acentuada. Essas atitudes estão profundamente enraizadas na sociedade. O conceito de doença mental é frequentemente associado ao medo da ameaça potencial de pessoas com tais doenças. O medo, as atitudes adversas e a falta de literacia sobre as doenças mentais podem resultar num foco diminuto na satisfação das necessidades de saúde de um doente, inclusive, pode resultar em estigmatização (Kishore, Gupta, Jiloha & Bantman, 2011).

A crença de que as doenças mentais são incuráveis ou auto-infligidas também pode ser prejudicial, levando os doentes a não serem encaminhados para os cuidados de saúde adequados. Muitos fatores contribuem para a subutilização dos serviços de saúde. A atitude do doente em relação aos seus transtornos mentais é importante no que diz respeito à procura de cuidados de saúde. Uma atitude adversa em relação à psiquiatria constituiu-se num outro obstáculo na prestação de cuidados de saúde mental adequados (Kishore et al., 2011).

As crenças são geralmente definidas como uma convicção da verdade de uma proposição sem a sua verificação. Portanto, uma crença é uma interpretação mental subjetiva derivada da percepção, contemplação (raciocínio) ou comunicação. A crença está sempre associada a uma negação da realidade. A renúncia à crença é uma tarefa educacional e uma luta psicológica, ambas passíveis de encontrar muita resistência. Os mitos e as crenças também são responsáveis por práticas que podem ser prejudiciais à saúde (Subramaniam, Abdin, Picco, Shahwan et al., 2017). De acordo com os mesmos autores, as crenças relacionam-se com o estigma que, por sua vez, também tem fortes bases culturais com normas socioculturais que determinam a extensão e a expressão de estigma das diferentes populações em relação às doenças mentais.

II Parte – Estudo Empírico

1. Metodologia

A segunda parte deste estudo diz respeito à investigação empírica a qual se inicia com as considerações metodológicas. Neste capítulo, procuramos definir as estratégias delineadas para estudarmos a problemática da literacia em saúde mental positiva nos agentes educativos.

Com base no enquadramento teórico elaborado, definimos os procedimentos metodológicos que procurarão dar resposta às questões que formulámos., Iremos descrever e explicar o tipo de investigação, a amostragem realizada, os instrumentos de recolha de dados utilizados, bem como os procedimentos efetuados e o respetivo tratamento estatístico que nos irão permitir tirar conclusões sobre a problemática em estudo.

1.1. Métodos

Ao longo dos anos tem-se demonstrado uma ligação forte entre literacia, nível de educação e nível de saúde. A saúde e a aprendizagem estão intimamente relacionadas e a interação entre elas é evidente em todas as idades, desde a infância à velhice. Investigadores nos campos da saúde e da educação consideram a literacia em saúde como um caminho que liga a educação a resultados na saúde (*Canadian Council on Learning*, 2015).

Há evidências de estudos sobre o baixo nível de literacia em saúde mental da população em geral, o que não permite às pessoas ter um conhecimento sobre como prevenir as doenças mentais, sobre as opções de tratamentos e procura de ajuda disponíveis, e sobre o conhecimento de estratégias efetivas de autoajuda. No entanto, também há evidências de que uma variedade de intervenções pode melhorar a literacia em saúde mental, incluindo sessões de educação para a saúde na comunidade e intervenções em ambientes escolares. O aumento da literacia em saúde mental é um foco para a política nacional e para a monitorização da população, para que toda a comunidade tenha o poder de agir para melhorar a sua saúde mental (O'Connor, Casey & Clough, 2014).

Nas últimas décadas, a literacia em saúde tem assumido um papel de destaque, revelando-se um conceito-chave na promoção da saúde, na prevenção e gestão das doenças, particularmente na área das doenças mentais (Figueiral, 2016).

Assim, para este estudo, formulámos as seguintes questões de investigação:

- Qual o nível de literacia em saúde mental dos profissionais da educação, saúde e segurança?
- Que variáveis sociodemográficas e socioprofissionais interferem na literacia em saúde mental nos profissionais da educação, saúde e segurança?
- Qual a relação entre as crenças sobre a doença mental e a literacia em saúde mental?

Para dar respostas às questões formuladas definiram-se como objectivos:

- Determinar o nível de literacia em saúde mental nos profissionais da educação, saúde e segurança;
- Identificar as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais que interferem na literacia em saúde mental nos profissionais da educação, saúde e segurança;
- Averiguar se existe relação entre as crenças sobre a doença mental e a literacia em saúde mental.

Delineou-se para esta pesquisa um estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional, com o qual se procura estudar a forma como as variáveis sociodemográficas, socioprofissionais e contextuais à saúde mental (crenças sobre a saúde mental) interferem na literacia em saúde mental dos agentes educativos

Segue os **métodos quantitativos** uma vez que é usada a quantificação, quer na recolha de dados como no tratamento das informações, recorrendo-se para o efeito técnicas estatísticas e dado que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação.

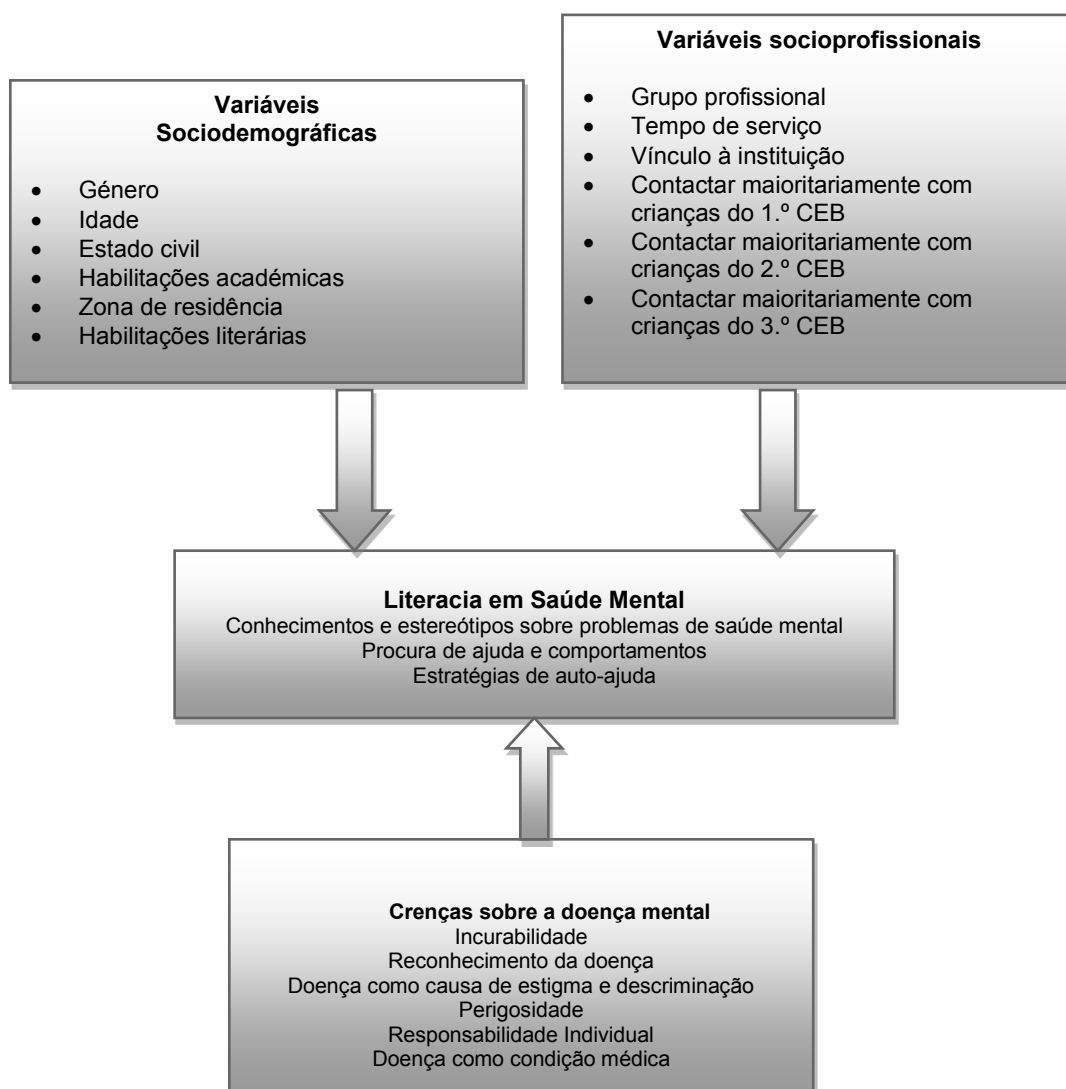
Quanto ao período de seguimento, classificamo-lo de **estudo transversal**, pelo fato de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, isto é capta a realidade num só momento no tempo numa amostra, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos (Coutinho, 2014).

É ainda um **estudo descritivo e correlacional** pois tem o propósito de avaliar a relação que existe entre conceitos categorias ou variáveis (Sampieri, Collado & Lúcio, 2003)

O esquema que se apresenta procura estabelecer pictograficamente as inter-relações das variáveis independentes ou exógenas (socio demográficas socioprofissionais e

crenças sobre a doença mental) com a variável dependente ou endógena (literacia em saúde mental) (cf. Figura 1).

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica



1.2. Participantes

A amostra em estudo é do tipo não probabilístico por conveniência ou acidental. É constituída por 136 agentes educativos (professores 62,5%, enfermeiros 32,4% e polícias 5,1%). Como critérios de inclusão consideraram-se todos os participantes que intervêm como agentes educativos e estão em contacto directo com crianças/adolescentes.

1.2.1. Caracterização socioprofissional

Os resultados obtidos em relação à idade dos agentes educativos revelam, para a globalidade da amostra, uma idade mínima de 31 anos e uma máxima de 62 anos, ao que corresponde uma idade média de 48,34 anos ($\pm 7,49$ anos) com um erro padrão de 0.693. Para o sexo masculino, que representa 29,4% da totalidade da amostra, a idade mínima é 32 anos e a máxima de 62 anos, e para o sexo feminino, com uma representatividade de 70,6%, a mesma oscila entre os 31 e os 61 anos. Os homens, em média ($M=49,85 \pm 7,31$ anos), são ligeiramente mais velhos que as mulheres ($M=47,71 \pm 7,52$ anos). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão baixa face às idades médias encontradas e os valores de assimetria e curtose curvas normais. O intervalo de confiança de 95% para a totalidade da amostra situa-se entre os 47,07 anos e os 49,61 anos (cf. tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos agentes educativos segundo o sexo

Sexo	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	40	32	62	49.85	7.31	14.66	-1.35	0.13
Feminino	96	31	61	47.71	7.52	15.76	-1.71	-0.97
Total	136	31	62	48.34	7.49	15.49	-2.11	-0.85

Ainda em relação à **idade**, efectuamos grupos de corte, para uma melhor visualização dos dados como exposto na tabela 2. Verifica-se que, para a totalidade da amostra, sobressaem os participantes com idade igual ou superior aos 55 anos (46,3%), no sexo masculino, este grupo representa 50,0% e no feminino 44,8%. Seguem-se os participantes mais novos (≤ 44 anos) com uma representatividade de 27,2%, fazendo parte deste grupo 17,57% do sexo masculino e 31,3% do sexo feminino. Os participantes com idade compreendida entre os 45-54 anos representam 26,5% do total da amostra, com 32,5% do sexo masculino e 24,0% do sexo feminino.

Em relação à **zona de residência**, a maioria da amostra (72,8%) reside em meio urbano, fazendo parte deste grupo 80.0% dos participantes do sexo masculino e 69,8% do sexo feminino. Quanto aos residentes em meio rural, os mesmos têm uma representatividade de 27,2% da amostra total, sendo 20.0% do sexo masculino e 30,2% do sexo feminino (cf. tabela 2).

Da análise dos resultados relativos ao **estado civil**, pode afirmar-se que há um claro predomínio de participantes a coabitarem com companheiro(a) (70,6 %), com 87,5% de participantes do sexo masculino e 63,5% do sexo feminino. Dos 29,4% de participantes que

não têm companheiro(a), 12,5% são do sexo masculino e 36,5% do sexo feminino. Registam-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=7,806$; $p=0,005$), cujos residuais indicam que essas diferenças se situam entre as mulheres sem companheiro e os homens com companheira (cf. Tabela 2).

Em relação às **habilitações literárias**, apura-se um predomínio de participantes com a licenciatura (68,4%). Quando analisamos os resultados por sexo, o maior destaque recai nas mulheres (71,9%), apesar de se registar 60,0% de homens também licenciados. Verifica-se que 27,9% da amostra possui o mestrado/doutoramento, com 27,5% de homens e 28,1% de mulheres, estando em menor representatividade os participantes com $\leq 12.^{\circ}$ ano (3,7%), representando 12,5% dos homens (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização socioprofissional em função do sexo

Variáveis	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2				
	(40)	(29.4)	(96)	(70.6)	(136)	(100.0)						
Idade												
≤44 anos	7	17.5	30	31.3	37	27.2	-1.6	1.6	2.906	0.234		
45-54 anos	13	32.5	23	24.0	36	26.5	1.0	-1.0				
≥ 55 anos	20	50.0	43	44.8	63	46.3	.6	-.6				
Zona de residência												
Urbana	32	80.0	67	69.8	99	72.8	1.2	-1.2	1.486	0.223		
Rural	8	20.0	29	30.2	37	27.2	-1.2	1.2				
Estado civil												
Sem companheiro(a)	5	12.5	35	36.5	40	29.4	-2.8	2.8	7.806	0.005		
Com companheiro(a)	35	87.5	61	63.5	96	70.6	2.8	-2.8				
Habilitações literárias												
≤ 12.º ano	5	12.5	0	0.0	5	3.7	3.5	-3.5	n.a	n.a.		
Licenciatura	24	60.0	69	71.9	93	68.4	-1.4	1.4				
Mestrado/doutoramento	11	27.5	27	28.1	38	27.9	-.1	.1				
Total	40	100.0	96	100.0	136	100.0						

Em síntese:

Amostra constituída por 136 agentes educativos, com idades entre os 31 e 62 anos e uma média de idades de 48,34 anos ($\pm 7,49$ anos), maioritariamente do género feminino (70,6%), residentes em zona urbana (72,8%) e com companheiro(a) (70,6%). A maioria, 68,4%, detém o grau de licenciatura e 27,9% os graus de mestre ou de doutoramento.

1.3. Instrumento de recolha de dados

Como método de recolha de dados optou-se por um protocolo constituído por um questionário (cf. anexo I) e escalas, por ser o método que permite obter informação, junto dos agentes educativos com a maior celeridade e com o mínimo de interferência e influência externa. Assim, o mesmo integra um questionário *ad hoc* (elaborado para o efeito), que permite a **caracterização sociodemográfica** apresentando 5 questões, concernentes à idade, género, zona de residência, estado civil e habilitações académicas e a **caracterização socioprofissional** com 4 questões, que se reportam ao grupo profissional, tipo de vínculo à instituição, horário de trabalho, contacto com crianças/adolescentes.

Possui ainda o Inventário de Crenças sobre a Doença Mental de Loureiro, Dias e Ferreira (2009) e o Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq) de Campos, Palha, Dias, Veiga & Duarte (2012) que serão objecto de uma análise mais profunda nos subcapítulos que se seguem

1.3.1 - Inventário de Crenças sobre a Doença Mental (ICDM)

O Inventário de Crenças sobre a Doença Mental de Loureiro, Dias e Ferreira (2009) é um instrumento que apresenta qualidades psicométricas satisfatórias - validade e fidelidade. O ICDM foi validado numa amostra de 385 indivíduos, 254 viviam inseridos numa comunidade com uma instituição psiquiátrica e 131 viviam em comunidades sem proximidade com este tipo de instituição. Foram realizadas diversas análises factoriais, com rotação ortogonal varimax de modo a determinar a validade do constructo do inventário. Este instrumento foi constituído de raiz para a população portuguesa, pelo que pode ser aplicado em diferentes campos de análise e intervenção, seja no público em geral, seja em profissionais de saúde, nos contextos formativo e educativos.

É composto por 47 itens, com formato de resposta tipo likert de 1 (discordo completamente) a 6 (concordo completamente), que se distribuem por seis fatores:

1º Fator – Incurabilidade (INC): Este fator inclui os itens 11,15,16,20,21,23,28,33,39 e 44. Tendo um total de 10 itens, os scores desta dimensão podem variar entre 10 a 60 pontos. Remetem para a crença de incurabilidade da doença mental (“Não acredito que uma doença mental fique curada em definitivo”), e para as crenças referentes à falta de competências da pessoa com doença mental assumir responsabilidades do foro laboral e familiar (“Uma pessoa com doença mental deve ter um

emprego que exija pouca responsabilidade”; “Uma pessoa com doença mental tem menos capacidade para ser bom Pai/Mãe”).

2º Fator – Reconhecimento da doença (RD): Este fator é composto pelos itens 10, 13,17, 24, 25,27,32, 34, 37 e 40 (scores entre 10 e 60 pontos). Remetem para a direção inversa, ou seja, a não estigmatização da doença mental, indiciando a sua aceitação (“Existem tantas doenças mentais estranhas que nunca sabemos quando podemos vir a sofrer de uma delas”), a crença no tratamento da doença mental (“A doença mental requer, logo desde o início, um tratamento adequado”) e a crença na recuperação/ reabilitação da pessoa com doença mental (“Se os doentes mentais viverem num ambiente familiar e comunitário, isso tem influência na recuperação da sua doença”).

