



Instituto Politécnico  
de Viana do Castelo

**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO**

**LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA**

**Carla Terleira de Sá Ferreira**

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo para  
obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de  
Unidades de Saúde

Orientada por

**Professora Doutora Carminda Morais**

**Professor Doutor Pedro Ferreira**

Dezembro, 2022

## Resumo

A Literacia em Saúde Mental (LSM) refere-se às crenças e conhecimento sobre as perturbações mentais, bem como ao seu reconhecimento, gestão e prevenção (Jorm, 2000). Assim, assume um enfoque relevante na gestão de organizações e serviços de saúde. Sendo a esquizofrenia uma perturbação mental grave e por vezes incapacitante, muitos pacientes encontram-se vulneráveis, alvos de maior estigma e tendencialmente com menor Qualidade de Vida (QV).

Neste sentido, o presente estudo tem por finalidade contribuir para melhoria das práticas assistenciais e de gestão de um serviço de psiquiatria. Para o efeito, pretende-se avaliar a LSM e suas determinantes (sociodemográficas, clínicas) e analisar a associação da LSM e a QV de pacientes portadores de esquizofrenia acompanhados num Serviço Local de Saúde Mental (SLSM) de um hospital público.

Trata-se, assim, de um estudo quantitativo, analítico-correlacional. A recolha de dados assentou na aplicação de 3 instrumentos: *Mental Health Literacy Scale* de O'Connor & Casey (2015) validada por Neto e seus colaboradores (2021); EQ-5D-5L desenvolvida pelo EuroQol Group (1990) validada por Ferreira e sua equipa (2019); e, um questionário sociodemográfico e clínico elaborado pela investigadora.

A amostra, composta por 35 homens e 20 mulheres ( $n= 55$ ), apresenta uma média de idades  $\pm$  desvio padrão de  $48,53 \pm 10,44$  anos. Encontraram-se níveis positivos de LSM ( $125,45 \pm 12,49$ ) e superiores nas pessoas com maior escolaridade ( $t$  Student = 4,021;  $p = 0,001$ ). Os resultados apontaram ainda para a necessidade de combater a exclusão social já que muitos dos participantes encontravam-se desempregados (56,3%), a auferir rendimentos inferiores ao salário mínimo nacional (72,7%) ou sem qualquer rendimento (14,5%). A QV dos participantes foi de  $0,86 \pm 0,13$  e a dimensão mais afetada foi a da Ansiedade e Depressão (72,7%).

As conclusões concedem uma perspetiva relevante para a gestão em serviços de saúde já que proporcionam maior conhecimento sobre a população alvo e refletem as suas necessidades, o que pode resultar em contributos importantes para a melhoria das práticas em saúde mental.

**Palavras-chave:** Literacia em Saúde Mental, esquizofrenia, Qualidade de Vida, saúde mental, Comportamento de Procura de Cuidados de Saúde.

## Abstract

Mental Health Literacy (MHS) is the knowledge and beliefs about mental illnesses, as well as their recognition, management and prevention (Jorm, 2000). Currently takes a particular focus on the management of health organizations and services. As schizophrenia is a serious and sometimes disabling mental disorder, many patients are vulnerable, find themselves vulnerable and easy targets of greater stigma which also leads towards a lower Quality of Life (QL).

In this sense, the present study aims to contribute to the improvement of care practices and management of a psychiatric service. For this purpose, we intend to evaluate the MHL and its determinants (sociodemographic, clinical) and analyze the association of MHL and the QL of patients with schizophrenia followed up at a Mental Health Local Service in a public hospital.

It is, therefore, a quantitative, analytical-correlational study. Data collection was based on the application of 3 instruments: Mental Health Literacy Scale of O'Connor & Casey (2015) validated by Neto and his team (2021); EQ-5D-5L developed by EuroQol Group (1990) and validated by Ferreira and his coworkers (2019); and, a sociodemographic and clinical questionnaire prepared by the researcher.

The sample gathered 35 men and 20 women ( $n= 55$ ) with a mean age  $\pm$  standard deviation of  $48.53 \pm 10.44$  years. Positive levels of MHL were found ( $125.45 \pm 12.49$ ) and higher levels of education were related to higher MHL ( $t$  Student = 4.021;  $p = 0.001$ ). The obtained results point to a necessity of fighting social exclusion since according to our data, many of the participants were unemployed (56.3%), earning less than the national minimum wage (72.7%) or without any income (14.5 %). The participants' QL was  $0.86 \pm 0.13$  and the most affected dimension was Anxiety and Depression (72.7%).

Our conclusions provide us a clear perspective in the management of health services as they provide greater knowledge about the target population as well as reflecting their needs. This can lead to several important contributions to the improvement of mental health practices.

**Keywords:** Mental Health Literacy, schizophrenia, Quality of Life, mental health, Help-Seeking behavior.

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Carminda Morais, minha orientadora, por toda a disponibilidade, incentivo e ensino que permitiram alcançar os meus objetivos.

Ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, que aceitou coorientar este estudo, pela compreensão sobre todas as dúvidas e receios.

Aos participantes do presente estudo, que colaboraram na minha investigação com muita amabilidade. Muito obrigada pela sua disponibilidade e ajuda.

À equipe do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do “meu” SLSM, que tanto colaborou para os resultados deste trabalho.

À Joana, uma excelente e incansável amiga, sem a qual este trabalho não teria chegado a bom porto.

E evidentemente, a toda a minha família, em particular ao meu Ivo e à minha mãe Helena, que de forma incondicional me apoiaram nos momentos mais difíceis.

Por fim, a todos que de uma forma ou de outra participaram e me apoiaram ao longo deste percurso.

A todos muito obrigada.