3º Fator – Doença como causa de estigma e discriminação (DED): Construído pelos itens 9, 18, 29, 35, 36, 42, 45 e 46, num total de 8, situando-se os scores entre os 8 e os 48 pontos. Este fator remete para a crença do estigma e discriminação nas esferas relacionais mais próximas da pessoa com doença mental “Sentiria vergonha se alguém da minha família viesse a sofrer de doença mental ”; “Não confiaria no trabalho de uma pessoa com doença mental que trabalhasse comigo (na minha equipa)”.

4º Fator – Perigosidade (PER): Composto pelos itens 1,6,7,14,31,38 e 43, num total de 7. Desta forma, os scores podem variar entre 7 e 42 pontos. São associados à crença de que os doentes mentais são imprevisíveis, logo, perigosos, podendo-os levar a ter um comportamento violento e, até, criminoso (“É melhor ficar longe de pessoas com perturbações mentais porque o seu comportamento é perigoso”; “A pessoa com doença mental é mais propensa a tornar-se criminosa”).

5º Fator – Responsabilidade Individual (REP): Composto pelos itens 3, 4, 12, 19 e 47. Com um total de 5 itens, os scores situam-se entre os 5 e os 30 pontos. Estão associados à crença de que a pessoa com doença mental é responsável pela sua doença/saúde (“Se vier a sofrer de uma doença mental é porque não tive o cuidado que devia ter”).

6º Fator – Doença como condição médica (DCM): Neste fator incluem-se os itens 2,5,10,22 e 30, constituindo um total de 5. Os scores situam-se entre os 5 e os 30 pontos. Relacionam-se com a crença de que a doença mental é uma condição clínica, como seja uma doença física, remetendo para a terapêutica medicamentosa da mesma (“A doença mental é uma condição médica, como outras doenças”; “Os medicamentos melhoram o funcionamento do cérebro”).

De acordo com o autor, os itens 26 e 41 devem ser excluídos, na medida em que a sua relevância na mensuração dos fatores constituintes do inventário é reduzida, resumindo-se, deste modo, a sua caracterização a 45 itens.

Estudo psicométrico para o presente estudo do Inventário de Crenças sobre a Doença Mental (ICDM)

A análise dos resultados da fiabilidade indica as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global, dando uma visão sobre a forma como o item se combina com o valor global. Pelos índices médios, assinala-se que os mesmos oscilam entre 1,60 (item 36) “As pessoas que já foram tratadas para uma doença mental não deveriam casar nem ter filhos” e 4,90 (item 25) “Se os doentes mentais viverem no ambiente familiar e comunitário, isso tem influência na recuperação da sua doença”. Através do alfa de Cronbach, os itens são classificados de bons, oscilando entre $\alpha=0,834$ no item 4 “A doença mental requer mais tempo para ser curada que as outras doenças”. O valor de alfa de Cronbach, para o valor global, também apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=0,843$). O maior valor de correlação situa-se no item 22 ($r=0,519$) com uma variabilidade de 64,0% e o que apresenta menor correlação é o item 36 ($r=0,211$) com uma percentagem de variância explicada de 56,8%. Numa análise mais conservadora, os itens com correlação inferior a 0,20 foram eliminados.

Tabela 3 – Consistência interna dos itens do Inventário de Crenças sobre a Doença Mental

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	r ²	α sem item
1	A doença mental torna as pessoas mais propensas a magoar os outros do que outra doença	3.42	1.443	.453	.526	.836
2	As doenças mentais (depressão, esquizofrenia, etc.) são muito comuns	4.02	1.220	.245	.483	.841
4	A doença mental requer mais tempo para ser curada que as outras doenças	3.96	1.505	.541	.630	.834
5	Os medicamentos melhoram o funcionamento do cérebro	3.98	1.170	.462	.581	.837
7	As pessoas que não sofrem de doenças mentais são pessoas cheias de sorte	3.88	1.734	.341	.502	.839
9	O termo "doença mental" causa-me embaraço	2.35	1.537	.333	.456	.839
11	Uma pessoa com doença mental deve ter um emprego que exija pouca responsabilidade	2.88	1.248	.334	.418	.839
14	A pessoa com doença mental é mais propensa a tornar-se criminosa	2.26	1.163	.470	.644	.837
15	O tratamento inicial da doença mental requer o uso de medicamentos	3.69	1.458	.498	.464	.835
16	As doenças mentais são cíclicas (voltam de tempos e tempos)	3.24	1.448	.492	.586	.835
18	Tenho receio de que o meu patrão, amigos e outras pessoas iriam pensar se me fosse diagnosticada uma doença mental	3.46	1.568	.415	.538	.837
20	A doença mental é uma doença mental	3.38	1.587	.439	.555	.836
21	Os indivíduos que são diagnosticados como doentes mentais, terão os sintomas durante toda a vida	2.97	1.414	.500	.635	.835
22	A medicação é eficaz na melhoria dos sintomas na doença mental	4.50	1.068	.456	.618	.837
23	As pessoas que já receberam tratamento para a doença mental uma vez necessitam de mais tratamento no futuro	3.37	1.381	.519	.640	.835
24	Existem tantas doenças mentais estranhas que nunca sabemos quando podemos vir a sofrer de uma delas	4.04	1.432	.438	.507	.837
25	Se os doentes mentais viverem no ambiente familiar e comunitário, isso tem influência na recuperação da sua doença	4.90	1.074	.300	.592	.840
27	Qualquer pessoa pode sofrer de doença mental	5.32	.892	.263	.597	.841
28	Não sofrer de doença mental é uma questão de sorte	2.82	1.611	.259	.478	.842
31	Tenho receio de pessoas que sofrem de doenças mentais pois podem magoar-me	2.27	1.232	.255	.591	.841
32	Tomar medicamentos ao longo da vida para a doença mental torna as pessoas dependentes desses medicamentos	3.93	1.346	.506	.568	.835
33	Uma pessoa com doença mental tem menos capacidade para ser bom pai/mãe	2.82	1.373	.372	.630	.838
34	Os mal-entendidos sobre a doença mental fazem com que seja difícil aos doentes mentais viverem em sociedade	4.45	1.449	.217	.465	.842
36	As pessoas que já foram tratadas para uma doença mental não deveriam casar nem ter filhos	1.60	.929	.211	.568	.842
37	Os atrasos nos tratamentos pioram o sucesso da cura das doenças mentais	4.80	1.258	.278	.588	.841
38	Os doentes mentais têm tendência a serem perigosos	2.32	1.167	.422	.761	.838
39	Não acredito que uma doença mental fique curada em definitivo	3.07	1.467	.344	.561	.839
40	Posso vir a sofrer de uma doença mental independentemente do que fizeram ou não para isso	4.32	1.281	.212	.464	.842
42	A maioria das pessoas não assume ser amiga de pessoas com doenças mentais	3.13	1.360	.326	.487	.840
43	O comportamento de uma pessoa com doença mental é imprevisível	3.43	1.257	.444	.620	.837
44	Apesar dos tratamentos, as doenças mentais têm pouca possibilidade de cura	3.13	1.287	.452	.651	.837
46	Não confiaria no trabalho de uma pessoa com doença mental que trabalhasse comigo (na minha equipa)	2.10	1.131	.366	.676	.839
Coefficiente alfa de Cronbach global						0.843

Terminamos o estudo da escala fazendo referência ao estudo de consistência interna por subescala dos itens.

No **Fator 1 – Incurabilidade**, verifica-se, pelos valores médios, homogeneidade nas respostas dadas aos diferentes itens uma vez que se obteve uma pontuação que oscila entre os 2,82 nos itens 28 e 33 e 3.69 no item 15. Os coeficientes de Alpha de Cronbach obtidos nos 10 itens que oscilam entre $\alpha=0,739$ no item 21 “Os indivíduos que são diagnosticados como doentes mentais, terão os sintomas durante toda a vida” e $\alpha=0,784$ no item 28 “Não sofrer de doença mental é uma questão de sorte”, indicam-nos uma muito razoável consistência interna, com um alfa total de 0,776. O maior valor de correlação situa-se no item 23 ($r=0,581$) com uma variabilidade de 39,6% e o que apresenta menor correlação é o item 28 ($r=0,257$) com uma percentagem de variância explicada de 11.0%.

Reportando-nos ao **Fator 2 – Reconhecimento da doença**, o item com melhor índice médio é o 13 “A doença mental requer, logo desde o início, um tratamento adequado” e o de menor média é o item 32 “Tomar medicamentos ao longo da vida para a doença mental torna as pessoas dependentes desses medicamentos”. Os valores correlacionais oscilam entre $r=0,288$ no item 24 a que corresponde uma variabilidade de 20,5% e $r=0,288$ no item 24 com uma variabilidade de 20,5%. Os coeficientes alpha de Cronbach obtidos nos itens do fator oscilam entre $\alpha=0,680$ no item 37 “Os atrasos nos tratamentos pioram o sucesso da cura das doenças mentais” e $\alpha=0,726$ no item 32 “Tomar medicamentos ao longo da vida para a doença mental torna as pessoas dependentes desses medicamentos”, indicando uma razoável consistência interna, sendo que o alfa global foi de 0,726, classificado de razoável.

Em relação ao **Fator 3 – Causa de estigma e discriminação**, infere-se, pelos valores médios, que a maior média se situa no item 18 “Tenho receio de que o meu patrão, amigos e outras pessoas iriam pensar se me fosse diagnosticada uma doença mental” com 3,46 e a menor no item 45 com 1,54 “Se tivesse uma doença mental, evitaria o tratamento pois sentiria vergonha dessa doença”. Quanto aos valores da correlação, o mais elevado é de $r=0,546$ no item 46 e o menor de $r=-0,208$ no item 18, com uma variabilidade de 40,3% e 0,9%, respetivamente. Os coeficientes de alpha de Cronbach neste fator variam entre $\alpha=0,627$ no item 46 “Não confiaria no trabalho de uma pessoa com doença mental que trabalhasse comigo “na minha equipa” e $\alpha=0,716$ no item 18 “Tenho receio de que o meu patrão, amigos e outras pessoas iriam pensar se me fosse diagnosticada uma doença mental”, podendo considerar-se que existe uma razoável consistência interna, pois o coeficiente de alpha global é de $\alpha=0,692$.

Analisando o **Fator 4 – Perigosidade**, pelos valores médios, o item mais favorável é o 7 “As pessoas que não sofrem de doenças mentais são pessoas cheias de sorte” e o menos favorável o item 6 “É melhor ficar longe de pessoas com perturbações mentais porque o seu comportamento é perigoso”. Os coeficientes de alpha de Cronbach obtidos nos sete itens que oscilaram entre $\alpha=0,561$ no item 38 “Os doentes mentais têm tendência a serem perigosos” e $\alpha=0,726$ no item 7 “As pessoas que não sofrem de doenças mentais são pessoas cheias de sorte”, indicam-nos uma razoável consistência interna, com um alfa total de 0,667. O maior valor de correlação situa-se no item 38 ($r=0,631$) com uma variabilidade de 52,4% e o que apresenta menor correlação é o item 7 ($r=0,144$) com uma percentagem de variância explicada de 0,6%.

Ao analisar-se o **Fator 6 – Doença como condição médica**, pelos valores médios, constata-se que o item mais favorável recai é o 30 “A doença mental tem tratamento” e o menos favorável o item 5 “Os medicamentos melhoram o funcionamento do cérebro”. Os coeficientes de alpha de Cronbach obtidos nos cinco itens que oscilaram entre $\alpha=0,530$ no item 22 “A medicação é eficaz na melhoria dos sintomas na doença mental” e $\alpha=0,598$ no item 2 “As doenças mentais (depressão, esquizofrenia, etc.) são muito comuns”, sugerindo uma razoável consistência interna, com um alfa total de 0,625. O maior valor de correlação situa-se no item 22 ($r=0,468$) com uma variabilidade de 25,3% e o que apresenta menor correlação é o item 2 ($r=0,328$) com uma percentagem de variância explicada de 11,9%.

Tabela 4 – Consistência interna por fatores do Inventário de Crenças sobre a Doença Mental

Itens		Média	SD	r/item total	r ²	α sem item
Fator 1 - Incurabilidade						0.776
11	Uma pessoa com doença mental deve ter um emprego que exija pouca responsabilidade	2.88	1.248	.319	.183	.771
15	O tratamento inicial da doença mental requer o uso de medicamentos	3.69	1.458	.481	.283	.752
16	As doenças mentais são cíclicas (voltam de tempos e tempos)	3.24	1.448	.484	.362	.752
20	A doença mental é uma doença mental	3.38	1.587	.496	.272	.750
21	Os indivíduos que são diagnosticados como doentes mentais, terão os sintomas durante toda a vida	2.97	1.414	.580	.444	.739
23	As pessoas que já receberam tratamento para a doença mental uma vez necessitam de mais tratamento no futuro	3.37	1.381	.581	.396	.740
28	Não sofrer de doença mental é uma questão de sorte	2.82	1.611	.257	.110	.784
33	Uma pessoa com doença mental tem menos capacidade para ser bom pai/mãe	2.82	1.373	.311	.174	.773
39	Não acredito que uma doença mental fique curada em definitivo	3.07	1.467	.432	.333	.759
44	Apesar dos tratamentos, as doenças mentais têm pouca possibilidade de cura	3.13	1.287	.518	.349	.749
Fator 2 - Reconhecimento doença						0.726
8	As pessoas com doença mental estão aptas para viver nas suas comunidades se tiverem o apoio adequado	5.18	.950	.416	.262	.702
13	A doença mental requer, logo desde o início, um tratamento adequado	5.40	.998	.336	.201	.712
17	A reabilitação é eficaz no melhoramento das doenças mentais	4.58	1.190	.437	.271	.696
24	Existem tantas doenças mentais estranhas que nunca sabemos quando podemos vir a sofrer de uma delas	4.04	1.432	.288	.205	.724
25	Se os doentes mentais viverem no ambiente familiar e comunitário, isso tem influência na recuperação da sua doença	4.90	1.074	.478	.316	.692
27	Qualquer pessoa pode sofrer de doença mental	5.32	.892	.542	.339	.688
32	Tomar medicamentos ao longo da vida para a doença mental torna as pessoas dependentes desses medicamentos	3.93	1.346	.266	.159	.726
34	Os mal-entendidos sobre a doença mental fazem com que seja difícil aos doentes mentais viverem em sociedade	4.45	1.449	.320	.197	.719
37	Os atrasos nos tratamentos pioram o sucesso da cura das doenças mentais	4.80	1.258	.530	.306	.680
40	Posso vir a sofrer de uma doença mental independentemente do que fizeram ou não para isso	4.32	1.281	.379	.218	.706
Fator 3 - Causa de estigma e discriminação						0.692
9	O termo "doença mental" causa-me embaraço	2.35	1.537	.303	.106	.689
18	Tenho receio de que o meu patrão, amigos e outras pessoas iriam pensar se me fosse diagnosticada uma doença mental	3.46	1.568	.208	.093	.716
29	Sentir-me-ia envergonhado se as pessoas soubessem que já namorei com uma pessoa a quem foi diagnosticada uma doença mental	1.82	1.115	.475	.279	.643
35	Sentiria vergonha se alguém da minha família viesse a sofrer de doença mental	1.67	.989	.475	.312	.647
36	As pessoas que já foram tratadas para uma doença mental não deveriam casar nem ter filhos	1.60	.929	.440	.319	.655
42	A maioria das pessoas não assume ser amiga de pessoas com doenças mentais	3.13	1.360	.388	.213	.661
45	Se tivesse uma doença mental, evitaria o tratamento pois sentiria vergonha dessa doença	1.54	.995	.402	.317	.660
46	Não confiaria no trabalho de uma pessoa com doença mental que trabalhasse comigo (na minha equipa)	2.10	1.131	.546	.403	.627
Fator 4 - Perigosidade						0.667
1	A doença mental torna as pessoas mais propensas a magoar os outros do que outra doença	3.42	1.443	.348	.184	.641
6	É melhor ficar longe de pessoas com perturbações mentais porque o seu comportamento é perigoso	1.63	.815	.322	.304	.650
7	As pessoas que não sofrem de doenças mentais são pessoas cheias de sorte	3.88	1.734	.144	.062	.726

14	A pessoa com doença mental é mais propensa a tornar-se criminoso	2.26	1.163	.502	.346	.598
31	Tenho receio de pessoas que sofrem de doenças mentais pois podem magoar-me	2.27	1.232	.400	.353	.625
38	Os doentes mentais têm tendência a serem perigosos	2.32	1.167	.631	.524	.561
43	O comportamento de uma pessoa com doença mental é imprevisível	3.43	1.257	.459	.317	.608
Fator 6 – Doença como condição médica						0.625
2	As doenças mentais (depressão, esquizofrenia, etc.) são muito comuns	4.02	1.220	.328	.119	.598
5	Os medicamentos melhoram o funcionamento do cérebro	3.98	1.170	.365	.204	.578
10	A doença mental é uma condição médica, como outras doenças	4.91	1.374	.393	.200	.567
22	A medicação é eficaz na melhoria dos sintomas na doença mental	4.50	1.068	.468	.253	.530
30	A doença mental tem tratamento	5.01	.923	.367	.183	.581

A matriz de correlação de Pearson entre os diversos fatores da escala revela, na globalidade, valores positivos e significativamente correlacionados. Perante estes resultados, apura-se que o aumento ou diminuição dos índices das crenças sobre saúde mental num dos fatores se encontra associado ao aumento ou diminuição nos índices das crenças sobre saúde mental nos restantes fatores (cf. tabela 5).

Tabela 5 - Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores do Inventário de Crenças sobre a Doença Mental

Fatores	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	
Fator 2 - Reconhecimento doença	,336**	-				
Fator 3 - Causa de estigma e discriminação	,341**	-,107	-			
Fator 4 - Perigosidade	,603**	,075	,539**	-		
Fator – Responsabilidade Individual	,233**	,168	,139			
Fator 6 – Doença como condição médica	,176*	,571**	-,083	,053	,247**	

Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq) de Campos, Palha, Dias, Veiga & Duarte (2014)

O questionário de literacia em saúde mental, (**LSMq**) avalia questões de saúde mental, nomeadamente características gerais de problemas de saúde mental, prevalência, sinais e sintomas, fatores de risco das perturbações mentais, bem como fatores protetores/promotores da saúde mental; conhecimentos relativos a três perturbações

mentais específicas – depressão, ansiedade e esquizofrenia; estereótipos associados às perturbações mentais e intenções comportamentais (predisposição para ajudar; comportamentos promotores da saúde mental/estratégias de autoajuda; comportamentos promotores da procura de ajuda formal e/ou informal). No total o LSMq tem 34 itens, sendo 33 avaliados através de uma escala de Likert de 5 pontos (1 - discordo muito a 5 - concordo muito) e 1 item de escolha múltipla, na qual se solicita aos respondentes que coloquem uma cruz nos problemas que acham que são perturbações mentais, podendo escolher mais do que 1 opção (ansiedade generalizada, Paralisia Cerebral, Trissomia 21, Parkinson, depressão, AVC e esquizofrenia).

Os 33 itens estão organizados em 3 fatores: **Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental:** constituído por 18 itens (3, 4, 7, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 23, 25, 26,27, 28, 31 e 33); **Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos:** contém 10 itens (1, 5, 10, 20, 6, 8, 13, 19, 24 e 29); **Fator 3 - Estratégias de autoajuda:** constituído por 5 itens (2, 9, 21,30 e 32). Importa referir que os itens 1,12,15, 17, 24 e 26 têm cotação inversa.

O LSMq no estudo original, apresentou bons níveis de consistência interna (score total - $\alpha=0.84$; Fator 1 conhecimentos/estereótipos sobre problemas de saúde mental - $\alpha=0.78$; Fator 2 comportamentos de primeira ajuda e procura de ajuda - $\alpha=0.79$ e Fator 3 estratégias de autoajuda - $\alpha=0.72$); e excelente fidelidade teste-reteste, o ICC (intra-class correlation) para o score total do LSMq foi de 0.88 e para os três fatores foi de 0.80 (Fator 1), 0.90 (Fator 2) e 0.86 (Fator 3) (Campos & Dias, 2014)

Estudo psicométrico para o presente estudo do Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq)

Efetuuou-se também o estudo de consistência interna, designadamente os estudos de fiabilidade. Os resultados da tabela 6 revelam as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que genericamente permite obter indicações de como o item se combina com o valor global. Ao analisar-se os valores de alfa de Cronbach, os mesmos podem ser classificados entre o bom e o muito bom, pois os valores mínimos e máximos oscilam entre os 0,897 no item 13 “Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar ou criticar” e 0,905 no item 25 “A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental”. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que se está perante correlações positivas, sendo o valor mais baixo o do item 25 “A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou

não tem, uma perturbação mental” ($r=0,140$). Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diferentes itens permitem afirmar que, na globalidade, os itens se encontram bem centrados. Calculado o índice de fiabilidade, obteve-se um alfa para a globalidade da escala de 0,902, indicando muito boa consistência interna (cf. tabela 6).

Tabela 6 – Consistência interna dos itens do Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq)

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	α sem item
1	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar	4.32	.698	.469	.899
2	Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental	4.61	.547	.486	.899
3	Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz	4.43	.841	.386	.900
4	Em casos de esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas e observadas)	4.29	.751	.378	.900
5	Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família	4.14	.854	.524	.898
6	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo	4.44	.758	.414	.900
7	Uma perturbação mental não afeta o comportamento	4.46	.877	.481	.899
8	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele	3.75	.917	.429	.900
9	Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental	4.52	.632	.575	.898
10	Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra)	4.50	.667	.532	.898
11	Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo	4.43	.706	.462	.899
12	As pessoas com perturbação mental são de famílias com pouco dinheiro	4.67	.700	.389	.900
13	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar ou criticar	4.34	.623	.617	.897
14	O consumo de álcool pode causar perturbações mentais	4.23	.730	.508	.898
15	Uma perturbação mental não afeta os sentimentos	4.24	.905	.408	.900
16	Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor	4.65	.549	.597	.898
17	Só os adultos têm perturbações mentais	4.64	.685	.381	.900
18	O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais	3.77	.973	.367	.901
19	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico	4.44	.581	.641	.897
20	Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos	3.81	.899	.461	.899
21	Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental	3.93	.762	.477	.899
22	Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas	4.31	.715	.527	.898
23	Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto	3.75	.941	.303	.902
24	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar	4.38	.780	.375	.900
25	A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental	3.31	.939	.140	.905
26	A depressão não é uma verdadeira perturbação mental	3.89	1.133	.318	.903
27	O consumo de drogas pode causar perturbações mentais	4.32	.607	.630	.897
28	Uma perturbação mental afeta os pensamentos	4.37	.653	.706	.896
29	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor	3.53	1.122	.359	.902
30	Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental	4.37	.630	.553	.898
31	Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve	4.17	.756	.428	.899
32	Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental	4.06	.758	.520	.898
33	Situações de grande stresse podem causar perturbações mentais	4.03	.788	.531	.898
Coeficiente alfa de Cronbach global					0.902

Analisando-se o **Fator 1 – Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental**, pelos valores médios, o item mais favorável é o 12 “As pessoas com perturbação mental são de famílias com pouco dinheiro” e o menos favorável o item 25 “A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental”. Os coeficientes de alpha de Cronbach obtidos nos quatro itens que oscilaram entre $\alpha=0,808$ no item 28 (“Uma perturbação mental afeta os pensamentos”) e $\alpha=0,836$ no item 26 “A depressão não é uma verdadeira perturbação mental”, indicam-nos uma boa consistência interna, com um alfa total de 0,829. O maior valor de correlação situa-se no item 28 ($r=0,717$) com uma variabilidade de 68,9% e o que apresenta menor correlação é o item 25 ($r=0,178$) com uma percentagem de variância explicada de 17,8%.

Ao analisar-se o **Fator 2 – Procura de ajuda e comportamentos**, pelos valores médios, constata-se que o item mais favorável é o item 10 “Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra)” e o menos favorável o item 29 “Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor”. Os coeficientes de alpha de Cronbach obtidos nos dez itens que oscilaram entre $\alpha=0,763$ no item 5 “Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família” e $\alpha=0,805$ no item 29 “Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor”, sugerindo uma razoável e boa consistência interna, com um alfa total de 0,801. O maior valor de correlação situa-se no item 8 ($r=0,568$) com uma variabilidade de 45,1% e o que apresenta menor correlação é o item 24 ($r=-0,300$) com uma percentagem de variância explicada de 13,2%.

Por fim, e em relação ao **Fator 3 – Estratégias de autoajuda**, infere-se, pelos valores médios, que a maior média se situa no item 2 (“Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental”) com 4,61 e a menor no item 21 com 3,93 (“Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental”). Quanto aos valores da correlação, o mais elevado é de $r=0,654$ no item 9 e o menor de $r=0,410$ no item 32, com uma variabilidade de 43,6% e 18,5%, respetivamente. Os coeficientes de alpha de Cronbach neste fator variam entre $\alpha=0,664$ no item 9 “Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental” e $\alpha=0,757$ no item 32 “Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental”, podendo considerar-se que a consistência interna é razoável, com um coeficiente de alpha global é de $\alpha=0,754$, indicativo de razoável consistência.

Tabela 7 – Consistência interna por fatores do Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq)

Itens		Média	SD	r/item total	r ²	α sem item
	Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental					0.829
3	Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz	4.43	.841	.360	.183	.824
4	Em casos de esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas e observadas)	4.29	.751	.449	.342	.819
7	Uma perturbação mental não afeta o comportamento	4.46	.877	.505	.445	.815
11	Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo	4.43	.706	.490	.363	.817
12	As pessoas com perturbação mental são de famílias com pouco dinheiro	4.67	.700	.386	.442	.822
14	O consumo de álcool pode causar perturbações mentais	4.23	.730	.522	.440	.816
15	Uma perturbação mental não afeta os sentimentos	4.24	.905	.452	.374	.819
16	Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor	4.65	.549	.557	.413	.817
17	Só os adultos têm perturbações mentais	4.64	.685	.429	.567	.820
18	O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais	3.77	.973	.348	.238	.826
22	Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas	4.31	.715	.483	.318	.818
23	Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto	3.75	.941	.321	.266	.827
25	A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental	3.31	.939	.178	.178	.835
26	A depressão não é uma verdadeira perturbação mental	3.89	1.133	.230	.199	.836
27	O consumo de drogas pode causar perturbações mentais	4.32	.607	.613	.607	.813
28	Uma perturbação mental afeta os pensamentos	4.37	.653	.717	.689	.808
31	Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve	4.17	.756	.430	.334	.820
33	Situações de grande stresse podem causar perturbações mentais	4.03	.788	.485	.405	.817
	Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos					0.801
1	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar	4.32	.698	.525	.337	.779
5	Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família	4.14	.854	.639	.506	.763
6	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo	4.44	.758	.477	.362	.783
8	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele	3.75	.917	.568	.451	.772
10	Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra)	4.50	.667	.421	.402	.789
13	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar ou criticar	4.34	.623	.441	.281	.788
19	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico	4.44	.581	.585	.505	.777
20	Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos	3.81	.899	.553	.428	.774
24	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar	4.38	.780	.300	.132	.803
29	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor	3.53	1.122	.375	.253	.805
	Fator 3 - Estratégias de autoajuda					0.754
2	Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental	4.61	.547	.498	.270	.721
9	Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental	4.52	.632	.654	.436	.664
21	Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental	3.93	.762	.518	.301	.714
30	Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental	4.37	.630	.573	.340	.693
32	Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental	4.06	.758	.410	.185	.757

A matriz de correlação de Pearson entre os diversos fatores da escala revela, na globalidade, valores positivos e significativamente correlacionados. Perante estes resultados, apura-se que o aumento ou diminuição dos índices da literacia em saúde mental num dos fatores se encontra associado a aumentos ou diminuições nos índices de literacia em saúde mental nos restantes fatores (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Matriz de Correlação de Pearson entre as subescalas e o Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq)

	Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	Fator 3 - Estratégias de autoajuda
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	.623**	-	
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	.630**	.616**	-
Fator global	.927**	.851**	.782**

*** $p < 0.001$

1.4. Procedimentos

Este estudo insere-se num projecto de investigação mais alargado a decorrer na ESSV e designado de Mais Saúde Mental e no qual fomos integrados para a realização desta pesquisa. Todos os procedimentos éticos e deontológicos foram cumpridos pelos promotores do projecto nomeadamente o parecer da Comissão Nacional de Protecção de dados e a autorização formal para aplicação dos questionários às instituições dos agentes educativos.

Aos participantes no estudo, foi garantida a completa confidencialidade e informamos que os resultados seriam facultados a todos aqueles que o solicitassem. Garantimos ainda que os dados recolhidos apenas seriam utilizados no âmbito do estudo, que a participação de cada um era voluntária podendo desistir em qualquer momento do preenchimento do instrumento de recolha de dados e que pela sua participação não usufruiriam de qualquer benefício ou malefício.

1.5. Análise dos dados

A análise de dados foi efectuada com recurso à estatística descritiva e analítica. Com a estatística descritiva, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização, mais concretamente médias e medidas de

variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, medidas de assimetria e achatamento e medidas de associação como correlação de Pearson.

Enfatizando o coeficiente de variação pela sua natureza dir-se-á que compara a dispersão em torno da média de uma variável de natureza quantitativa. Os valores se referência são:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

A outra medida a enfatizar é o coeficiente de correlação de Pearson que é um medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. Os valores oscilam entre -1 e +1 podendo assim ocorrer entre as variáveis em estudo uma associação em sentido inverso se o valor for negativo ou sentido directo se for positivo. Contudo, a comparação do coeficiente deve ser feita elevando o valor correlacional ao quadrado o que é designado por coeficiente de determinação (r^2). O índice assim obtido indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra. Tanto r como r^2 não exprimem relações de causalidade. Por convenção (Pestana & Gageiro, 2014) os valores de r devem ser interpretados do seguinte modo:

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

Quanto à **estatística inferencial**, recorreu-se à estatística paramétrica, e à estatística não paramétrica.

A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as suas condições de aplicação, não se verificaram (Marôco, 2018) nomeadamente os testes de normalidade. Recorremos ainda a estes testes quando os grupos em estudo não são homogéneos, ou dito de outra forma, quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor for superior a 1.5 (Pestana & Gageiro, 2014). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar H_0 é muito menor.

Assim, o **Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** foi utilizado para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais; a **Análise de variância a um fator (ANOVA)** para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa). Este teste é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo (Pestana & Gageiro, 2014). Se se verificarem diferenças estatísticas significativas deve usar-se os testes pós hoc para localizar os grupos onde se verificam essas diferenças; o **Teste de qui quadrado (χ^2)** permitiu comparar proporções entre duas variáveis nominais. Quando há relação entre as variáveis devem usar-se os resíduos ajustados estandardizados para localizar as diferenças. O uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de χ^2 , isto porque os resíduos ajustados, na forma estandardizada, fornecem informações acerca das células que mais se afastam da independência entre as variáveis ou por outras palavras os valores elevados dos resíduos indicam uma relação de dependência entre as duas variáveis.

Na análise estatística, utilizámos os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24.0 para Windows.

Após estas considerações metodológicas, no capítulo seguinte, far-se-á a apresentação e análise dos resultados.

2. Apresentação dos resultados

No presente capítulo, estruturado em duas partes, começa-se por apresentar os resultados relativos à estatística descritiva, seguindo-se os dados pertencentes à estatística inferencial.

2.1. Análise descritiva

De seguida apresentam-se os resultados da análise descritiva, começando-se por apresentar a caracterização socioprofissional dos agentes educativos.

2.2.1. Caracterização socioprofissional

Numa análise ao **grupo profissional**, constata-se que, na totalidade da amostra, estão em maioria os professores (62,5%), sendo 72,5% homens e 58,3% mulheres, secundados pelos enfermeiros com uma representatividade de 32,4%, com uma maioria de mulheres (40,6%). Os agentes policiais são os que apresentam uma menor representatividade (5,1%) (cf. tabela 9).

Verifica-se que grande parte dos agentes educativos (73,6%) não lida com **crianças do 1.º ciclo do ensino básico**, e dos 26,5% que lidam com crianças deste nível de escolaridade, 25,0% são do sexo masculino e 27,1% do feminino. Apura-se que 53,7% dos agentes educativos lidam maioritariamente com crianças/adolescentes do 2.º ciclo do ensino básico, fazendo parte deste grupo 50,0% dos homens e 55,2% das mulheres. Verifica-se ainda que 61,8% dos agentes educativos lidam maioritariamente com crianças/adolescentes do 3.º ciclo do ensino básico (homens 62,5% vs. mulheres 61,5%) (cf. tabela 9).

Quanto ao **tempo de serviço**, afere-se que, no total da amostra, a maioria dos participantes possui entre 21-30 anos (50,7%), fazendo parte deste grupo 55,0% dos participantes do sexo masculino e 49,0% do sexo feminino. Verifica-se que 28,7% também do total da amostra, possuem 20 anos ou menos de serviço, sendo 20,0% homens e 32,3% mulheres (cf. tabela 9).

No que concerne ao **vínculo à Instituição**, regista-se que a maioria dos agentes educativos possui vínculo em funções públicas (78,7%), com uma representatividade de

82,5% dos homens e 77,1% das mulheres, enquanto 21,3% não têm vínculo em funções públicas (homens 17,5% vs. mulheres 22,9%) (cf. tabela 9).

Tabela 9 – Caracterização profissional em função do sexo

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
		nº (40)	% (29.4)	nº (96)	% (70.6)	nº (136)	% (100.0)	1	2		
Grupo profissional											
Professor		29	72.5	56	58.3	85	62.5	1.6	-1.6	n.a	n.a.
Enfermeiro		5	12.5	39	40.6	44	32.4	-3.2	3.2		
Agente da PSP		6	15.0	1	1.0	7	5.1	3.4	-3.4		
Contacta maioritariamente com crianças do 1.º CEB											
Sim		10	25.0	26	27.1	36	26.5	-.3	.3	0.063	0.802
Não		30	75.0	70	72.9	100	73.5	.3	-.3		
Contacta maioritariamente com crianças/adolescentes do 2.º CEB											
Sim		20	50.0	53	55.2	73	53.7	-.6	.6	0.308	0.579
Não		20	50.0	43	44.8	63	46.3	.6	-.6		
Contacta maioritariamente com crianças/adolescentes do 3.º CEB											
Sim		25	62.5	59	61.5	84	61.8	.1	-.1	0.013	0.909
Não		15	37.5	37	38.5	52	38.2	-.1	.1		
Tempo de serviço											
≤20 anos		8	20.0	31	32.3	39	28.7	-1.4	1.4	2.226	0.328
21-30 anos		22	55.0	47	49.0	69	50.7	.6	-.6		
≥31 anos		10	25.0	18	18.8	28	20.6	.8	-.8		
Vínculo à Instituição											
Sem vínculo em funções públicas		7	17.5	22	22.9	29	21.3	-.7	.7	0.494	0.482
Com vínculo em funções públicas		33	82.5	74	77.1	107	78.7	.7	-.7		
Total		40	100.0	96	100.0	136	100.0				

Ainda em relação ao tempo de serviço, os resultados revelam, para a globalidade da amostra, um tempo mínimo de 9 anos e um máximo de 39 anos, ao que corresponde uma idade média de 24,32 anos ($\pm 7,19$ anos de serviço). Para o sexo masculino, o tempo de serviço mínimo é 11 anos e o máximo 37 anos e para o sexo feminino, o mesmo oscila entre os 9 e os 39 anos. Os homens, em média ($M=25,83 \pm 6,59$ anos de serviço), têm mais tempo de serviço que as mulheres ($M=23,70 \pm 7,36$ anos de serviço). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão moderada a elevada face às idades médias encontradas mas os valores de assimetria e curtose indicam que a variável tempo de serviço tem uma distribuição normal (cf. tabela 10).