## **Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos**

APA – *American Psychiatric Association*

APNOR – Associação de Politécnicos do Norte

DGS – Direção-Geral da Saúde

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

IPCA – Instituto Politécnico do Cávado e do Ave

IPP – Instituto Politécnico do Porto

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

LS – Literacia em Saúde

LSM – Literacia em Saúde Mental

MHLS – *Mental Health Literacy Scale*

ONU – Organização das Nações Unidas

QV – Qualidade de Vida

S.U – Serviço de Urgência

SLSM – Serviço Local de Saúde Mental

WHO – *World Health Organization*

# Índice Geral

Agradecimentos.....	iv
Índice Geral .....	vi
Índice de Figuras .....	viii
Índice de Tabelas .....	ix
Introdução.....	1
Parte I - Enquadramento teórico	
1. Literacia em Saúde e Literacia em Saúde Mental .....	1
1.1 Instrumentos de medição de Literacia em Saúde Mental.....	8
1.2 O Estigma e as consequências da baixa Literacia em Saúde Mental.....	12
2. Qualidade de Vida.....	15
3. Esquizofrenia.....	17
Parte II - Trabalho empírico	
4. Metodologia .....	23
4.1 Questões de investigação .....	23
4.2 Finalidade e objetivos do estudo.....	23
4.3 Tipo de estudo.....	24
4.4 Variáveis.....	25
4.5 População e Amostra .....	27
4.6 Instrumentos e procedimento de recolha de dados .....	28
4.6.1 Escala de Literacia em Saúde Mental (Mental Health Literacy Scale) .....	28
4.6.2 EQ5D5L.....	30
4.6.3 Questionário sociodemográfico e clínico.....	31
4.7 Procedimentos e técnicas de recolha e tratamento de dados .....	31
4.8 Procedimentos éticos .....	32
5. Resultados.....	33
5.1 Análise descritiva .....	33
5.1.1 Características sociodemográficas e clínicas .....	33
5.1.2 Literacia em Saúde Mental.....	36
5.1.3 Qualidade de Vida EQ5D-5L.....	41

---

5.1.4 Consistência interna da <i>Mental Health Literacy Scale</i> .....	42
5.2 Fiabilidade dos Instrumentos de Medida.....	42
5.2.1 Consistência interna da <i>Mental Health Literacy Scale</i> .....	42
5.2.2 Consistência interna da EQ5D5L.....	42
5.3 Análise Inferencial .....	43
6. Análise e Discussão de resultados .....	45
7. Conclusões, limitações e sugestões .....	53
Referências Bibliográficas .....	56
Anexos.....	71
Anexo I - MHLS .....	71
Anexo II – EQ5D5L .....	77
Apêndices.....	78
Apêndice I – Questionário sociodemográfico e clínico .....	78
Apêndice II – Informação aos participantes .....	80
Apêndice III - Consentimento .....	82
Apêndice IV – Estatística descritiva .....	83
Apêndice V - Estatística inferencial.....	89
Apêndice VI - Testes de normalidade .....	90

## Índice de Figuras

Figura 1 - Relação entre baixo nível de Literacia em Saúde e Qualidade de Vida - Extraída de Direção-Geral da Saúde (2019) .....	3
Figura 2 - Cérebro e maturação da massa cinzenta em crianças e adolescentes saudáveis e com esquizofrenia – Extraído de Rapoport, Addington, Frangou & Psych (2005) - Adapatado de Thompson, Vidal, Giedd, Gochman, Blumenthal, Nicolson, Toga & Rapoport (2001) .....	19



## Índice de Tabelas

Tabela 1. Apresentação e descrição das variáveis.....	25
Tabela 2. Distribuição numérica e percentual da amostra segundo as características sociodemográficas .....	34
Tabela 3. Distribuição numérica e percentual da amostra segundo as características clínicas .....	35
Tabela 4. Medidas de tendência central e de dispersão relativas à Literacia em Saúde Mental da amostra.....	37
Tabela 5. Distribuição numérica e percentual da amostra segundo Reconhecimento das perturbações mentais e Conhecimento sobre procura de informações relacionadas com saúde mental.....	39
Tabela 6. Distribuição numérica e percentual da amostra quanto às dimensões da Qualidade de Vida (EQ5D5L) .....	41
Tabela 7. Comparação de médias entre LSM e escolaridade, testes utilizados e valor de prova ..	43

## Introdução

A Literacia em Saúde Mental (LSM) tem um papel essencial na promoção de saúde mental, procura de ajuda, intervenção precoce e combate ao estigma e por isso, neste estudo, pretende-se medir os níveis de LSM juntos de pacientes portadores de esquizofrenia acompanhados num Serviço Local de Saúde Mental (SLSM) de um hospital público. Para além de medir os níveis de LSM importa identificar as suas determinantes socio demográficas e clínicas, avaliar a Qualidade de Vida (QV) e estudar a associação entre a QV e a LSM. O conhecimento adquirido pretende trazer contribuições não só académicas, mas também para as boas práticas nos cuidados de saúde mental e práticas clínicas na medida em que fornecem informação que caracteriza a população em estudo e identifica as necessidades relevantes para o planeamento da intervenção.

A doença mental configura uma das com maior impacto na funcionalidade dos indivíduos tanto ao nível social, como laboral e afetivo representando elevados custos para os próprios, suas famílias e sociedade no geral. A WHO (2013) refere que a prevalência mundial da doença mental é de 1 em cada 4 pessoas e que, 3 em 4 pessoas que experienciam doença mental grave, estão exposta a diferentes formas de violação dos direitos humanos. Em Portugal, de acordo com o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida & Xavier, 2013), a prevalência da doença

---

mental é de 22,9%, um número bastante elevado que representa um quinto da população, trata-se de um valor mais alto do que noutros países do sul da Europa e com valores próximos dos da Irlanda do Norte (23,1%) e Estados Unidos da América (26,4%). Dizer ainda que dentro das 10 principais doenças que traduzem maiores níveis de incapacidade, 5 são perturbações mentais, onde se inclui a esquizofrenia (Murray & Lopez, 1996).