Tabela 10 - Estatísticas relativas ao tempo de serviço segundo o sexo

Sexo	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	40	11	37	25.83	6.59	25.39	-0.74	-0.35
Feminino	96	9	39	23.70	7.36	31.05	-1.15	-1.08
Total	136	9	39	24.32	7.19	29.56	-1.5	-1.06

Em síntese:

- o grupo profissional mais representado é o dos professores (62,5%);
- 53,7% lidam maioritariamente com crianças/adolescentes do 2.º ciclo do ensino básico e 61,8% lidam maioritariamente com crianças/adolescentes do 3.º ciclo do ensino básico;
- a maioria dos participantes possui entre 21-30 anos (50,7%);
- grande parte dos agentes educativos possui vínculo em funções públicas (78,7%);
- para a globalidade da amostra, registou-se um tempo de serviço mínimo de 9 anos e um máximo de 39 anos, ao que corresponde uma idade média de 24,32 anos ($\pm 7,19$ anos de serviço).

2.2.2 Crenças sobre a doença mental

As estatísticas relativas às crenças sobre a saúde mental indicam que os participantes apresentam índices mais elevados de crenças em relação ao reconhecimento da doença ($M=4,69\pm 0,64$) e em relação à doença mental como condição médica ($M=4,48\pm 0,73$). Os participantes pontuaram menos na causa de estigma e discriminação ($M=2,21\pm 0,68$), sugerindo que não encaram a doença mental de forma discriminatória nem estigmatizada. Os coeficientes de variação indicam uma dispersão moderada e elevada em relação às médias encontradas (cf. tabela 11).

Tabela 11 – Estatísticas relativas às crenças sobre a doença mental

Crenças sobre a doença mental	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Fator 1 - Incurabilidade	136	1,00	4,90	3,13	0,82	26,19	-0,69	-0,61
Fator 2 - Reconhecimento da doença		2,70	6,00	4,69	0,64	13,64	-3,02	0,52
Fator 3 - Causa de estigma e discriminação		1,00	4,63	2,21	0,68	30,76	2,75	0,69
Fator 4 - Perigosidade		1,00	5,14	2,74	0,74	27,00	0,13	1,96
Fator – Responsabilidade Individual		1,00	5,00	2,92	0,74	25,34	-0,40	-0,25
Fator 6 – Doença como condição médica		1,60	6,00	4,48	0,73	16,29	-3,6	3,71

Da relação entre as crenças sobre a saúde mental e o sexo, verifica-se que são os agentes educativos do sexo feminino que apresentam valores de ordenação média mais elevados, com exceção do Fator 3- Causa de estigma e discriminação, remetendo para a crença do estigma e discriminação nas esferas relacionais mais próximas da pessoa com doença mental. O valor de ordenação média mais elevado recai no Fator 6 – Doença como condição médica, no grupo de participantes do sexo feminino, sugerindo que a sua perceção

se relaciona com a crença de que a doença mental é uma condição clínica, como seja uma doença física, remetendo para a terapêutica medicamentosa da mesma. Existe relevância estatisticamente significativa no Fator 2 - Reconhecimento da doença ($p=0,014$) e no Fator 6 – Doença como condição médica ($p=0,000$) (cf. tabela 12).

Tabela 12 – Teste U de Mann-Whitney entre as crenças sobre a doença mental e o sexo

Crenças sobre a doença mental	Sexo	Masculino	Feminino	UMW	P
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Fator 1 - Incurabilidade		64.43	70.20	1757.000	0.436
Fator 2 - Reconhecimento da doença		55.64	73.86	1405.500	0.014
Fator 3 - Causa de estigma e discriminação		75.90	65.42	1624.000	0.157
Fator 4 - Perigosidade		67.61	68.87	1884.500	0.865
Fator 5 – Responsabilidade Individual		66.88	69.18	1855.000	0.755
Fator 6 – Doença como condição médica		50.19	76.13	1187.500	0.000

Pela análise dos dados apresentados na tabela 13, constata-se que são os agentes educativos com mais idade (≥ 55 anos) os que, na globalidade, apresentam valores médios mais elevados, com exceção do Fator 5 – Responsabilidade individual e no Fator 6 – Doença como condição médica, onde pontuaram mais os agentes educativos com menos idade (≤ 44 anos). Os agentes educativos com mais idade revelam reconhecer mais a doença mental (Fator 2), ou seja, está-se presente à não estigmatização da doença mental, indiciando a sua aceitação. Registam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários, nomeadamente no que respeita ao Fator 1 – Incurabilidade ($p=0,001$) e Fator 4 – Perigosidade ($p=0,001$).

Tabela 13 - Análise de variância entre as crenças sobre a doença mental e a idade

Crenças sobre a doença mental	Idade		≤44 anos		45-54 anos		≥55 anos		f	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp				
Fator 1 - Incurabilidade	2.73	0.74	3.12	0.75	3.37	0.82	7.683	0.001		
Fator 2 - Reconhecimento da doença	4.58	0.59	4.73	0.57	4.72	0.71	0.739	0.480		
Fator 3 - Causa de estigma e discriminação	1.98	0.57	2.29	0.58	2.29	0.77	2.663	0.073		
Fator 4 - Perigosidade	2.36	0.69	2.86	0.65	2.90	0.74	7.272	0.001		
Fator 5 – Responsabilidade Individual	2.96	0.79	2.83	0.73	2.94	0.73	0.320	0.727		
Fator 6 – Doença como condição médica	4.65	0.66	4.50	0.65	4.36	0.79	1.879	0.157		

Procurou-se estudar a relação entre as crenças sobre a doença mental e o grupo profissional. Assim, pela análise dos dados apresentados na tabela 14, apura-se que os professores pontuaram mais no Fator 1 – Incurabilidade, no Fator 3 - Causa de estigma e discriminação e no Fator 4 – Perigosidade. Estes resultados remetem para a crença de incurabilidade da doença mental e para as crenças referentes à falta de competências da pessoa com doença mental assumir responsabilidades do foro laboral e familiar, bem como

para a crença do estigma e discriminação nas esferas relacionais mais próximas da pessoa com doença mental e para a crença de que os doentes mentais são imprevisíveis, logo, perigosos, podendo-os levar a ter um comportamento violento e, até, criminoso. Os enfermeiros pontuaram mais no Fator 5 - Responsabilidade Individual e no Fator 6 - Doença como condição médica, uma percepção que remete para a crença de que a pessoa com doença mental é responsável pela sua doença/saúde e para a crença de que a doença mental é uma condição clínica, como seja uma doença física, remetendo para a terapêutica medicamentosa da mesma. Os agentes da PSP apresentam um valor de ordenação média mais elevado no Fator 2 - Reconhecimento da doença, sugestivo de que são estes participantes que manifestam mais a percepção de não estigmatização da doença mental, indiciando a sua aceitação, a crença no tratamento da doença mental e a crença na recuperação/reabilitação da pessoa com doença mental. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, designadamente no Fator 3 - Causa de estigma e discriminação ($p=0,020$) e no Fator 4 – Perigosidade ($p=0,003$) e no Fator 6 - Doença como condição médica ($p=0,000$).

Tabela 14 – Teste de Kruskal-Wallis entre as crenças sobre a doença mental e o grupo profissional

Grupo profissional	Professor	Enfermeiro	Agente da PSP	χ^2	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Crenças sobre a doença mental					
Fator 1 - Incurabilidade	73.93	58.48	65.57	4.510	0.105
Fator 2 - Reconhecimento da doença	68.59	66.59	79.36	0.637	0.727
Fator 3 - Causa de estigma e discriminação	75.39	58.99	44.57	7.780	0.020
Fator 4 - Perigosidade	77.34	53.48	55.64	11.484	0.003
Fator 5 – Responsabilidade Individual	68.27	72.11	48.57	2.181	0.336
Fator 6 – Doença como condição médica	58.81	87.30	68.00	15.286	0.000

Em síntese:

- índices mais elevados de crenças em relação ao reconhecimento da doença ($M=4,69\pm 0,64$) e em relação à doença mental como condição médica ($M=4,48\pm 0,73$);

- o sexo é uma variável que interfere estatisticamente nas crenças sobre a doença mental (Fator 2 - Reconhecimento da doença $p= 0,014$; Fator 6 – Doença como condição médica $p=0,000$), a idade (Fator 1 – Incurabilidade $p=0,001$; Fator 4 – Perigosidade ($p=0,001$) e o grupo profissional (Fator 3 - Causa de estigma e discriminação $p=0,020$; Fator 4 – Perigosidade $p=0,003$; Fator 6 - Doença como condição médica $p=0,000$).

2.2.3. Literacia em Saúde Mental

Analisando os dados relativos à literacia em saúde mental, encontrou-se um score mínimo de 3.00 e um máximo de 4,97 para o fator global. Os índices médios são de 4,21 ($\pm 0,40$) para os conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, 4.16 ($\pm 0,48$) para a procura de ajuda e comportamentos e 4,29 ($\pm 0,47$) para as estratégias de autoajuda. Verifica-se que os agentes educativos possuem mais literacia em saúde mental ao nível das estratégias de autoajuda, onde se regista o valor médio mais elevado. Os coeficientes de variação revelam dispersões baixas em torno do valores médios e os índices relativos à assimetria e curtose tendem para curvas normais com ligeiro enviesamento à direita para o fator 1 e fator global. (cf. tabela 15).

Tabela 15 – Estatísticas relativas à literacia em saúde mental

Literacia em saúde mental	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	136	3.00	5.00	4.21	0.40	9.50	-2.98	1.20
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos		2.90	5.00	4.16	0.48	11.53	-1.24	-0.87
Fator 3 - Estratégias de autoajuda		2.60	5.00	4.29	0.47	10.95	-1.29	1.06
Fator global		3.00	4.97	4.21	0.38	9.02	-2.12	0.65

Com base no score global e utilizando os percentis 25 e 75, efectuaram-se grupos de corte que permitiu classificar a literacia em saúde mental em três grupos (baixa literacia, moderada/intermédia e elevada/alta literacia). Verificou-se que os agentes educativos classificados com moderada/intermédia literacia em saúde mental apresentam um percentual de 46.3%, 27.2% revelam alta literacia e 26,5% baixa literacia.

Verifica-se que no grupo de agentes educativos com baixa literacia em saúde estão em igual representatividade ambos os sexos (homens 50,0% vs. mulheres 50,0%). São as mulheres que melhor pontuam com moderada/intermédia literacia em saúde mental (73,0%), bem como com alta literacia em saúde mental (86,5%), com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=12,033$; $p=0,002$), situando-se entre os homens com baixa literacia em saúde mental e as mulheres com alta literacia em saúde mental.

Em todos os grupos de coorte referentes à literacia em saúde mental estão em maioria os agentes educativos residentes em zona urbana, ou seja, 88,9% manifestam baixa literacia, 66,7% intermédia literacia e 67,6% alta literacia em saúde mental, com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=6,414$; $p=0,040$), situando-se entre os agentes educativos residentes em meio urbano com baixa literacia em saúde mental e os residentes em meio rural com intermédia literacia em saúde mental.

No grupo de agentes educativos a revelarem mais baixa literacia em saúde mental figuram os agentes mais velhos (38,9%), secundados pelos que se situam na faixa etária dos 45-54 anos (36,1%). Quem manifesta conhecimentos em literacia de saúde mental moderados são os agentes educativos com idade igual ou superior aos 55 anos (54,1%), sendo também nesta faixa etária que se situam os que manifestam mais elevada literacia em saúde mental (46,3%).

Fazendo-se uma análise dos resultados em função do **estado civil**, verifica-se que os valores percentuais mais elevados, em todos os grupos de coorte da literacia em saúde mental, correspondem aos agentes educativos que vivem com companheiro(a) (baixa literacia 77,8% vs. intermédias literacia 71,4% vs. alta literacia 62,2%).

Os resultados referentes à literacia em saúde mental em função das **habilitações literárias** revelam que as percentagens mais elevadas recaem nos agentes educativos que possuem a licenciatura. Assim, constata-se que 66,7% manifestam baixa literacia em saúde mental, 71,4% intermédia literacia e 68,4% alta literacia em saúde mental.

Quanto ao **grupo profissional**, a análise dos resultados revela que as percentagens mais elevadas correspondem aos professores, sendo que 69,4% manifestam baixa literacia, 50,8% intermédia literacia e 75,7% alta literacia em saúde mental.

Em relação ao **tempo de serviço** os valores percentuais mais elevados são encontrados para os agentes educativos com 21-30 anos de tempo de serviço, designadamente: 41,7% para os que possuem baixa literacia, 49,2% intermédia e 62,2% elevada literacia.

Dando-se continuidade à análise dos resultados, constata-se que na relação entre a literacia em saúde mental e o **vínculo à instituição**, os valores percentuais mais expressivos recaem nos agentes educativos com vínculo em funções públicas, onde 80,6% a manifestarem baixa literacia em saúde mental, 85,7% intermédia literacia e 64,8% alta literacia em saúde mental, com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=6,143$; $p=0,046$), situando-se entre os agentes educativos sem vínculo em funções públicas com alta literacia em saúde mental e os que possuem vínculo em funções públicas com intermédia literacia em saúde mental.

Verifica-se também que da relação entre a literacia em saúde mental e o facto de os agentes educativos contactarem maioritariamente com crianças do 1.º ciclo do ensino básico os valores percentuais mais elevados correspondem aos agentes educativos que relatam não contactar maioritariamente com essas crianças. Assim, apura-se que 63,9% manifestam baixa literacia em saúde mental, 71,4% intermédia literacia e 86,5% alta literacia em saúde mental.

Analisando-se a literacia em saúde mental em função dos agentes educativos lidarem maioritariamente com crianças/adolescentes do 2.º ciclo do ensino básico, apura-se que 50,0% dos que referem contactar com essas crianças/adolescentes manifestam baixa literacia em saúde mental. Consta-se ainda que 50,8% dos agentes educativos que contactam maioritariamente com crianças/adolescentes do 2.º ciclo revelam moderada/intermédia literacia em saúde mental, sendo também neste grupo que se destacam os que revelam elevada/alta literacia em saúde mental.

Os dados referentes à relação entre a saúde mental e o contacto com crianças/adolescentes do 3.º ciclo do ensino básico indicam que os valores percentuais mais elevados correspondem aos que responderam afirmativamente, verificando-se que 66,7% manifestam baixa literacia em saúde mental, 63,5% intermédia literacia e 54,1% alta literacia em saúde mental.

Tabela 16 – Literacia em saúde mental em função das variáveis sociodemográficas e profissionais

Literacia em saúde mental	Baixa		Intermédia		Alta		Total		Residuais			X ²	p
	nº (36)	% (26.5)	nº (63)	% (46.3)	nº (37)	% (27.2)	nº (136)	% (100.0)	1	2	3		
Sexo													
Masculino	18	50.0	17	27.0	5	13.5	40	29.4	3.2	-.6	-2.5	12.033	0.002
Feminino	18	50.0	46	73.0	32	86.5	96	70.6	-3.2	.6	2.5		
Idade													
≤44 anos	9	25.0	18	28.6	10	27.0	37	27.2	-.3	.3	.0	3.105	0.540
45-54 anos	13	36.1	16	25.4	7	18.9	36	26.5	1.5	-.3	-1.2		
≥55 anos	14	38.9	29	46.0	20	54.1	63	46.3	-1.0	-.1	1.1		
Zona de residência													
Urbana	32	88.9	42	66.7	25	67.6	99	72.8	2.5	-1.5	-.8	6.414	0.040
Rural	4	11.1	21	33.3	12	32.4	37	27.2	-2.5	1.5	.8		
Estado civil													
Sem companheiro(a)	8	22.2	18	28.6	14	37.8	40	29.4	-1.1	-.2	1.3	2.183	0.336
Com companheiro(a)	28	77.8	45	71.4	23	62.2	96	70.6	1.1	.2	-1.3		
Habilitações literárias													
≤ 12.º ano	2	5.6	3	4.8	0	0.0	5	3.7	Não aplicavel				
Licenciatura	24	66.7	45	71.4	24	64.9	93	68.4	-.3	.7	-.5	n.a.	n.a.
Mestrado/ doutoramento	10	27.8	15	23.8	13	35.1	38	27.9	.0	-1.0	1.1		
Grupo profissional													
Professor	25	69.4	32	50.8	28	75.7	85	62.5	1.0	-2.6	1.9	n.a.	n.a.
Enfermeiro	10	27.8	25	39.7	9	24.3	44	32.4	-.7	1.7	-1.2		
Agente da PSP	1	2.8	6	9.5	0	0.0	7	5.1	Não aplicavel				
Tempo de serviço													
≤20 anos	13	36.1	18	28.6	8	21.6	39	28.7	1.2	.0	-1.1	3.373	0.497
21-30 anos	15	41.7	31	49.2	23	62.2	69	50.7	-1.3	-.3	1.6		
≥31 anos	8	22.2	14	22.2	6	16.2	28	20.6	.3	.4	-.8		
Vínculo à Instituição													
Sem vínculo em funções públicas	7	19.4	9	14.3	13	35.1	29	21.3	-.3	-1.9	2.4	6.143	0.046
Com vínculo em funções públicas	29	80.6	54	85.7	24	64.9	107	78.7	.3	1.9	-2.4		
Contacta maioritariamente com crianças do 1.º CEB													
Sim	13	36.1	18	28.6	5	13.5	36	26.5	1.5	.5	-2.1	5.053	0.080
Não	23	63.9	45	71.4	32	86.5	100	73.5	-1.5	-.5	2.1		
Contacta maioritariamente com crianças/adolescentes do 2.º CEB													
Sim	18	50.0	32	50.8	23	62.2	73	53.7	-.5	-.6	1.2	1.478	0.478
Não	18	50.0	31	49.2	14	37.8	63	46.3					

Contacta maioritariamente com crianças/adolescentes do 3.º CEB													
Sim	24	66.7	40	63.5	20	54.1	84	61.8	.7	.4	-1.1	1.377	0.502
Não	12	33.3	23	36.5	17	45.9	52	38.2	-.7	-.4	1.1		

Em síntese:

- percentagem mais elevada de os agentes educativos classificados com moderada/intermédia literacia em saúde mental (46.3%);

no grupo de agentes educativos com baixa literacia em saúde estão em igual representatividade ambos os sexos (homens 50,0% vs. mulheres 50,0%).

- em todos os grupos de coorte referentes à literacia em saúde mental estão em maioria os agentes educativos residentes em zona urbana (88,9% baixa literacia, 66,7% intermédia literacia, 67,6% alta literacia);

- os agentes educativos mais velhos revelam mais baixa literacia em saúde mental (38,9%); quem manifesta conhecimentos em literacia de saúde mental moderados são os agentes educativos com idade igual ou superior aos 55 anos (54,1%) e mais elevada literacia em saúde mental (46,3%);

- valores percentuais mais elevados, em todos os grupos de coorte da literacia em saúde mental, para os agentes educativos com vivem com companheiro(a) (baixa literacia 77, 8% vs. intermédias literacia 71,4% vs. alta literacia 62,2%);

- as percentagens mais elevadas recaem nos agentes educativos que possuem a licenciatura 66,7% baixa literacia vs. 71,4% intermédia literacia vs. 68,4% alta literacia);

- as percentagens mais elevadas correspondem aos professores (69,4% baixa literacia vs. 50,8% intermédia literacia vs. 75,7% alta literacia em saúde mental);

- os valores percentuais mais elevados recaem nos agentes educativos com 21-30 anos de tempo de serviço (41,7% baixa literacia vs. 49,2% intermédia vs. 62,2% elevada literacia);

- os valores percentuais mais expressivos incidem nos agentes educativos com vínculo em funções públicas (80,6% baixa literacia vs. 85,7% intermédia literacia vs. 64,8% alta literacia em saúde mental);

- os valores percentuais mais elevados correspondem aos agentes educativos que não contactam maioritariamente com crianças do 1.º ciclo do ensino básico (63,9% baixa literacia vs. 71,4% intermédia literacia vs. 86,5% alta literacia em saúde mental);

- 50,0% dos agentes educativos que lidam maioritariamente com crianças/adolescentes do 2.º ciclo do ensino básico manifestam baixa literacia em saúde mental; 50,8% que contactam maioritariamente com crianças/adolescentes do 2.º ciclo revelam moderada/intermédia literacia em saúde mental;

- 66,7% dos agentes educativos que lidam maioritariamente com crianças/adolescentes do 3.º ciclo do ensino básico manifestam baixa literacia em saúde mental, 63,5% intermédia literacia e 54,1% alta literacia em saúde mental.

2.2. Análise inferencial

2.2.1. Relação entre a literacia em saúde mental e as variáveis sociodemográficas e profissionais

Ao fazer-se a análise dos valores de ordenação média obtidos através do teste U de Mann-Whitney verifica-se que os mesmos são sugestivos de que as mulheres apresentam maiores níveis de literacia em saúde mental em todos os fatores, resultando em diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) (cf. tabela 17).

Tabela 17 – Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e o sexo

Sexo	Masculino	Feminino	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental				
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	51.10	75.75	1224.000	0.001
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	50.96	75.81	1218.500	0.001
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	47.48	77.26	1079.000	0.000
Fator global	48.30	76.92	1112.000	0.000

A tabela 18 apresenta a relação entre a idade e a literacia em saúde mental. Os resultados demonstram que na globalidade são os agentes educativos com mais idade (≥ 55 anos) que manifestam maiores níveis de literacia em saúde mental, com exceção no fator 3 - estratégias de autoajuda, onde pontuam os agentes educativos mais novos (≤ 44 anos), com diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,010$).

Tabela 18 - Análise de variância entre a literacia em saúde mental e a idade

Literacia em saúde mental	Idade		≤44 anos		45-54 anos		≥55 anos		f	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp				
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	4.22	0.393	4.19	0.358	4.23	0.444	0.070	0.933		
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	4.09	0.423	4.06	0.531	4.26	0.471	2.689	0.072		
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	4.49	0.384	4.17	0.487	4.25	0.491	4.727	0.010		
Fator global	4.22	0.342	4.15	0.364	4.24	0.422	0.634	0.532		

Para se saber a influência da zona de residência na literacia em saúde mental recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney, cujos resultados revelam que existem diferenças estaticamente significativas no fator 3 – estratégias de autoajuda ($p=0,009$) e significância marginal nos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental e estratégias de fator global sendo os agentes educativos que residem em meio rural os que manifestam maiores níveis de literacia em saúde mental em todos os fatores (cf. tabela 19).

Tabela 19 – Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e a zona de residência

Literacia em saúde mental	Zona de residência	Urbana	Rural	UMW	P
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental		64.91	78.11	1476.000	0.082
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos		65.99	75.22	1583.000	0.223
Fator 3 - Estratégias de autoajuda		63.12	82.91	1298.500	0.009
Fator global		64.79	78.43	1464.000	0.072

Fazendo-se uma análise dos resultados em função do estado civil, como apresentado na tabela 20, constata-se que são os agentes educativos a viver sem companheiro(a) os que apresentam valores de ordenação média mais elevados em todos os fatores da literacia em saúde mental, sugerindo mais literacia, mas sem evidência estatística.

Tabela 20 – Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e o estado civil

Literacia em saúde mental	Estado civil	Sem companheiro(a)	Com companheiro(a)	UMW	P
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental		73.50	66.42	1720.000	0.339
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos		75.30	65.67	1648.000	0.193
Fator 3 - Estratégias de autoajuda		73.39	66.46	1724.500	0.346
Fator global		75.74	65.48	1630.500	0.167

Os resultados obtidos com o Teste de Kruskal-Wallis, na relação entre literacia em saúde mental e grupo profissional como exposto na tabela 18, indicam que os professores manifestam maiores níveis de literacia no que se refere ao fator 2 – procura de ajuda e comportamentos, sendo o grupo profissional dos enfermeiros a manifestarem índices mais

elevados no fator 1 – conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, no fator 3 – estratégias de autoajuda e no fator global, com diferenças estatísticas significativas, no fator 3 – estratégias de autoajuda ($p=0,045$) (cf. tabela 21).

Tabela 21 – Teste de Kruskal-Wallis entre a literacia em saúde mental e o grupo profissional

Grupo profissional	Professor	Enfermeiro	Agente da PSP	χ^2	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental					
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	67.33	72.27	59.00	0.888	0.642
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	72.16	61.09	70.57	2.320	0.313
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	65.22	78.66	44.50	6.217	0.045
Fator global	69.06	69.08	58.07	0.518	0.772

Ainda, para se saber a influência das habilitações literárias na literacia em saúde mental recorreu-se ao Teste de Kruskal-Wallis, cujos resultados indicam que os agentes educativos licenciados manifestam mais conhecimentos de literacia em saúde mental no que se refere ao fator 2 - procura de ajuda e comportamentos, e os que possuem o mestrado/doutoramento os que revelam maiores níveis de literacia em saúde mental no fator 1 - conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, no fator 3 – estratégias de autoajuda e no fator global mas sem evidências estatísticas (cf. tabela 22).

Tabela 22 – Teste de Kruskal-Wallis entre a literacia em saúde mental e as habilitações literárias

Habilitações literárias	$\leq 12.^{\circ}$ ano	Licenciatura	Mestrado/doutoramento	χ^2	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental					
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	43.00	67.74	73.71	2.801	0.246
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	56.20	70.01	66.43	0.730	0.694
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	37.70	67.15	75.86	4.565	0.102
Fator global	41.70	68.52	71.97	2.611	0.271

Em relação ao tempo de serviço o Teste de Kruskal-Wallis, indica que são os agentes educativos com um tempo de serviço entre os 21-30 anos os que apresentam valores de ordenação média mais elevados, sugerindo mais literacia em saúde mental em todos os factores, sem contudo se encontrar significância estatística (cf. tabela 23).

Tabela 23 – Teste de Kruskal-Wallis entre a literacia em saúde mental e o tempo de serviço

Tempo de serviço	≤ 20 anos	21-30 anos	≥ 31 anos	χ^2	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental					
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	62.79	72.14	67.48	1.428	0.490
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	59.95	74.75	65.00	3.812	0.149
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	70.21	72.08	57.30	2.953	0.228
Fator global	62.33	73.64	64.43	2.430	0.297

Já os resultados obtidos da aplicação do teste U de Mann-Whitney para o estudo da relação entre a literacia em saúde mental e o vínculo à instituição revelam ordenações médias mais elevados correspondem aos agentes educativos sem vínculo em funções públicas, sugerindo maiores níveis de literacia em saúde mental em todos os factores e com significância marginal no fator 3 – estratégias de auto-ajuda (cf. tabela 24).

Tabela 24 – Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e o vínculo à instituição

Vínculo à instituição	Sem vínculo em funções públicas	Com vínculo em funções públicas	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental				
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	74.22	66.95	1385.500	0.377
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	78.90	65.68	1250.000	0.108
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	80.24	65.32	1211.000	0.068
Fator global	78.66	65.75	1257.000	0.117

Em síntese:

- as mulheres apresentam maiores níveis de literacia em saúde mental em todos os factores;
- os agentes educativos com mais idade (≥ 55 anos), residentes em meio rural e a viver sem companheiro(a) manifestam maiores níveis de literacia em saúde mental;
- os professores manifestam maiores níveis de literacia no que se refere ao fator 2 – procura de ajuda e comportamentos; os enfermeiros manifestarem índices mais elevados no fator 1 – conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, no fator 3 – estratégias de autoajuda e no fator global;
- os agentes educativos licenciados manifestam mais conhecimentos de literacia em saúde mental no que se refere ao fator 2 - procura de ajuda e comportamentos; os que possuem o mestrado/doutoramento revelam maiores níveis de literacia em saúde mental no fator 1 - conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, no fator 3 – estratégias de autoajuda e no fator global;
- os agentes educativos com um tempo de serviço entre os 21-30 anos e sem vínculo em funções públicas revelam mais literacia em saúde mental em todos os factores.

2.2.2. Variáveis preditoras da literacia em saúde mental

Para se estudar a relação entre a literacia em saúde mental e as variáveis sociodemográficas, socioprofissionais e crenças sobre a doença mental, efectuou-se uma regressão linear múltipla univariada, por se considerar o melhor método quando se pretende analisar em simultâneo a relação entre uma variável dependente e duas ou mais variáveis independentes, de natureza quantitativa. Foi usado o método *stepwise*, para a selecção das variáveis. A variável sexo, residência e categoria profissional para poderem figurar na regressão múltipla, foram transformadas em *variáveis dummy*, sendo coligido o sexo masculino e os residentes em meio urbano com o código 1 e o feminino e residentes em meio rural com o código 0. Para a categoria profissional subdividida em dois grupos foram atribuídos para o grupo 1 os códigos 0 para os agentes educativos da saúde e PSP e 1 para os professores. Para o grupo 2 os códigos atribuídos foram o 0 para os agentes educativos os professores e agentes policiais e o 1 para os agentes de saúde.

O primeiro fator a ser estudado, através da regressão, foi o **fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental**. Na tabela 25 encontra-se a matriz de correlação, cujos resultados indicam valores correlacionais negativos para o género ($r=-0,326$), e residência ($r=-0,133$), para os professores ($r=-0,059$) e para o fator 3 - Doença como causa de estigma e discriminação ($r=-0,159$), estabelecendo-se relações diretas e positivas com as restantes variáveis. Registam-se diferenças estatisticamente significativas no género ($p=0,000$), no Fator 1 - Incurabilidade ($p=0,001$), no Fator 2 - Reconhecimento da doença ($p=0,000$), no Fator 3 - Doença como causa de estigma e discriminação ($p=0,032$), no Fator 5 - Responsabilidade Individual ($p=0,028$) e no Fator 6 - Doença como condição médica ($p=0,000$).

Tabela 25 - Correlações de Pearson entre a idade, o gênero, a zona de residência, tempo de serviço e crenças sobre a doença mental com o Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental

Variáveis	r	p
Idade	.030	0.362
Sexo_dummy	-.326	0.000
Residencia:dummy	-.133	0.062
Agentes educativos dummy (1)	-.059	0.248
Agentes educativos dummy (2)	.090	0.148
Tempo de serviço	.027	0.377
Fator 1 - Incurabilidade	.277	0.001
Fator 2 - Reconhecimento da doença	.568	0.000
Fator 3 -Doença como causa de estigma e discriminação	-.159	0.032
Fator 4 - Perigosidade	.035	0.344
Fator 5 - Responsabilidade Individual	.164	0.028
Fator 6 - Doença como condição médica	.439	0.000

As variáveis preditoras do Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental são o Fator 2 – Reconhecimento da doença, sexo masculino e os residentes em meio urbano que explicam na sua totalidade 38.4% da variabilidade, com um erro padrão de regressão de 0,322 e os valores de F ($f=57,370$; $p=0,038$), com significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre o Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, sexo e residência

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que o sexo e a residência em estabelecem uma relação inversa e o as crenças no reconhecimento da doença uma relação direta com o conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, sugerindo que os homens e os residentes em meio urbano revelam mais literacia sobre os problemas de saúde mental e quanto mais elevadas as crenças dos participantes no que se refere ao reconhecimento da doença maior é o nível de literacia em relação aos conhecimentos e estereótipos sobre os problemas de saúde mental. Recorreu-se também ao VIF (*variance inflation factor*), cujos valores indicam que as variáveis presentes no modelo não são colineares (cf. tabela 26).

O modelo final ajustado para o Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental} = 2,789 + 0,336 \text{ Fator 2 - Reconhecimento da doença} - 0,169 \text{ sexo} - 0,131 \text{ zona de residência}$$

Tabela 26 - Análise de regressão múltipla entre a idade, o género, a zona de residência, tempo de serviço e crenças sobre a doença mental com o Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental

Variável dependente: <i>Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental</i>					
R = 0,620					
R ² = 0,384					
R ² Ajustado=0,370					
Erro padrão de estimativa=0,322					
Incremento de R ² =0,020					
F=57,370					
p=0,038					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	Colinearidade VIF
Constante	2.789		12.938	0.000	
Fator 2 - Reconhecimento da doença	0.336	0.533	7.577	0.000	1.062
Sexo dummy (1) (masculino)	-0.169	-0.190	-2.683	0.008	1.070
Residência dummy (urbana)	-0.131	-0.144	-2.091	0.038	1.018
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	p
Regressão	8.576	3			
Residual	13.762	132	2.859	27.420	0,000
Total	22.339	135	0.104		

O segundo fator da literacia em saúde mental a ser estudado, através da regressão múltipla, é a **procura de ajuda e comportamentos**. Na tabela 27 encontra-se a matriz de correlação, cujos resultados indicam valores correlacionais negativos para o género masculino ($r=-0,326$), residentes em meio urbano ($r=-0,133$), para os enfermeiros ($r=-0,117$) e para o fator 3 - Doença como causa de estigma e discriminação ($r=-0,155$), estabelecendo-se relações diretas e positivas com as restantes variáveis. Registam-se diferenças estatisticamente significativas no género ($p=0,000$), no Fator 1 - Incurabilidade ($p=0,000$), no Fator 2 – Reconhecimento da doença ($p=0,000$), no Fator 3 - Doença como causa de estigma e discriminação ($p=0,036$) e no Fator 6 - Doença como condição médica ($p=0,001$).

Tabela 27 - Correlações de Pearson entre a idade, o gênero, a zona de residência, tempo de serviço e crenças sobre a doença mental com o Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos

Variáveis	r	p
Idade	0.014	0.435
Sexo_dummy	-0.320	0.000
Residencia:dummy	-0.116	0.089
Agentes educativos dummy (1)	0.106	0.110
Agentes educativos dummy (2)	-0.117	0.087
Tempo de serviço	0.017	0.423
Fator 1 - Incurabilidade	0.289	0.000
Fator 2 - Reconhecimento da doença	0.444	0.000
Fator 3 -Doença como causa de estigma e discriminação	-0.155	0.036
Fator 4 - Perigosidade	0.109	0.103
Fator 5 - Responsabilidade Individual	0.074	0.195
Fator 6 - Doença como condição médica	0.267	0.001

As variáveis preditoras do Fator 2 – Procura de ajuda e comportamentos são as crenças acerca do reconhecimento da doença, o sexo, os agentes de saúde e a residência que explicam na sua totalidade 31,0% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 28,9%, com um erro padrão de regressão de 0,406 e os valores do teste F ($f=5,022$; $p=0,027$) são significativos, o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre o Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que o sexo masculino, os residentes em meio urbano a os agentes de saúde e a residência estabelecem uma relação inversa com a Procura de ajuda e comportamentos enquanto o reconhecimento da doença uma relação direta, sugerindo que os homens, os profissionais de enfermagem e os residentes em meio urbano revelam mais conhecimentos sobre a procura de ajuda e comportamentos. Constata-se que quanto mais elevadas as crenças ao nível do reconhecimento da doença maior é o conhecimento da literacia em termos de procura de ajuda e comportamentos. Os valores de VIF indicam que as variáveis presentes no modelo não são colineares (cf. tabela 28).