Importa, assim, clarificar que o conceito de LSM pode ser definido como as crenças e conhecimento sobre os distúrbios mentais assim como o seu reconhecimento, gestão e prevenção (Jorm, 2000). As principais dimensões da LSM são a compreensão sobre a forma como se mantém uma boa saúde mental; a compreensão sobre os distúrbios mentais e respetivos tratamentos disponíveis; o estigma relacionado com os distúrbios mentais; e eficácia na procura de ajuda (Jorm, 2012; Kutcher, Wei & Hashish, 2016). Esta abordagem salienta a importância do estigma na perturbação mental, que se configura como uma barreira no que diz respeito à procura de ajuda perante a existência de problemas de saúde mental (Clement et al., 2015; Quartilho et al., 2015). Vários autores referem ainda que existe uma enorme discrepância entre aqueles que apresentam critérios de diagnóstico de perturbação mental e aqueles que, efetivamente procuram ajuda existindo evidência de que apenas 33% da população recorre aos cuidados de saúde mental nesta situação (Almeida & Xavier, 2013; WHO, 2001). A baixa procura de ajuda está relacionada a vários aspetos e fatores, tais como as dificuldades em reconhecer perturbações mentais, as crenças e mitos associados à perturbação mental e ao tratamento disponível, o estigma associado à utilização de cuidados de saúde mental, tanto no que diz respeito ao autoestigma, como o estigma da comunidade e estigma estrutural (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2015; Ferreira, 2017; Gulliver, et al., 2010; Quartilho, et al., 2015; Stuart & Arboleda-Flórez, 2012). Desta forma, compreende-se a importância de aumentar a LSM junto da comunidade no geral e junto dos pacientes com perturbação mental grave, para contribuir para a diminuição do estigma, promover a intervenção precoce, para diminuir a exclusão social através da promoção da participação social e conseqüente aumento da QV (Almeida & Xavier, 2013; DGS, 2015; Jorm, 2012; Santos, 2020).

A QV é definida pela *World Health Organization* (WHO) como a perceção de um indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Nakane et al., 1999) referindo-se à QV como um conceito amplo e abrangente. Trata-se também de um conceito subjetivo e complexo, com diferentes significados para cada indivíduo, que integra várias dimensões como, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e culturais e, a relação com características do meio envolvente. Phillips (2006) acrescenta ainda que a QV tem em consideração a satisfação de necessidades individuais, a autonomia necessária para participar de forma ativa na sociedade e atribui à QV a relação com a saúde na perspetiva individual e comunitária.

A Esquizofrenia é uma perturbação mental grave que, devido às suas características sintomáticas, nem sempre permite que o paciente procure os cuidados de saúde mental por iniciativa própria o que pode resultar no atraso do início do tratamento e estabilização da doença (Afonso, 2010). Trata-

---

se de uma perturbação que apresenta um elevado impacto na funcionalidade do indivíduo, o que faz com que muitos pacientes se encontrem em situações de maior fragilidade e vulnerabilidade social, com dificuldade de inserção no mercado laboral tanto pelas questões do estigma como pelas próprias condicionantes da doença, habitualmente com baixos rendimentos, elevado isolamento social e poucas redes de suporte (Afonso, 2010; Morgan, et al., 2018; WHO, 2013; WHO, 2001). Neste sentido, a LSM configura-se como um instrumento indiscutível nos cuidados de saúde mental, mas também ao nível da saúde pública na medida em que permite capacitar o indivíduo na gestão da sua própria saúde ou doença, promove a procura de ajuda e intervenção precoce, bem como diminui o estigma e exclusão social (Jorm, 2000; Loureiro, Pedreiro & Correia, 2012; Sørensen et al., 2012; Vasconcelos, 2016).

A procura de contribuições para a prática profissional é um aspeto decisivo para este estudo na medida em que, como Assistente Social de um serviço de psiquiatria num hospital público, é fundamental melhor conhecer a população portadora de esquizofrenia, que traz desafios importantes aos serviços de saúde pela complexidade da perturbação em si e impacto que acarreta. Importa que as necessidades observadas sejam tidas em conta no desenvolvimento de trabalho mais adequado e eficaz de acordo com as intervenções preconizadas pelos serviços de saúde.

O estudo foi desenvolvido no âmbito do trabalho de dissertação para obtenção do grau de mestre em Gestão de Unidades de Saúde pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Os objetivos passaram por medir a LSM dos pacientes com esquizofrenia e, verificar se características sociodemográficas, clínicas e níveis de QV eram indicadores de maiores ou menores níveis de LSM. O estudo é assim de tipo quantitativo, transversal, analítico-correlacional e foi desenvolvido no Viana SLSM com recurso a três instrumentos:

- i) Escala de avaliação de LSM – *Mental Health Literacy Scale* (MHLS) de O'Connor e Casey (2015) validada para a população portuguesa por Neto e seus colaboradores (2021);
- ii) Escala de avaliação da QV - EQ-5D-5L desenvolvida pelo EuroQol Group (1990) validada em Portugal por Ferreira e seus colaboradores (2019);
- iii) Questionário sociodemográfico e clínico desenvolvidos especificamente para este estudo.

Em termos de estrutura, o trabalho encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira referente ao enquadramento teórico sobre a problemática em estudo e a segunda sobre o trabalho empírico desenvolvido, resultados e conclusões.

Na primeira parte serão explorados os conceitos de Literacia em Saúde (LS), LSM, principais instrumentos de medição de LSM resultado de uma revisão de literatura sobre os mesmos, onde se orientou a pesquisa por instrumentos genéricos, elaborados ou validados entre 2014 e 2021, direcionados para a população adulta, nas seguintes bases de dados: *PubMed*, *Medline*, *Elsevier* e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e com os operadores “*mental health literacy scale*”, “*assessment*” e “*psychometric*”. Serão também apresentadas as considerações tidas como relevantes para o estudo relacionadas com o estigma, as consequências da baixa LSM, a QV e a esquizofrenia.