O modelo final ajustado para o Fator 2 - C Procura de ajuda e comportamentos é dado pela seguinte fórmula:

Fator 2 – Procura de ajuda e comportamentos = 3,095 + 0,291 Fator 2 - Reconhecimento da doença - 0,293 sexo - 0,241 enfermeiros - 0,182 zona de residência

Tabela 28 - Análise de regressão múltipla entre a idade, o género, a zona de residência, tempo de serviço e crenças sobre a doença mental com o Fator 2 – Procura de ajuda e comportamentos

Variável dependente: Fator 2 – Procura de ajuda e comportamentos					
R = 0,557					
R ² = 0,310					
R ² Ajustado=0,289					
Erro padrão de estimativa=0,406					
Incremento de R ² =0,026					
F=5,022					
p=0,027					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	Colinearidade VIF
Constante	3.095		11.163	0.000	
Fator 2 - Reconhecimento da doença	0.291	0.391	5.218	0.000	1.064
Sexo dummy - masculino	-0.293	-0.278	-3.578	0.000	1.148
Agentes de saúde - Enfermeiros	-0.241	-0.235	-3.029	0.003	1.144
Residência (urbano)	-0.182	-0.168	-2.241	0.027	1.073
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	p
Regressão	9.700	4			
Residual	21.608	131	2.425	14.702	0,000
Total	31.308	135	0.165		

O terceiro fator da literacia em saúde mental a ser estudado, através da regressão múltipla, é as **Estratégias de auto-ajuda**. Na tabela 29 encontram-se as correlações que as variáveis independentes estabelecem com a variável dependente. São encontrados valores correlacionais negativos para a idade ($r=-0,230$), o género (masculino) ($r=-0,365$), residência (meio urbano) ($r=-0,186$), para agentes educativos (professores) ($r=-0,127$), (enfermeiros) ($r=-0,188$), tempo de serviço ($r=-0,191$), para o fator 3 - Doença como causa de estigma e discriminação ($r=-0,136$) e para o fator 4 – Perigosidade ($r=-0,012$), e associações diretas e positivas com as restantes variáveis. Apenas não se registam diferenças estatisticamente significativas na Incurabilidade, Doença como causa de estigma e discriminação, Perigosidade e Responsabilidade Individual.

Tabela 29 - Correlações de Pearson entre a idade, o gênero, a zona de residência, tempo de serviço e crenças sobre a doença mental com o Fator 3 – Estratégias de auto-ajuda

Variáveis	r	p
Idade	-0.230	0.004
Sexo_dummy	-0.365	0.000
Residencia:dummy	-0.186	0.015
Agentes educativos dummy (1)	-0.127	0.070
Agentes educativos dummy (2)	0.188	0.014
Tempo de serviço	-0.191	0.013
Fator 1 - Incurabilidade	0.100	0.122
Fator 2 - Reconhecimento da doença	0.373	0.000
Fator 3 -Doença como causa de estigma e discriminação	-0.136	0.057
Fator 4 - Perigosidade	-0.012	0.446
Fator 5 - Responsabilidade Individual	0.141	0.051
Fator 6 - Doença como condição médica	0.381	0.000

As variáveis preditoras do Fator 3 – Estratégias de auto-ajuda são o sexo (masculino), o Fator 2 – Reconhecimento da doença, a idade e residência (meio urbano) que explicam na sua totalidade 30,0% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 27,9%, com um erro padrão de regressão de 0,404 e os valores de t e o teste F apresentam significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre o Fator 3 – Estratégias de auto-ajuda.

Através dos coeficientes padronizados beta, constata-se que o sexo, a idade e os residência estabelecem uma relação inversa e entre as crenças no reconhecimento da doença e as estratégias de auto-ajuda uma relação direta, sugerindo assim que os homens e os residentes em meio urbano revelam mais conhecimentos as estratégias de auto-ajuda. Por outro lado, quanto menor a idade e maiores as crenças no reconhecimento da doença mais literacia possuem acerca das estratégias de auto-ajuda. Os valores de VIF, indiciam que as variáveis presentes no modelo não são colineares (cf. tabela 27) e independentemente da idade (cf. tabela 30).

O modelo final ajustado para o Fator 3 – Estratégias de auto-ajuda é dado pela seguinte fórmula:

Fator 3 – Estratégias de auto-ajuda = 3,946-0,249 homens + 0,262 Reconhecimento da doença - 0,014 idade - 0,163 residentes em meio urbano

Tabela 30 - Análise de regressão múltipla entre a idade, o género, a zona de residência, tempo de serviço e crenças sobre a doença mental com o Fator 3 – Estratégias de auto-ajuda

Variável dependente: Fator 2 – Estratégias de auto-ajuda					
R = 0,548					
R ² = 0,300					
R ² Ajustado=0,279					
Erro padrão de estimativa=0,404					
Incremento de R ² =0,023					
F=4,267					
p=0,041					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	Colinearidade VIF
Constante	3.946		12.137	0.000	
Sexo dummy- Homens	-0.249	-0.239	-3.128	0.002	1.095
Fator 2 - Reconhecimento da doença	0.262	0.356	4.668	0.000	1.087
Idade	-0.014	-0.223	-2.975	0.003	1.056
Residência (meio urbano)	-0.163	-0.153	-2.066	0.041	1.030
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	p
Regressão	9.194	4			
Residual	21.446	131	2.298	14.040	0.000
Total	30.640	135	0.164		

Por fim, estudou-se a literacia em saúde mental global. Na tabela 31 encontra-se a matriz de correlação, cujos resultados indicam valores correlacionais negativos para a idade ($r=-0,020$), o género (masculino) ($r=-0,376$), residência (meio urbano ($r=-0,155$), para agentes educativos (professores) ($r=-0,018$), para o tempo de serviço ($r=-0,014$) e para o fator 3 - Doença como causa de estigma e discriminação, e positivas com as restantes variáveis. Não se registam diferenças estatisticamente significativas para a idade, exercício profissional de professor e agentes de saúde, tempo de serviço e nas crenças acerca da perigosidade.

Tabela 31 - Correlações de Pearson entre a idade, o género, a zona de residência, tempo de serviço e crenças sobre a doença mental com a literacia em saúde mental global

Variáveis	r	p
Idade	-0.020	0.408
Sexo_dummy	-0.376	0.000
Residencia:dummy	-0.155	0.036
Agentes educativos dummy (1)	-0.018	0.419
Agentes educativos dummy (2)	0.043	0.311
Tempo de serviço	-0.014	0.436
Fator 1 - Incurabilidade	0.287	0.000
Fator 2 - Reconhecimento da doença	0.564	0.000
Fator 3 -Doença como causa de estigma e discriminação	-0.175	0.021
Fator 4 - Perigosidade	0.059	0.248
Fator 5 - Responsabilidade Individual	0.149	0.042
Fator 6 - Doença como condição médica	0.424	0.000

As variáveis preditoras da literacia em saúde mental global são o sexo, as crenças no reconhecimento da doença e residência, que explicam na sua totalidade 40,8% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 39,5%, com um erro padrão de regressão de 0,300 e os valores de t e F, significativos, o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a literacia em saúde mental global.

Pelos coeficientes padronizados beta, constata-se que o sexo, e a residência estabelecem uma relação inversa com a literacia em saúde mental sugerindo que os homens, e os residentes em meio urbano revelam maiores níveis de literacia em saúde mental. Por outro lado, quanto maior o nível de crenças no reconhecimento da doença que os participantes possuem maior o nível de literacia em saúde mental global. Recorreu-se também ao VIF, cujos valores indicam que as variáveis presentes no modelo não são colineares (cf. tabela 32).

O modelo final ajustado para o Fator 3 – Estratégias de auto-ajuda é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Literacia em saúde mental global} = 2,922 + 0,310 \text{ Fator 2 - Reconhecimento da doença} + -0,204 \text{ homens} + -0,138 \text{ residentes em meio urbano}$$

Tabela 32 - Análise de regressão múltipla entre a idade, o género, a zona de residência, tempo de serviço e crenças sobre a doença mental com a literacia em saúde mental global

Variável dependente: <i>Fator 2 – Literacia em saúde mental global</i>					
R = 0,639					
R ² = 0,408					
R ² Ajustado=0,395					
Erro padrão de estimativa=0,300					
Incremento de R ² =0,025					
F=5,606					
p=0,019					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	Colinearidade VIF
Constante	2.922		14.562	0.000	
Fator 2 - Reconhecimento da doença	0.310	0.518	7.509	0.000	1.062
Sexo dummy - Homens	-0.204	-0.242	-3.492	0.001	1.070
Residência (urbano)	-0.138	-0.160	-2.368	0.019	1.018
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	p
Regressão	8.220	3			
Residual	11.928	132	2.740	30.321	0.000
Total	20.147	135	0.090		

Em síntese:

- o sexo masculino, residir em meio urbano, o grupo profissional (gentes de saúde – enfermeiros) e o reconhecimento da doença mental (Fator 2 das crenças sobre a doença

mental) são variáveis preditoras de literacia em saúde mental, tendo em conta os seus fatores.

3. Discussão

No presente capítulo faz-se a discussão metodológica e a discussão dos resultados, tendo-se em conta as questões de investigação e os respetivos objetivos.

3.1. Discussão metodológica

Uma das principais preocupações inerentes à realização deste estudo foi desenvolver um trabalho metodologicamente rigoroso. Em consequência, a metodologia utilizada foi assumida como a mais correta o que permitiu tornar possível a realização deste estudo. Nesse sentido, os procedimentos metodológicos usados estão em consonância com os objetivos delineados e em conformidade as características da amostra (N=136 agentes educativos), cujo instrumento de recolha de dados foi o questionário de autorresposta. Este facto poderá ser arrogado como uma limitação metodológicas, uma vez que a veracidade dos resultados depende da sinceridade das respostas dos participantes, isto é, as suas respostas poderão ter sido mais encaminhadas para condutas socialmente desejáveis, podendo não traduzir condutas concretas, o que pode ter interferido nos resultados finais do estudo. Ainda neste âmbito, é de referir que existem sempre limitações quando se aplica este tipo de instrumento de recolha de dados e numa amostra potencialmente “saturada” no que se alude à aplicação de questionários. Para minimizar alguns vieses nos resultados recorreu-se a instrumentos validados e adaptados para a população portuguesa, contudo foi nossa preocupação proceder para todas as escalas a estudos de fiabilidade (consistência interna) por forma a determinar a sua validade interna. Deste modo, considera-se que os instrumentos de recolha de dados se revelaram adequados ao estudo, tendo como linha orientadora as questões de investigação e os objetivos traçados.

Considera-se igualmente uma limitação metodológica o facto de os participantes terem sido recrutados de acordo com o processo de amostragem não probabilística por conveniência, o que pode ter acarretado vieses dos resultados. Não obstante, julga-se que o tamanho da amostra é satisfatoriamente traduzindo-se em resultados fiáveis, embora, tal como já referenciado, o tipo de amostragem não probabilística, não sendo representativa, condiciona a generalização dos resultados a outra população de agentes educativos. Como tal, o presente estudo carece de confirmação com a realização de outros estudos na mesma área, caso possível, com amostras mais dilatadas e que sejam representativas da população em estudo. O facto de se tratar de um estudo empírico, com corte transversal, descritivo e correlacional, permitiu descrever a perceção dos agentes educativos sobre não

níveis de literacia em saúde mental e identificar a relação entre a variável dependente (literacia em saúde mental) e as variáveis independentes (sociodemográficas, socioprofissionais e crenças sobre a saúde mental). Foi a partir deste pressuposto que se tornou exequível avaliar a eficácia preditiva das variáveis em estudo sobre a literacia em saúde mental dos agentes educativos.

Outra limitação metodológica prende-se com o facto deste estudo ser transversal, o que aponta para algumas vantagens e desvantagens. Por conseguinte, considera-se vantajoso ser um estudo mais breve e metodologicamente menos complexo. Porém, tem as suas desvantagens, como por exemplo a avaliação centrar-se no momento da recolha de dados, isto é, na perceção retrospectiva dos respondentes, sem existir um seguimento da problemática em estudo, o que poderia ser evitado com a realização de um estudo longitudinal. Por outro lado, considera-se que existem sempre limitações quando se aplica este tipo de instrumento de recolha de dados não apenas à validade do próprio instrumento como também pelo facto de ser aplicado a uma amostra provavelmente “saturada” com preenchimentos sucessivos de instrumentos do mesmo género.

Embora conscientes destas limitações, considera-se que as opções metodológicas foram as mais adequadas ao tipo de estudo desenvolvido, tendo o mesmo permitido um conhecimento mais concreto da literacia em saúde mental dos agentes educativos, considerando as variáveis sociodemográficas, socioprofissionais e crenças sobre a saúde mental.

3.2. Discussão dos resultados

A literacia em saúde mental é a principal variável em estudo. Deste modo, optou-se por, previamente, proceder ao seu enquadramento, para melhor perceção e discussão da sua variação relativamente às variáveis independentes.

O conceito de literacia em saúde mental, percecionado como um conjunto de crenças e conhecimentos, permite às pessoas reconhecer e gerir, no sentido de autocuidado, bem como prevenir os problemas e perturbações mentais, possibilita desenvolver diversas tipologias de intervenção (Loureiro, Sousa & Gomes, 2014, p.63). Trata-se de um conceito definido equivalente aos conhecimentos e às crenças acerca das perturbações mentais que coadjuvam o seu reconhecimento, a sua gestão e prevenção.

Feitas estas considerações teóricas, consideradas como pertinentes, seguidamente discutem-se os resultados obtidos nas análises estatísticas realizadas, em corte transversal.

A amostra deste estudo é constituída por 136 agentes educativos, sendo 62,5% professores, 32,4% enfermeiros e 5,1% agentes policiais, com uma idade média de 48,34 anos ($\pm 7,49$ anos), sobressaindo os participantes com ≥ 55 anos (46,3%), residindo 72,8% em meio urbano, maioritariamente com companheiro(a) (70,6 %) e com o grau académico de licenciatura (68,4%). Verificou-se que 26,5% dos agentes educativos lidam maioritariamente com crianças do 1.º ciclo do ensino básico, 53,7% com crianças/adolescentes do 2.º ciclo do ensino básico e 61,8% com crianças/adolescentes do 3.º ciclo do ensino básico. A maioria possui entre 21-30 anos (50,7%) de tempo de serviço, com vínculo em funções públicas (78,7%).

3.2.1. Grau de literacia em saúde mental nos profissionais da educação, saúde e segurança

Quanto aos dados relativos à literacia em saúde mental, os índices médios são de 4,21 ($\pm 0,40$) para os conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, 4,16 ($\pm 0,48$) para a procura de ajuda e comportamentos e 4,29 ($\pm 0,47$) para as estratégias de autoajuda. Apurou-se os agentes educativos possuem maiores níveis de literacia em saúde mental em relação às estratégias de autoajuda, prevalecendo a intermédia literacia em saúde mental (46,3%). Importa referir que a não existência de um elevado nível de literacia em saúde mental assume-se como um fator importante para a ausência de comportamentos de procura de estratégias de autoajuda (Rosa, Loureiro & Sousa, 2014). Se os níveis de literacia em saúde mental forem baixos, as pessoas apresentam dificuldades em identificar de forma correta “as perturbações mentais; têm baixa compreensão dos fatores causais; crenças erradas sobre a efetividade do tratamento; são relutantes em procurar ajuda profissional e não sabem como ajudar os outros” (Rosa, Loureiro & Sousa, 2014, p. 80). Por conseguinte, a promoção da literacia em saúde mental constitui-se como um elemento chave que possibilita o reconhecimento e uma intervenção precoce nas perturbações mentais (Rosa et al., 2014, p. 80). É importante referir que a literacia em saúde mental não se restringe à pessoa em si, mas alarga-se à comunidade, no caso concreto à comunidade escolar; nem unicamente ao conhecimento. Pelo contrário, diz respeito às atitudes e aos comportamentos perante questões de saúde mental (Loureiro, 2016). Deste modo, a promoção da literacia em saúde mental nos agentes educativos assume-se como uma estratégia primordial de promoção da saúde mental dos próprios agentes educativos e para que estes possam potenciá-la nos alunos com os quais lidam diariamente, tendo em conta a prevenção, a intervenção precoce e o tratamento, o que resulta na redução da incapacidade causada pelos problemas de saúde mental e na minimização de atitudes estigmatizantes

perante as perturbações mentais, o que reforça a sua relevância e amplia o âmbito da sua ação.

3.2.2. Relação entre as variáveis sociodemográficas e a literacia em saúde mental nos profissionais da educação, saúde e segurança

A segunda questão de investigação previa estudar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a literacia em saúde mental. Assim, apurou-se que as mulheres apresentam maiores níveis de literacia em saúde mental em todos os fatores, com relevância significativa ($p < 0,05$), o que corrobora o estudo de Rocha (2016), em que também constatou que, numa amostra de indivíduos portugueses, maioritariamente feminina, com o nível académico licenciatura e residentes em meio urbano, a média de literacia em saúde mental para o género feminino é mais elevada comparativamente ao género masculino, sugerindo, assim, à semelhança do presente estudo, que as mulheres apresentam níveis mais elevados de literacia em saúde mental.