---

Na segunda parte, é apresentada a metodologia que norteou o estudo, as questões de investigação, finalidade e objetivos, tipo de estudo, variáveis analisadas, população e amostra, procedimentos e técnicas de recolha e tratamento de dados e procedimentos éticos. Segue-se a apresentação dos resultados obtidos que compreende a análise descritiva das características sociodemográficas e clínicas, da LSM, da consistência interna da MHLS e dos resultados ao nível da QV; e a análise inferencial que reflete sobre a relação e associação das variáveis face à LSM. A segunda parte do trabalho apresenta ainda discussão e análise dos resultados, conclusões, limitações do estudo e sugestões.

---

## **Parte I – Enquadramento Teórico**

# 1. Literacia em Saúde e Literacia em Saúde Mental

A Literacia em Saúde (LS) é um conceito amplamente estudado e analisado por se tratar de uma ferramenta útil, na capacitação e responsabilização da população na gestão da sua própria saúde. A primeira abordagem ao tema surge com *Simonds*, nos anos 70 do século XX, onde o autor procurou demonstrar a necessidade de educar os jovens para a saúde, em contexto escolar (Simonds, 1974). Vários autores referem que a LS é um conceito fundamental no que diz respeito à saúde e aos cuidados de saúde (Chinn, 2011; Nutbeam, 2000; Nutbeam & Kickbusch, 2000) dado que elevados níveis de LS poderem traduzir ganhos importantes para a população geral através de estratégias de empoderamento que permitem que os indivíduos tenham um papel ativo na gestão da doença e na promoção de bons níveis de saúde proporcionando ferramentas para tomadas de decisão em questões de saúde de forma informada, consciente e apropriada (Chinn, 2011; Clausen et al., 2016; Degan et al., 2019; Nutbeam, 2009). A LS configura-se como uma preocupação não só para os envolvidos nos cuidados de saúde no que diz respeito à prevenção, gestão da doença e diagnóstico precoce mas também ao nível das políticas e sociedade no geral. Trata-se de um conceito vasto e complexo porque abrange fatores ambientais, políticos e sociais, que se desenvolve de acordo com as estruturas sociais e culturais dos sistemas de saúde e de educação, interagindo entre si no desenvolvimento da LS dos indivíduos (Espanha & Mendes, 2016; Loureiro, Pedreiro & Correia, 2012; Nutbeam, 2000).

A definição de LS tem vindo a ser desenvolvida, melhorada e numa revisão sistemática para a *European Health Literacy Consortium* (DGS, 2019; Sorensen, 2012) foi realizada uma análise sobre as definições do conceito que resume a LS como a capacidade das pessoas, através dos seus conhecimentos, motivações e competências, acederem, compreenderem, avaliarem e utilizarem informações importantes para a saúde; o conhecimento e capacidade para utilizá-lo que se traduz na obtenção de informação que por sua vez permite tomar decisões na vida quotidiana, relativa não só a cuidados de saúde, mas também à prevenção de doenças e promoção da saúde, com o objetivo de manter ou melhorar a qualidade de vida nos seus diferentes estádios.

A LS é o conjunto de “competências cognitivas, sociais e a capacidade dos indivíduos para terem acesso, compreenderem e utilizarem a informação de forma a promover e manter uma boa saúde” (Nutbeam & Kickbusch, 1998). Este conceito remete-nos para duas dimensões, a das competências e a das tarefas. Quando pensamos na literacia relacionada com as competências, queremos referir-nos ao nível de conhecimento e aptidões que o indivíduo detém para realizar determinada tarefa enquanto, quando pensamos na literacia associada à dimensão das tarefas, estamos a falar sobre a capacidade da pessoa para realizar determinada tarefa como escrever, ler ou compreender um texto que lhe é apresentado (Nutbeam, 2009). O mesmo autor clarifica também as três componentes da LS sendo elas, a Literacia Funcional, que se refere às competências básicas como ler e escrever; a Literacia Interativa que diz respeito às competências cognitivas que combinadas com as competências sociais, extraem a informação, e atribuem significados através de diferentes formas de comunicação; e a Literacia Crítica que diz respeito à capacidade de analisar criticamente

---

determinada informação, através da combinação entre as competências sociais e as competências cognitivas avançadas (Nutbeam, 2000). Mancuso (2008), refere-se às três principais características da LS como a Capacidade, Compreensão e Comunicação, explicando que a Capacidade está relacionada com as competências inatas e adquiridas para recolher, avaliar e analisar informação, procura de ajuda e capacidade para se movimentar dentro do sistema de saúde; por outro lado a Compreensão trata-se da capacidade de interpretar e entender a informação que está disponível; e a Comunicação aponta para a compreensão, escuta e observação crítica, tanto no que diz respeito à comunicação doente profissional de saúde, como perante a inúmera informação disponibilizada na internet e televisão, que nos dias de hoje apresentam um papel significativo na forma como obtemos informação, aqui encontra-se a capacidade de criticamente selecionar determinada informação.

Em suma, no que diz respeito ao conceito, a LS traduz-se na competência de tomar decisões em saúde de forma fundamentada, ao longo da vida, nas suas diferentes dimensões e, permite a capacitação e aumento da responsabilidade individual na procura de informação e gestão da própria saúde assumindo-se desta forma como um fator importante para as políticas e sociedade no geral. A LS é a capacidade social e cognitiva para aceder, procurar, compreender e utilizar informação de forma a promover e manter a sua própria saúde, prevenção da doença e melhoria da Qualidade de Vida (QV) (DGS, 2019; Loureiro, 2015; WHO, 2009)

O estudo europeu de Sørensen e seus colaboradores (2015) revela que a taxa de LS é mais baixa em pessoas que relatam um mau estado de saúde e em pessoas que sofrem de doenças crónicas. O estudo refere ainda que a LS está relacionada com o *status* social e os resultados sugerem que extratos sociais mais desfavoráveis, com menores níveis de educação e recursos económicos mais baixos, traduzem-se em menores níveis de LS.

Os baixos níveis de LS dificultam que os indivíduos adotem atitudes promotoras da saúde, e por outro lado, criam barreiras à comunicação nos cuidados de saúde. O paciente, ao apresentar uma menor LS, poderá ter mais dificuldade em compreender as instruções do profissional de saúde, pode interpretar de forma errada e utilizar inadequadamente as instruções ou cuidados que lhe são prescritos e até, não compreender a gravidade da sua situação de doença e consequências que podem advir do seu agravamento. Níveis baixos de LS são identificados como fatores de risco para várias patologias pela área médica, tal como é referido por Santos (2010), o que é facilmente perceptível já que, se o paciente não compreender a sua situação de doença, o tratamento pode não ser realizado corretamente, não conseguirá adotar comportamentos protetores de saúde podendo inclusive adotar comportamentos de risco. Por exemplo, em estudos como os Bacon e sua equipa (2017) e Clausen e seus colaboradores (2016) verificou-se que a LS nas pessoas portadoras de perturbação mental apresentava níveis considerados inadequados, quando comparada com pessoas sem perturbação mental. Este aspeto pode explicar porque é que muitos pacientes que experienciam perturbação mental podem recorrer a substâncias ilícitas ou consumo abusivo de outras substâncias como forma de atenuar o seu sofrimento, quando é amplamente discutido na intervenção terapêutica e na promoção de saúde mental, que o consumo abusivo de substâncias



ilícitas e álcool pode aumentar a gravidade dos sintomas da perturbação mental sendo considerado um fator de risco importante que pode levar a maus desfechos (Have et al., 2010; Jung, et al., 2016).

A Figura 1 explica que os baixos níveis de LS podem resultar num maior número de internamentos, aumento da procura de serviços de urgência e uma menor preocupação e ação na prevenção da doença e promoção da saúde, ou seja, indivíduos com menores níveis de LS ao apresentarem menores níveis de compreensão sobre a sua doença, tratamentos adequados e comportamentos protetores e preventivos face à patologia, tendem a ter um pior estado de saúde o que pode resultar num maior número de episódios de doença aguda ou descontrolada (DGS, 2019). O que por sua vez, se traduz na diminuição da QV das pessoas, já que a agudização da doença, ou a doença aguda, podem ter um impacto negativo ao nível da saúde física e mental, dado que a recuperação poderá ser mais demorada, o tratamento necessário poderá ser menos eficaz e as sequelas tornar-se permanentes. Assim, deve considerar-se que a promoção da LS é um direito importante da população especialmente junto daquela que se encontra mais vulnerável pela sua condição (Vaz, 2019).

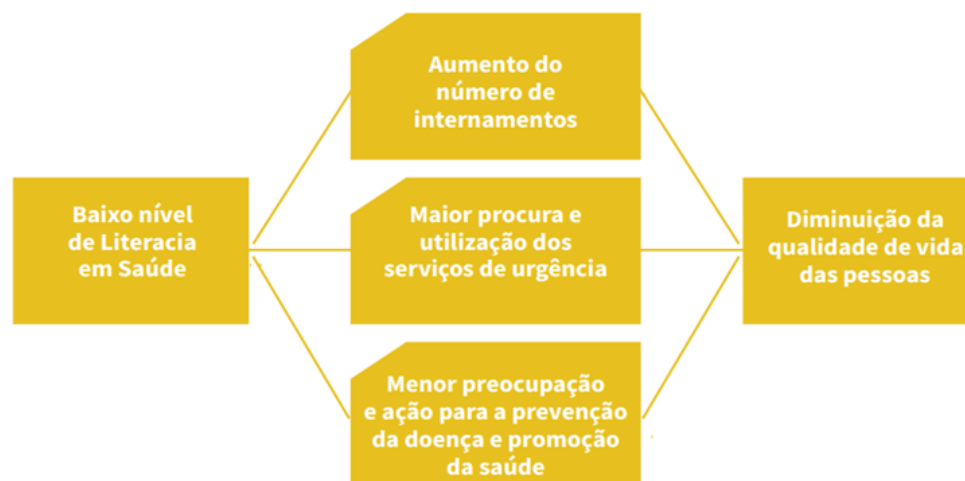


Figura 1 - Relação entre baixo nível de Literacia em Saúde e Qualidade de Vida - Extraída de Direção-Geral da Saúde (2019)

A investigação sobre LS tem vindo a ser cada vez mais desenvolvida mas segundo Luís (2014) quando se fala de Literacia em Saúde Mental (LSM) percebe-se que existe ainda um longo caminho a percorrer. Habitualmente as pessoas encontram-se mais informadas sobre doenças graves como doenças oncológicas ou cardíacas do que propriamente sobre perturbações mentais, muitas vezes o conhecimento sobre a doença mental está associado a crenças e mitos baseados em ideias socialmente construídas sem relação com a ciência médica e informações factuais. A LSM é um conceito que resulta assim da LS, e tem um papel fundamental na promoção de saúde mental e na prevenção e gestão das perturbações mentais (Dias et al., 2018; Jorm, 2012; Jorm, 2000; Kutcher, Wei & Coniglio, 2016; Rosa, Loureiro & Sequeira, 2014).

A LSM foi definida por Jorm, e seus colaboradores (1997) como a capacidade para aceder, compreender e utilizar informação de uma forma que promova e mantenha um bom estado de saúde, bem como o conhecimento e atitudes em relação a saúde mental e o reconhecimento, gestão

---

e prevenção dos problemas de saúde mental. Para além da definição, explicaram também os principais atributos da LSM, sendo eles:

- a) a capacidade de reconhecer as perturbações mentais específicas;
- b) o conhecimento na procura de informação relacionada com saúde mental;
- c) o conhecimento sobre as causas e fatores de risco relacionados com problemas de saúde mental;
- d) o conhecimento sobre os tratamentos;
- e) o conhecimento sobre a ajuda profissional disponível;
- f) as atitudes que promovem o reconhecimento e a procura de ajuda apropriada.