Os resultados demonstram também que os agentes educativos com mais idade (≥ 55 anos) manifestam níveis mais elevados de literacia em saúde mental, com exceção nas estratégias de autoajuda, onde pontuaram mais os agentes educativos mais novos (≤ 44 anos), com diferenças estatísticas ($p = 0,010$). No estudo Rocha (2016), apesar de não encontrarem significância estatística entre a idade e a literacia em saúde mental, apuraram que os participantes mais novos eram os que apresentavam um nível mais elevado de literacia em saúde mental, o que não conflui com o presente estudo, pois *grosso modo*, foram os agentes educativos com mais idade a revelarem níveis mais altos de literacia em saúde mental.

Os resultados apurados no presente estudo também revelam que existem diferenças significativas nas estratégias de autoajuda ($p = 0,009$), sendo os agentes educativos que residem em meio rural os que manifestam níveis mais elevados de literacia em saúde mental em todos os fatores. No estudo de Serrão, Veiga e Vieira (2015), onde se avaliou o grau de literacia em saúde mental e se pretendeu associar o nível de literacia em saúde mental e algumas características sociodemográficas dos participantes, ficou demonstrado que a grande maioria dos participantes evidenciou um nível de literacia em saúde baixo, com apenas 20% a serem capazes de interpretar e usar a informação escrita relacionada com a saúde de forma eficaz. O género, as habilitações literárias, a idade e o estado civil revelaram-se variáveis que afetam significativamente o nível de literacia em saúde mental dos participantes. No presente trabalho, as variáveis idade e zona de residência interferiram estatisticamente na saúde mental dos agentes educativos.

Constatou-se que os professores manifestaram maiores níveis de literacia em saúde mental no que se refere à procura de ajuda e comportamentos, sendo os enfermeiros os que manifestaram maiores níveis de literacia em saúde mental em relação aos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, estratégias de autoajuda e no fator global, com diferenças significativas, nas estratégias de autoajuda ($p=0,045$). Estes resultados poderão ser explicados com o facto de os enfermeiros estarem mais despertos para a prevenção e promoção da literacia em saúde mental. Por outro lado, a sua formação académica e o seu campo de ação profissional dota-os de mais conhecimentos em saúde mental e de como esta pode influenciar a saúde, os comportamentos de procura de ajuda e os resultados em saúde, permite-lhes dispor de informação sobre a melhor evidência científica neste âmbito. Refere-se que, de acordo com uma investigação realizada pela Organização Mundial de Saúde (2013), a baixa literacia em saúde mental parece ser maior na população idosa, em pessoas com baixo *status* social, baixo nível de habilitações literárias e baixos recursos financeiros.

É importante salientar que, segundo Morgado e Botelho (2014, p. 91), em Portugal, têm sido realizadas investigações por Loureiro e seus colaboradores que demonstram que os maiores “entraves à procura de ajuda profissional centram-se no facto das doenças serem causa de estigma e discriminação social e indicadores de fraqueza pessoal”, o que torna ainda mais pertinente continuar-se a apostar em programas que promovam a literacia em saúde mental junto das comunidades, o que implica uma atuação dos enfermeiros, diagnosticando as necessidades das populações em termos de saúde mental, como importante estratégia para aumentar o envolvimento das pessoas no seu processo de saúde/doença/saúde, procurando informações profissionais sobre as doenças e a sua forma de tratamento, bem como para uma procura de ajuda profissional. Destaca-se ainda a adoção de uma educação contínua, especificamente orientada para as necessidades dos indivíduos, como meio de os levar a atingir níveis ideais de literacia em saúde mental. Os enfermeiros devem continuar a promover intervenções ao nível do contexto escolar, tendo como público-alvo todos os agentes educativos, incluindo os alunos e pais/encarregados de educação, que objetivem melhorar os níveis de literacia em saúde mental, o que implica estratégias de comunicação em saúde, tendo sempre em conta as características sociodemográficas de cada pessoa.

3.2.3. Relação entre as variáveis socioprofissionais, as crenças sobre a doença mental e a literacia em saúde mental

Aferiu-se que os homens e os participantes residentes em meio urbano revelam mais literacia sobre os problemas de saúde mental e que quanto mais crenças têm os agentes educativos no reconhecimento da doença maior é o nível de literacia ao nível dos conhecimentos e estereótipos sobre os problemas de saúde mental. Constatou-se também que quanto mais crenças ao nível do reconhecimento da doença maior é a literacia em termos de procura de ajuda e comportamentos, bem como acerca das estratégias de autoajuda, revelando mais literacia em saúde mental global. Estes resultados remetem para o pressuposto de que os participantes não revelam estigmatização da doença mental, indiciando a sua aceitação, a crença no tratamento da doença mental e a crença na recuperação/reabilitação da pessoa com doença mental, o que os leva a ter mais conhecimentos sobre os problemas de saúde mental e procura de estratégias de autoajuda. A literacia em saúde mental, que implica o conhecimento e as habilidades necessárias para potenciar a saúde mental, é um determinante significativo da saúde mental e tem o potencial de beneficiar quer a saúde mental individual, quer da comunidade (Bjørnsen, Eilertsen, Ringdal, Espnes & Moksnes, 2017).

A literacia em saúde mental, enquanto capacidade de se poderem tomar decisões saudáveis de saúde no contexto da vida quotidiana, deve ser promovida para que haja uma participação efetiva na promoção da saúde (Barry, D'Eath & Sixsmith, 2013). Trata-se de um constructo complexo e multifacetado, sendo considerado como um determinante significativo para a saúde mental, dotando as pessoas de conhecimentos sobre os fatores de risco, resultando na capacidade de procurar recursos e estratégias de autoajuda, o que pode ser potenciado e reforçado através de iniciativas educativas, que dotem as pessoas de conhecimento e de habilidades necessárias que beneficiem a saúde mental (Jorm, 2012).

Assim, é importante considerar o conhecimento dos agentes educativos sobre os fatores que promovem a literacia em saúde mental e a sua posse de habilidades para uma aplicação prática dos conhecimentos quer em relação a si próprios, quer no que respeita aos alunos com os quais lidam diariamente. É que o conhecimento relacionado com a saúde mental capacita as pessoas a participarem em atividades de promoção da saúde nas comunidades, por exemplo, em ambiente escolar (Sørensen et al., 2012). O conhecimento dos fatores que compreendem a literacia em saúde mental deve conduzir necessariamente a um comportamento de promoção da saúde mental. Deste modo, argumenta-se que o conhecimento é um alicerce necessário para decisões de promoção da saúde e,

consequentemente, para a obtenção de níveis positivos de saúde mental. Ainda que o conhecimento não signifique necessariamente habilidades, reitera-se que este é fundamental para a construção de habilidades com aplicação prática e um ponto de partida necessário para promover a literacia em saúde mental (Kutcher, Wei & Coniglio, 2016).

Importa também referir que Fryers e Brugha (2013) e Guy, Furber, Leach e Segal (2016), a partir da análise de estudos longitudinais, identificaram 10 classes de riscos presentes na infância e na adolescência, fortemente associados a acontecimentos negativos na vida adulta: distúrbios psicológicos; factores biológicos/hereditários; vulnerabilidade neurológica na infância; comportamentos disruptivos; características da personalidade; baixo desempenho escolar; eventos familiares adversos; abusos e negligência; ambiente familiar disfuncional e separação/divórcio parental, e que esses factores de risco estão associados ao aumento da probabilidade do aparecimento de problemas de saúde mental, assim como a uma maior gravidade e duração, sendo os principais: o insucesso escolar e desmoralização escolar; défices de atenção; abuso infantil e negligência; insónia crónica; dor crónica; alterações da comunicação; gravidez precoces; imaturidade e descontrolo emocional; uso excessivo de substâncias; violência, agressão ou trauma; conflitos familiares; solidão; desequilíbrio neuro-químico; dificuldades de leitura; deficiências sensoriais ou orgânicas e eventos de vida stressantes, é fundamental que os agentes educativos tenham um elevado nível de literacia em saúde para que possam ajudar os alunos em termos de problemas de saúde mental e ao nível do desenvolvimento comportamental. Neste âmbito, menciona-se que o último estudo sobre Comportamentos de Saúde em Crianças em Idade Escolar refere que metade de todos os problemas de saúde mental na idade adulta tem início durante ou antes da adolescência. A depressão e os transtornos de ansiedade estão entre as cinco principais causas de doença em geral. O suicídio é a principal causa de morte entre os adolescentes com idade compreendida entre os 10 e 19 anos, nos países com baixo ou médio rendimento e nos países com alto rendimento é a segunda causa de morte na Europa (Organização Mundial de Saúde, 2018).

Para que se possa promover um desenvolvimento saudável global das crianças e adolescentes nesse período das suas vidas e conseguir-se o pleno desenvolvimento das suas potencialidades, é imprescindível que se assegurem mecanismos de educação ao nível da saúde mental, reconhecendo-se que as crianças e os adolescentes em sofrimento psíquico vivem num contexto subjetivo. Como tal, as propostas de intervenção não possuirão o alcance exigível às suas necessidades caso não haja uma articulação efectiva entre os diversos agentes educativos (Santos, Jorge, Freita & Queiroz, 2011). É de salientar que a proteção à saúde mental da criança e do adolescente inicia-se com a proteção dos pais e os demais familiares, as escolas e a comunidade, sendo necessário que os

enfermeiros e os restantes agentes de educação estejam sensibilizados e preparados em termos de literacia em saúde mental para adotarem estratégias preventivas e promotoras de saúde que tenham em consideração os aspetos biopsicossociais e culturais dos alunos com os quais lidam diariamente.

Conclusão

É chegado o momento de se traduzir uma reflexão final acerca dos aspetos inerentes ao desenvolvimento desta investigação, realçando-se os resultados alcançados que se consideram ser os mais pertinentes e abordam-se algumas implicações práticas deles resultantes.

Este estudo permitiu compreender melhor os determinantes de literacia em saúde mental em agentes educativos, mais especificamente verificar o grau de literacia em saúde mental nos profissionais da educação, saúde e segurança; identificar que variáveis sociodemográficas e socioprofissionais interferem na literacia em saúde mental dos agentes educativos e averiguar se existe relação entre as crenças sobre a doença mental e a literacia em saúde mental.

Para este estudo, recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência de 136 agentes educativos (professores, enfermeiros e agentes policiais). O perfil que se extraiu revela uma amostra maioritariamente feminina, com uma idade média de 48,34 anos ($\pm 7,49$ anos), sobressaindo os participantes residentes em meio urbano, com companheiro(a) e com o grau académico de licenciatura. Verificou-se que a maioria dos agentes educativos lida maioritariamente com crianças/adolescentes do 3.º ciclo do ensino básico. Prevalcem os participantes com 21-30 anos de tempo de serviço e com vínculo em funções públicas.

Após análise e discussão dos dados recolhidos sobressaem as seguintes evidências:

Os agentes educativos revelam mais crenças em relação ao reconhecimento da doença mental e em relação à doença mental como condição médica, não encarando a causa da doença mental de forma estigmatizante e discriminatória.

Em termos de literacia em saúde mental, os valores médios mais elevados recaíram nos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, procura de ajuda e comportamentos e nas estratégias de autoajuda. Os agentes educativos possuem maiores níveis de literacia em saúde mental em relação às estratégias de autoajuda, prevalecendo a intermédia literacia em saúde mental.

As mulheres apresentam maiores níveis de literacia em saúde mental em todos os fatores. Os agentes educativos com mais idade (≥ 55 anos) manifestam melhores níveis de literacia em saúde mental, com exceção nas estratégias de autoajuda, onde pontuaram os agentes educativos mais novos (≤ 44 anos). Os participantes residentes em meio rural

expressam níveis mais elevados de literacia em saúde mental em todos os fatores. Estas variáveis revelaram diferenças significativas.

Os professores exprimem melhores níveis de literacia em saúde mental no que se refere à procura de ajuda e comportamentos, sendo os enfermeiros os que manifestam mais literacia em saúde mental em relação aos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, estratégias de autoajuda e no fator global, com diferenças estatísticas significativas, nas estratégias de autoajuda.

As variáveis preditoras de saúde mental foram o género masculino, zona de residência em meio urbano, crenças no reconhecimento da doença e o grupo profissional de Enfermeiro. Assim, concluiu-se que os homens e os participantes residentes em meio urbano revelam mais literacia sobre os problemas de saúde mental e que quanto mais crenças têm os agentes educativos no reconhecimento da doença, maior é o nível de literacia ao nível dos conhecimentos e estereótipos sobre os problemas de saúde mental. Quanto mais crenças ao nível do reconhecimento da doença maior é a literacia em termos de procura de ajuda e comportamentos, bem como acerca das estratégias de autoajuda, revelando mais literacia em saúde mental global.

Concluído o estudo e enfatizados os aspetos mais relevantes, ficou-se a saber que as variáveis independentes se associaram com a literacia em saúde mental dos agentes educativos estudados.

Assim, em conformidade com a diversa bibliografia referenciada ao longo do trabalho, pode afirmar-se que a saúde é um valor partilhado por todos os cidadãos quer nos países desenvolvidos, quer nos países em desenvolvimento. É a mais importante condição para a vida humana mais do que o sucesso económico ou um futuro prometedor. Do ponto de vista da sociedade, a saúde é um fator de produção que garante um bom ambiente económico e organizacional. É também um fenómeno com forte componente social, psicológico, espiritual e físico. A saúde nasce em todas as políticas e em todos os setores, pelo que não existe saúde, sem saúde mental.

Durante esta dissertação verificou-se que a literacia em saúde mental é um foco de interesse de várias áreas do saber e os meios de produção da sociedade da informação exigem que as pessoas sejam flexíveis, criativas, inovadoras, capazes de aprender, capazes de criar, fazer contactos sociais e em rede por outras palavras, que adquiriam competências pessoais e mentais. Consequentemente, a saúde mental é uma condição prévia para a produtividade laboral e para a competitividade das sociedades. Enquanto a aprendizagem e o desenvolvimento de competências se tornaram imprescindíveis, qualquer privação de aprendizagem levaria certamente ao esgotamento. Se esta aprendizagem for

precoce, as oportunidades de aprendizagem do ser humano assumem uma maior importância na sociedade ao longo da sua vida. Este paradigma exige a conciliação entre o trabalho, levando ao desenvolvimento da organização da vida profissional. A responsabilidade pela saúde mental deve ser dotada em toda a sociedade, no comércio, na saúde, no planeamento local, na educação, na cultura, na segurança nacional, combatendo firmemente a exclusão.

Após a realização deste estudo chegou-se à conclusão que é necessário desenvolver ações de formação sobre a saúde mental na comunidade escolar e na comunidade em geral, como meio de dotar as pessoas, independentemente do seu grupo profissional, de literacia em saúde mental, para que se alterem as crenças negativas sobre a doença mental e para que se minimize a possível estigmatização que daí possa advir. É que a pessoa estigmatizada terá menos oportunidades de procurar ajuda em termos de saúde. O estigma para com seropositivos é influenciado pelo contexto sociocultural em que ocorre, incluindo a natureza da epidemia. Será importante que essas ações de formação sejam adequadas às características sociodemográficas e profissionais da população alvo.

Espera-se que, de alguma forma, que as conclusões e sugestões sejam especialmente dirigidas para os agentes educativos da saúde, a nível institucional ou profissional, com o objetivo de lhes fornecer “acréscimos” baseados na evidência, e desenvolver as nossas sociedades como ambientes promotores de uma vida mentalmente mais saudável.

Não é nossa pretensão que, ao fim de quase 25 anos de profissão, queiramos resolver problemas, mas ter algum impacto positivo na vida das pessoas, que elas reflitam sobre questões relacionadas com a saúde mental, que analisem as suas próprias atitudes em perspetivas diferentes. Temos vindo a observar diariamente, quer a nível pessoal, quer profissional, doentes crónicos com uma saúde mental cada vez mais afetada, crianças com comportamentos cada vez mais inadequados. Assim, mediante os resultados apurados, e como profissionais de saúde, sugere-se uma maior intervenção para se dotar as pessoas de literacia em saúde mental, uma vez que as crenças negativas sobre as doenças mentais, que ainda persistem, se deve à compreensão limitada de que as doenças mentais, resultando em atitudes de discriminação nas esferas relacionais mais próximas da pessoa com doença mental. Será importante que se crie uma cultura da saúde mental o que implica informar melhor a população e também sobre a frequência com que transtornos mais “leves”, pelo menos durante os primeiros sinais, surgem e as características que podem ajudar a identificar a doença.

Decorrente das evidências empíricas encontradas no presente estudo, sugere-se igualmente que se implementem políticas protectoras da saúde mental, que incluam os

seguintes elementos: modernizar a legislação, implementar programas de saúde mental regionais; cooperação entre setores; política ativa de recursos humanos; inclusão de utentes e prestadores de cuidados; sistemas de informação sobre saúde mental abrangentes; programas de luta contra o estigma.

Para terminar, faz-se referência às implicações práticas do estudo.

- A construção de grupos de autoajuda, fornecendo sistemas de apoio e de acesso fácil, tanto nas instituições como nos centros de saúde, com equidade social e justa;
- Desenvolver ambientes saudáveis a nível de instituições de trabalho;
- Ocupação de tempos livres, com estruturas promotoras de participação cívica, tanto institucional como populacional;
- Promover um apoio psicológico mais sistematizado quer nas escolas, quer nas instituições laborais, sempre que necessário;
- Valorização laboral, com reforços positivos frequentes, envolvendo os trabalhadores, proporcionando o equilíbrio laboral e familiar.

Em suma, uma política de literacia em saúde mental deve abranger todo um conjunto de leis, programas, financiamentos, que estejam ao alcance de toda a população para que se possa trabalhar na prevenção da mortalidade prematura, na prevenção de distúrbios mentais e de comportamento, na redução do estigma e na proteção dos direitos humanos, favorecendo a literacia em todos os indivíduos, no geral.

Referências bibliográficas

- Akhtar, M. (2012). *Vencer a depressão com a Psicologia Positiva*. Amadora: Editora Nascente.
- Almeida, D., Silva, M., Gaspar, R., & Fonseca, S. (2014). *Literacia em saúde e estado nutricional*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu
- Almeida, J.M.C. de, & Xavier, M. (Coord.) (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Acedido em http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- Baptista, A. (2013). *Aprender a ser feliz – Exercícios de Psicoterapia Positiva*. Lisboa: Factor
- Barry, M.M., D'Eath, M., & Sixsmith, J. (2013). Interventions for improving population health literacy: insights from a rapid review of the evidence. *J Health Commun.*; 18, 1507–22.
- Bjørnsen, H.N., Eilertsen, M.E.B., Ringdal, R., Espnes, G.A., & Moksnes, U.K-. (2017). Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *Public Health*, 17, 717, 2-10. DOI 10.1186/s12889-017-4733-6.
- Campos, L. & Palha, F. (2012). Professores UPA fazem a diferença-estudo piloto. *Comunicação no 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Universidade de Aveiro. Acedido em [///C:/Users/CLDSMAISVOUZELA/Downloads/331.pdf](http://C:/Users/CLDSMAISVOUZELA/Downloads/331.pdf)
- Campos, L., Palha, F., Dias, P., Veiga, E. & Duarte, A. (2012). Finding Space to Mental Health – Promoting mental health in adolescents (12-14 years-old): Preliminary Results of the pilot study. Poster presented at 11th Congress of World Association for Psychosocial Rehabilitation, Milão, Itália. <http://www.encontrarse.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=2249>.
- Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health (CAMIMH). (2015). *Mental health literacy in Canada: phase one report mental health literacy project*. Ottawa (ON): CAMIMH.
- Canadian Council on Learning (2007). *Health Literacy in Canada: Initial results from the International Adult Literacy and Skills Survey*. Acedido em www.ccl-cca.ca/pdfs/HealthLiteracy/HealthLiteracyinCanada.pdf.

- Carneiro, V., Silva, I., & Jóluskin, G. (2017). Literacia em saúde: um retrato da população adulta portuguesa. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 4, Extr.(14), A14-134-138. Acedido em <http://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/viewFile/2559/pdf>
- Chen, H., Parker, G., Kua, J., Jorm, A. F., & Loh, J. (2000). Mental health literacy in Singapore: a comparative survey of psychiatrists and primary health professionals. *Annals Academy of Medicine, Singapore*, 29, 467-473.
- Choudhry, F.R., Mani, V., Ming, L.C., & Khan, T.M. (2016). Beliefs and perception about mental health issues: a meta-synthesis. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12, 2807-2818. doi: 10.2147/NDT.S111543.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). CIPE Versão 1 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2007). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007—2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Coutinho, C.P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Cruz, D.M. (2013). *Literacia em eHealth dos Portugueses: Estudo exploratório*. (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior. Ciências Sociais e Humanas. Acedido em <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2942>
- Decreto-lei nº 7-B/2016 de 31 de março. Aprova as grandes opções do plano para 2016-2019. Diário da República 1ª série nº 63 de 31 de março de 2016.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Ministério da Saúde. Acedido em <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>
- Direção-Geral de Saúde (2016). *Saúde mental em números 2015: programa nacional para a saúde mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>
- Direcção-Geral Da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx>

- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. (2016). *Literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fernandes, P. (2012). *Literacia em saúde: contribuição para o estudo de adaptação e validação do NVS - Newest Vital Sign*. [Dissertação de Mestrado]. ISPA – Instituto Universitário. Acedido em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2287/1/14921.pdf>
- Figueiral, M.F.M. (2016). *Literacia em saúde mental nos adolescentes do terceiro ciclo: um estudo no Agrupamento de Escolas de Vouzela e Campia*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Acedido em http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/MESTRADOS_ESEC/ANA_PEDREIRO.pdf
- Fryers, T., & Brugha, T. (2013). Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Send to Clin Pract Epidemiol Ment Health.*; 9,1-50. doi: 10.2174/1745017901309010001.
- Goleman, D. (2010). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Guo, C., Tomson, G., Keller, C., & Söderqvist, F. (2018). Prevalence and correlates of positive mental health in Chinese adolescents. *BMC Public Health.*; 18, 263. doi: 10.1186/s12889-018-5133-2. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5816379/>
- Guy, S., Furber, G., Leach, M. & Segal, L. (2016). How many children in Australia are at risk of adult mental illness? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 50(12) 1146-1160. Doi: 10.1177/0004867416640098
- Jorm, A. (2011). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 1, 1-13.
- Jorm, A. F. (2012). Mental Health Literacy - Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychological Association*, 67(3), 231-243. doi: 10.1037/a0025957.
- Jorm, A. F. (2014). Mental health literacy: Promoting public action to reduce mental health problems. In *Literacia em saúde mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (Vol. 8, pp. 27-39). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.
- Jorm, A.F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401. doi: 10.1192/bjp.177.5.396

- Kishore, J., Gupta, A., Jiloha, B.C., & Bantman, P. (2011). Myths, beliefs and perceptions about mental disorders and health-seeking behavior in Delhi, India. *Indian J Psychiatry*, 53(4), 324-329. doi: 10.4103/0019-5545.91906.
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: past, present, and future. *Can J Psychiatr.*; 61,154-158.
- Lei de Saúde Mental. Lei nº 36/98, de 24 julho. Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24. Acedido em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75115272/view?p_p_state=maximized
- Leite, A.R.V.D.F. (2016). *Conceção de um Programa de Saúde Mental Positiva para docentes do Ensino Básico*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17329/1/Conce%C3%A7%C3%A3o%20de%20um%20Programa%20de%20Sa%C3%BAde%20Mental%20Positiva%20para%20docentes%20do%20Ensino%20B%C3%A1sico.pdf>
- Lluch, M. T. (2008). Concepto de salud mental positiva: Factores relacionados. In J. Fornes, y J. Gómez (coord.), Recursos y programas para la salud mental. *Enfermería psicosocial II*, 37-69.
- Loureiro, L. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação. *Revista portuguesa de saúde pública*, 33(1), 1. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v33n1/v33n1a01.pdf>
- Loureiro, L. (2015). Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuaLisMental: estudo das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (4), 79-88.
- Loureiro, L. M., & Abrantes, A. R. (2014). Estigma e procura de ajuda em saúde mental. In *Literacia em saúde mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (Vol. 8, pp. 41-61). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.
- Loureiro, L. M., Sousa, C. S., & Gomes, S. P. (2014). Literacia em Saúde – Breve Introdução ao Conceito. In *Literacia em saúde mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir*. *Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*, 8, 13-25.
- Loureiro, L., Dias, A., & Ferreira, P. (2006). ICDM – Um inventário de crenças acerca da doença mental. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 14, 36-44.
- 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 portuguesas a partir de um focus group. *Investigação em Enfermagem*, 25, 42-48.
- Loureiro, L.M., Jorm, A.F., Mendes, A.C., Santos, J.C., Ferreira, R.O., & Pedreiro, A.T. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of Portuguese youth. *BMC Psychiatry*, 13(1), 129.
- Loureiro, L.M.J. (2015). Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV - n.º 4 - jan./fev./mar. 2015, 79-88. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a09.pdf>
- Luis, F.S.L. (2010). *Literacia em Saúde e Alimentação Saudável: Os novos produtos e a escolha dos alimentos*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. Acedido em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/4264/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Luis%20Francisco%20Soares%20Luis.pdf>
- Luís, M.S.A. (2014). *Literacia em saúde mental e o papel do género: Follow-up do projeto Abrir Espaço à Saúde Mental*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Porto. Acedido em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17313/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Marta_2014.pdf
- Marreiros, A., Ribeiro, A., Santos, D., & Portugal, J. (2018). Programa de literacia em saúde mental na população infantil: demonstração de eficácia. *Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 89-97. Acedido em <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6169/1/12CongNacSaude089.pdf>
- Marson, J. (2013). *Aprenda a dizer Não sem se sentir culpado*. Amadora: Editora Nascente.
- Morgado, T., & Botelho, M. (2014). Intervenções promotoras da literacia em saúde mental dos adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Especial, 1, 91-95.
- Norman, C., & Skinner A. (2006). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World *Journal of Medical Internet Research*. Acedido em URL: <http://www.jmir.org>
- O'Connor, M., Casey, L., & Clough, B. (2014). Measuring mental health literacy—a review of scale-based measures. *J Ment Health*, 23, 197-204. doi:10.3109/09638237.2014.910646

- Organização Mundial de Saúde (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Consultado em: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2012). Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies. Acedido em http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Acedido em http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/
- Organização Mundial de Saúde (2013). *Mental Health: strengthening mental health promotion*. Acedido em www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/
- Organização Mundial de Saúde (2014). *Health literacy and health behavior*. World Health Organization Web site. Acedido em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf?ua=1
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Power, A. K. (2010). Transforming the Nation's Health: Next Steps in Mental Health Promotion. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2343-6. doi: 10.2105/AJPH.2010.192138.
- Quartilho, M.J. (2010). *Saúde mental*. 1.^a Edição. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. ISBN: 978-989-26-0039-0
- Rocha, I. (2016). *Adaptação e Validação da Escala Mental Health Literacy para a População Portuguesa*. (Dissertação de Mestrado). Campus Universitário de Almada Instituto de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24532/1/In%C3%AAs%20Rocha%20-%20ISEIT.pdf>
- Rosa, A., Loureiro, L., & Sousa, C. (2014). Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: uma revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes. In L. Loureiro (Coord.), *Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 77- 91). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Sampieri, R.H., Collado, C.F., & Lucio, P.B. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

- Santos, D.C.M. dos., Jorge, M.S.B., Freita, C.H.A. de, & Queiroz, M.V.O. (2011). Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil. *Acta Paul Enferm*; 24(6), 845-50. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n6/a20v24n6.pdf>
- Seligman, M. (2012). *Florescer: Uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Sequeira, C., & Lluch, T. (2015). *Saúde Mental Positiva - Conferência apresentada no Dia Mundial da Saúde Mental na Escola Superior de Saúde de Viseu*. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/282663073_Saude_Mental_Positiva
- Sequeira, C., Carvalho, J.C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*. ISSN 1647-2160. (2014) Edição: 11, 45-53. Acedido em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/19775>
- Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Especial, 2, 32-37.
- Skre, I., Friberg, O., Breivik, C., Johnsen, L., Arnesen, Y., & Wang, C. (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health*, 13(1), 1-15. doi:10.1186/1471-2458-13-873
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J.M., Slonska, & Helmut, Z.B. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22276600>
- Subramaniam, M., Abdin, E., Picco, L., Shahwan, S. et al. (2017). Continuum beliefs and stigmatising beliefs about mental illness: results from an Asian community survey. *BMJ Open*; 7:e014993. doi:10.1136/bmjopen-2016-014993.
- UNESCO (2009). *Education/Literacy*. Acedido em www.unesco.org/en/literacy.
- Vasconcelos, M.G.T. (2016). *Literacia em saúde mental e o papel da proximidade a problemas de saúde mental: follow-up do Projeto Abrir Espaço à saúde Mental*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Porto. Acedido em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20556/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20FINAL%20MARCIA%20VASCONCELOS.pdf>

- Wong, D.F., Lam, A.Y., Poon, A. et al. (2012). Gender differences in mental health literacy among Chinese-speaking Australians in Melbourne, Australia. *Int J Soc Psychiatry* ;58,178–85. doi:10.1177/0020764010390431
- World Health Organization (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Consultado em: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- World Health Organization (2013). *Health literacy. The solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2018). Adolescent mental health in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Acedido em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/383891/adolescent-mh-fs-eng.pdf?ua=1&fbclid=IwAR279LxYDftjXFV8meSL40rSvaC6kcWITW6NI7Bbwgvr4LrI NAyubWgMjgl

Anexos

Anexo 1 – Instrumento de recolha de dados

I PARTE			
CARACTERIZAÇÃO SOCIO-PROFISSIONAL			
1 - Idade _____ anos	2 - Género: 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino	3 - Zona de residência: 1 <input type="checkbox"/> Urbana 2 <input type="checkbox"/> Rural	4 - Estado Civil: 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> Casado 3 <input type="checkbox"/> União de facto 4 <input type="checkbox"/> Divorciado
5 - Área de exercício profissional: 1 <input type="checkbox"/> Educação 2 <input type="checkbox"/> Saúde 3 <input type="checkbox"/> Segurança		6 - Contacta maioritariamente com crianças e adolescentes: 1 <input type="checkbox"/> 1º Ciclo 2 <input type="checkbox"/> 2º Ciclo 3 <input type="checkbox"/> 3º Ciclo	
7 - Habilitações académicas profissionais: 1 <input type="checkbox"/> <= 12º ano 2 <input type="checkbox"/> Bacharelato 3 <input type="checkbox"/> Licenciatura 4 <input type="checkbox"/> Mestrado 5 <input type="checkbox"/> Doutoramento 6 <input type="checkbox"/> Especialização Qual? _____ 7 <input type="checkbox"/> Pós-graduação Qual? _____			
8 - Profissão: _____ 8.1 - Tempo de serviço: _____ Anos _____ Meses		9 - Tipo de vínculo à Instituição: 1 <input type="checkbox"/> Contrato de trabalho a termo resolutivo certo 2 <input type="checkbox"/> Contrato de trabalho a termo resolutivo incerto 3 <input type="checkbox"/> Contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado Outro. Qual? _____	
10 - Horário de Trabalho: 1 <input type="checkbox"/> Horário completo 2 <input type="checkbox"/> Tempo Parcial 3 <input type="checkbox"/> Fixo 4 <input type="checkbox"/> Por turnos 5 <input type="checkbox"/> Pós-Laboral			

V PARTE

Questionário de Literacia em Saúde Mental – LSMq
(Campos, Palha, Dias, Veiga & Duarte, 2012; Campos & Dias, 2014)

Leia com atenção, cada uma das afirmações apresentadas e coloque uma cruz (X) na afirmação que corresponde á sua opinião.

	Discordo muito	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo Muito
1. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar.					
2. Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental.					
3. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz.					
4. Em casos de esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas e observadas).					
5. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família.					
6. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo.					
7. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.					
8. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com um seu familiar.					
9. Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental.					
10. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psicóloga).					
11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.					
12. As pessoas com perturbação mental são de famílias com pouco dinheiro.					
13. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar ou criticar.					
14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais.					
15. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.					
16. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.					
17. Só os adultos têm perturbações mentais.					
18. O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais.					
19. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico.					
20. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos.					
21. Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental.					
22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.					
23. Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto.					
24. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar.					
25. A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental.					
26. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.					

	Discorde muito	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito
27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.					
28. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.					
29. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor.					
30. Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental.					
31. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.					
32. Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental.					
33. Situações de grande stress podem causar perturbações mentais.					

34. Da seguinte lista, assinala com uma cruz (X) os problemas que achas que são perturbações mentais (podes assinalar mais do que uma opção):

- 1 Ansiedade generalizada
- 2 Paralisia cerebral
- 3 Trissomia 21
- 4 Parkinson
- 5 Depressão
- 6 AVC
- 7 Esquizofrenia

Anexo 2 – Autorizações dos autores das escalas

RE: Pedido de autorização Caixa de entrada x



 **clardin@sapo.pt**
para eu ▾

sáb, 30 de Jun de 2018 14:13 ☆ ↻

Cara Clara,
Antes de mais, peço desculpa pelo atraso da minha resposta. Agradeço o seu interesse pelo nosso trabalho.
Anexo o LSMq, estando autorizada a utilizá-lo na sua investigação.
Bom trabalho.
Luísa Campos

De: clardin@sapo.pt <clardin@sapo.pt>
Enviada: 23 de maio de 2018 13:30
Para: Luísa Campos <mcampos@porto.ucc.pt>
Assunto: Pedido de autorização
Importância: Alta

Boa Tarde Sr. Professora Doutora Luísa Campos,

Venho por este meio pedir autorização de aplicação de questionário sobre "Literacia em Saúde Mental", conforme consta do pedido em anexo.

Atentamente e com os mais sinceros cumprimentos,

Mestranda nº 4587 do 6º CMEMC ESSI/IPV

Clara Vaz

Re: Serviço de mensagens do Website ESEnfC - Pedido de autorização Caixa de entrada x

 **clardin@sapo.pt**
para eu ▾

Bom dia!
Poderá utilizar o Inventário de Crenças sobre a Doença Mental (ICDM).
Atenciosamente,
Luís Loureiro

Citando clardin@sapo.pt:

> Serviço de mensagens do Website ESEnfC Mensagem enviada por Clara vaz
> (clardin@sapo.pt) Mensagem: Boa Tarde Professor Doutor Luís Loureiro,
> o meu nome é Clara Vaz, sou mestranda do 6º CMEMC da Escola Superior
> de Saúde de Viseu, estou na fase da execução do Relatório Final
> sobre "Determinantes de Literacia em Saúde Mental e venho por este
> meio pedir
> a V. Exª autorização para aplicação de escala sobre Inventário de
> Crenças sobre a Doença Mental (ICDM) adaptado e traduzido por
> Loureiro, et al., 2009.
> Atentamente e com os mais sinceros cumprimentos
>
> Clara Vaz