Mais tarde, o mesmo autor (Jorm, 2000) aprofundou o conceito referindo que a LSM pode ser definida como “as crenças e conhecimento sobre os distúrbios mentais assim como o seu reconhecimento, gestão e prevenção”. Literatura mais recente (Jorm, 2012; Kutcher, Wei & Hashish, 2016; Kutcher, Wei & Coniglio, 2016) ajustou as principais dimensões da LSM para quatro componentes principais:

- a) compreensão sobre a forma como se mantém uma boa saúde mental,
- b) compreensão sobre os distúrbios mentais e respetivos tratamentos disponíveis,
- c) estigma relacionado com os distúrbios mentais,
- d) eficácia na procura de ajuda.

Esta definição é mais abrangente relativamente a definições anteriores dado que inclui não só o conhecimento e crenças em relação às perturbações mentais e tratamento disponível, como também porque aborda a capacidade, atitudes e competências de promoção de saúde mental no que se refere à adoção de comportamentos protetores ou preventivos de perturbação mental. Esta abordagem salienta a importância do estigma na perturbação mental, que se configura como uma barreira no que diz respeito à procura de ajuda perante a existência de problemas ou perturbações de mentais (Clement et al., 2015; Quartilho et al., 2015).

Assim, percebemos que a LSM é importante não só para o próprio indivíduo como para a comunidade no geral, no sentido em que é importante que se promova a capacidade de manter e uma boa saúde mental e em simultâneo diminuir o estigma relacionado com os problemas de saúde mental através de mais conhecimento para que existam ambientes promotores de procura de ajuda profissional adequada e que esta aconteça na fase inicial do problema ou saúde mental (Vasconcelos, 2016).

As dimensões da LSM estão relacionadas com o conhecimento e compreensão sobre a doença em si, em que consiste, quais os fatores de risco e proteção, sintomas e causas; sobre os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis; o acompanhamento, tipos de apoios existentes (financeiros e institucionais); tipo de comunicação, empatia e competências sociais para lidar com a pessoa com perturbação mental; a autonomia e confiança. Em relação às fontes de ajuda, estudos indicam que os comportamentos de procura de ajuda podem ocorrer junto da rede formal, por

---

exemplo profissionais de saúde, ou junto da rede informal como amigos e família (Rosa, Loureiro & Sousa, 2014).

A *E-mental health* (Christensen et al., 2002) refere-se aos serviços e informação sobre saúde mental através da internet e tecnologias relacionadas. Esta dimensão representa, nos dias de hoje, um grande desafio para os legisladores que devem acompanhar a informação disponibilizada e eficiência da mesma (Ferreira, 2017). Pode apresentar vantagens relacionadas com a diminuição dos custos para os pacientes e para os cuidados de saúde, aumento da procura de ajuda por probabilidade de menor estigma, por outro lado, as tecnologias de informação relativas à saúde mental podem atrasar ou adiar o início de tratamento farmacológico, afastar a população dos cuidados de saúde mental formais e prestar informações que possam não ser as mais adequadas para o paciente.

A LSM, tal como a LS, configura-se como uma ferramenta indiscutível na promoção de saúde mental e na adoção de comportamentos promotores de saúde que decorrem de uma maior consciencialização e autorresponsabilização em relação ao estado de saúde do próprio indivíduo. Assim, podemos afirmar que níveis elevados de LSM traduzem ganhos diretos junto da população e ganhos diretos e indiretos para os serviços de saúde e sociedade.

A literatura atual indica que a LSM é um fator muitíssimo importante quando se pensa nos cuidados em saúde mental. Níveis mais elevados de LSM podem potenciar uma maior procura de ajuda pelo indivíduo, por outro lado, também podem permitir a identificação precoce de perturbações mentais e em simultâneo aumentar os comportamentos de ajuda junto de outros indivíduos que sofram de perturbação mental e assim, uma maior LSM pode também diminuir o estigma (Corrigan, 2004; Kelly et al., 2007; Kitchener & Jorm, 2004; Wood & Wahl, 2006).

Os indivíduos com maior LSM têm maior probabilidade de reconhecer a doença mental e identificar recursos apropriados para a ajuda e tratamento, ao contrário das pessoas com menor LSM que apresentam menor conhecimento sobre recursos e tratamento e podem recorrer a estratégias inapropriadas como a utilização abusiva de álcool e drogas (Wright et al., 2007; Have et al., 2010; Rüsçh et al., 2011; Jorm, 2012; Jung, Sterberg & Davis, 2016).

Assim, a LSM pode ser considerada um fator estrutural nos cuidados de saúde mental e na sociedade já que é promotora de uma maior eficácia ao nível da melhoria da saúde mental da população e, nos cuidados saúde mental ao nível da prevenção e gestão da doença mental. Este aspeto é essencial já que apesar da alta prevalência global de doença mental (Steel et al., 2014), continua a existir uma lacuna significativa entre os cuidados que a população necessita e os cuidados que a população efetivamente recebe. Uma das principais razões encontradas pela literatura para explicar este fenómeno são os baixos níveis em LSM (Jorm, 2012; Kelly et al., 2007, Thornicroft et al., 2007; Almeida & Xavier, 2013; Chen, 2018). Tal como referido níveis mais altos de LSM podem promover a intervenção precoce nos problemas relacionados com a saúde mental especialmente quando há evidências de que as pessoas, em questões de saúde mental, procuram ajuda demasiado tarde ou mantêm-se sem tratamento durante longos períodos tempo (Almeida & Xavier, 2013, Clement et al., 2015; Jorm, 2012; Wright et al., 2007). Desta forma a LSM é

---

considerada um determinante da saúde mental e da saúde pública tornando o conceito um elemento central nos estudos desenvolvidos nas últimas décadas pelos ganhos diretos e indiretos que representa junto da população geral (Dias et al., 2018; Stuart & Arboleda-Flórez, 2012).

Infelizmente os níveis de LSM são baixos (Bartlett et al., 2006; Farrer et al., 2008; Jorm, 2000; Kelly et al., 2007; Rosa, Loureiro, & Sequeira, 2014) e em Portugal, uma em cada duas pessoas detém níveis inadequados de LS sendo que estes, tendem a ser ainda mais pequenos, quando se fala em LSM (DGS, 2015; Reavley et al., 2014; Rosa, Loureiro & Sousa, 2014; Telo-de-Arriaga et al., 2019). Estudos indicam que a procura tardia de cuidados de saúde mental e consequente atraso no tratamento da perturbação mental, está associada a piores resultados nos pacientes psicóticos e com depressão (Ghio et al., 2014; Marshall et al., 2005). A identificação precoce de distúrbios mentais e consequente melhoria dos resultados em saúde é conseguida através do aumento da adesão aos cuidados de saúde mental, que por sua vez pode estar relacionada com o reconhecimento precoce da perturbação mental e primeiros sintomas, o conhecimento relativamente aos fatores protetores e de risco, o conhecimento sobre as linhas orientadoras da procura de ajuda, e a redução do estigma associado à perturbação mental tanto no nível individual como comunitário e institucional (Henderson et al., 2013; Rüsçh et al., 2011). Percebemos assim que o reconhecimento adequado da perturbação mental e consequente procura de ajuda precoce, são uma das dimensões da LSM que tem maior impacto no agravamento dos quadros de perturbação mental, prejudicando o processo de reabilitação e a funcionalidade do indivíduo (Corrigan, Powell & Rüsçh, 2012; Hinshaw, 2005; Rüsçh, Angermeyer & Corrigan, 2005). Wang e seus colaboradores (2007) referem ainda que, a procura de ajuda e o reconhecimento da perturbação mental por parte dos pacientes que apresentam sintomas de perturbação mental é significativamente baixo, mesmo em países desenvolvidos.

O conhecimento sobre a ajuda profissional e tratamentos disponíveis, traduzem-se também nas tomadas de decisão do indivíduo e gestão da sua própria perturbação ou saúde mental. Estudos realizados indicam, que em alguns países, a procura de ajuda junto de familiares ou amigos, é mais aceite do que a procura de ajuda junto de um profissional especializado demonstrando que a população valoriza mais a ajuda informal em detrimento da ajuda profissional, que à partida seria indicadora de maior eficácia (Jorm, 2012). Também as crenças e mitos em relação às perturbações mentais, terapias medicamentosas e não medicamentosas, ou uma ajuda informal pouco estruturada, podem resultar no adiamento de um tratamento eficaz com impacto no prognóstico da perturbação mental ou a fraca adesão terapêutica por parte do paciente (Clement et al., 2015; Quartilho et al., 2015; Rüsçh, Angermeyer & Corrigan, 2005; Gulliver et al. 2010).

Em oposição, no que diz respeito à compreensão sobre a forma como se mantém uma boa saúde mental, a população de vários países aceita e valoriza fatores protetores da saúde mental como a prática de exercício físico e reconhece fatores de risco como o recurso ao consumo excessivo de álcool (Jorm, 2012). O reconhecimento dos fatores risco para a saúde mental e adoção de comportamentos protetores da mesma, podem ter um papel fundamental na melhoria dos níveis de

---

saúde mental, tanto pela redução da possibilidade de desenvolver perturbação mental ligeira, como pela melhoria do prognóstico e curso da perturbação mental grave.

O conhecimento e capacidade para apoiar pessoas com perturbação mental, nomeadamente por parte da comunidade no geral e, em especial por parte dos cuidadores informais, é outra das dimensões da LSM que deve ser tida em conta quando falamos deste conceito. Facilmente percebemos que, se a comunidade não tiver conhecimento suficiente sobre as perturbações mentais e sobre a forma como deve lidar com a pessoa com doença mental, não poderá apoiar a pessoa de forma correta porque não terá conhecimentos para tal, o que pode provocar o adiamento na procura de ajuda. Naturalmente as pessoas procuram apoio junto daqueles com quem contactam frequentemente e com quem mantêm relações de confiança, configurando-se a família e amigos como elementos, que habitualmente têm uma maior influência sobre o paciente e que devem ser dotados no geral, tal como a sociedade, de conhecimentos que permitam promover a procura de ajuda em questões de saúde mental (Cusack et al., 2004).

Dada a importância da LSM e a prevalência da doença mental, a WHO (2001), refere que é importante lançar campanhas de educação e sensibilização relativamente à saúde mental, com o objetivo de diminuir os obstáculos ao tratamento, e permitir uma maior consciencialização sobre a incidência das perturbações mentais, tratamentos disponíveis, e promover o respeito pelos direitos humanos das pessoas com perturbação mental. Em Portugal, também o Programa Nacional para a Saúde Mental de 2015 (DGS, 2016), o Plano Nacional de Saúde, revisão e extensão a 2020 (DGS, 2015) e o Programa Nacional de Saúde para a Saúde Mental 2017 (DGS, 2017) referem que a saúde mental é uma área prioritária de intervenção no país já que as evidências mostram que a doença mental acarreta custos elevados, diretos e indiretos relacionados com a doença mental e que, a intervenção precoce, prevenção da doença mental e promoção da saúde mental, proporciona condições de crescimento do ser humano, capacidade de adaptação e de ultrapassar adversidades, diminuindo as complicações da doença mental ao mesmo tempo que facilita a recuperação e reinserção social. Ainda sobre custos diretos e indiretos da doença mental, Almeida e Xavier no Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013) citam Murray e Lopez (1996) apontando para a extensão e importância dos elevados custos para os indivíduos portadores de doença mental e suas famílias, mas também para setores como os da educação, justiça e segurança social para além dos setores da saúde e económico em relação à prestação de cuidados e produtividade.

Os estudos sobre LSM têm assim vindo a aumentar dada a sua importância para a saúde mental e sociedade no geral. Normalmente a investigação sobre LSM surge orientada por área de interesse: medir a LSM junto de população em geral ou específica (Jung et al., 2016; O'Connor & Casey, 2015; Vaz, 2019); avaliar a efetividade de programas de educação e promoção de LSM (Aller et al., 2021; Gong & Furnham, 2014; Nejatian et al., 2021; Santos, 2020; Wei et al., 2019); e examinar fatores relacionados, validar escalas e instrumentos de medida de LSM (Dias et al., 2018; Loureiro, Pedreiro & Correia, 2012; Neto, 2021).

A LSM é assim um conceito de extrema importância em cuidados em saúde mental porque nos remete para as crenças e conhecimento sobre as perturbações mentais e influencia o

---

reconhecimento, gestão e prevenção destas mesmas perturbações mentais. Uma baixa LS tem implicação em relação aos cuidados de saúde, e normalmente traduz piores estados de saúde, isto porque, se os pacientes não compreendem o tratamento prescritos, os comportamentos protetores, poderão correr o risco de agravar o estado de saúde pré-mórbido, com consequências associadas a um pior nível de saúde (Bonabi et al., 2016; Speros, 2005).

Os baixos índices de LSM trazem consequências graves já que, o baixo reconhecimento de sintomas por parte do paciente e comunidade em geral, não promovem a procura de ajuda para tratar estes mesmos sintomas, o que por sua vez adia o início do tratamento e faz com que estes sintomas perdurem e acabem por ter um impacto mais significativo no prognóstico e evolução da perturbação (Loureiro, Pedreiro & Correira, 2012; Rosa, Loureiro & Sousa, 2014). Também o desconhecimento sobre a ajuda profissional a que podem recorrer, sobre os tratamentos disponíveis e crenças associadas a determinados tratamentos, podem ser um entrave à procura de ajuda e adesão terapêutica, que também se relaciona com o estigma sobre as perturbações mentais, em relação aos pacientes com estas perturbações e aos cuidados de saúde mental. O baixo conhecimento sobre fatores risco e fatores de proteção, crenças erradas sobre a efetividade de tratamento fazem com que os pacientes sejam relutantes face ao tratamento e não saibam como procurar ajuda, ou não a procurem de todo, tanto junto das suas relações próximas e como junto de profissionais de saúde (Chen, 2000; Gulliver et al., 2010; Rosa, Loureiro & Sequeira, 2014). Assim, altos níveis de LSM podem significar um aumento da procura de ajuda e tratamento precoce das perturbações mentais, porque incidem não só nos indivíduos portadores de perturbação mental, mas também nas sociedades em geral, pois promovem comportamentos de procura de ajuda em ambas dimensões, o que contribui para a prevenção das perturbações mentais, tratamento e procura de ajuda precoce, diminuindo o agravamento de sintomas e impacto na funcionalidade dos pacientes com perturbação mental, o que pode potenciar o aumento da QV ao mesmo tempo que diminui as atitudes estigmatizantes face às questões de saúde mental (Vasconcelos, 2016).

## **1.1 Instrumentos de medição de Literacia em Saúde Mental**

Os principais estudos sobre Literacia em Saúde Mental direcionados para a população em geral, ou especificamente para pacientes portadores de esquizofrenia permitiram conhecer alguns instrumentos e qual a posição em diversos países em relação a esta matéria.

O instrumento de medição de LSM desenvolvida por Jung e seus colaboradores (2016) – *Mental Health Literacy Measure* refere-se a uma escala multifatorial, baseada na definição de LSM de Jorm e seus colaboradores (1997) e foi aplicado junto de 211 participantes da população geral nos Estados Unidos da América (EUA). A escala compreende três dimensões sendo elas: a) a LSM orientada para o conhecimento, onde se abordam os sintomas da perturbação mental e utilidade do tratamento em saúde mental; b) a LSM orientada para as crenças relacionadas com a necessidade de tratamento em saúde mental e causas e fatores de risco; c) a LSM orientada para os recursos em saúde mental que se refere ao conhecimento sobre recursos na saúde mental. O alfa de Cronbach do primeiro fator foi de 0,76, do segundo fator de 0,77 e do terceiro fator de 0,84, o que confere uma consistência interna entre razoável e boa (Cronbach, 1951). Os resultados mostraram

---

níveis mais elevados de LSM nos indivíduos com historial de doença mental da família em relação aos restantes.

O estudo relativo à *The College Students Mental Health Literacy Scale (MHLS-c)*, desenvolvido por Rabin e sua equipa (2021) procurou avaliar a LSM de 129 estudantes com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos de idade nos EUA. Trata-se de um instrumento que ao longo de 18 itens avalia dois domínios, o conhecimento e, a aplicação do conhecimento. As 18 questões foram desenvolvidas de forma a reunir informação relevante sobre a etiologia, fatores de risco, diagnóstico, sintomas, tratamento, prognóstico da doença, nível de reconhecimento, atitudes perante os outros, acesso a apoio e prevenção de resultados negativos, e codificadas em domínios relacionados com a doença mental sendo eles: depressão, medicação, saúde geral, ansiedade, infância, trauma, suicídio, abuso de substâncias, alimentação, problemas neurocognitivos, esquizofrenia, doença bipolar, perturbação do sono, disforia de género, distúrbio obsessivo compulsivo, alterações de personalidade e queixas somáticas. Cada atributo foi associado de forma diferente ao domínio conhecimento e ao domínio da aplicação do conhecimento. Os itens da *MHLS-c* apresentaram um alfa de Cronbach com valores no intervalo de 0,74 e 0,75, o que lhes confere um grau de consistência interna razoável (Cronbach, 1951). As mulheres, os estudantes na área da psicologia e os estudantes que tinham diagnóstico ou tinham sido tratados para uma perturbação mental, apresentaram resultados mais altos de LSM.

A escala *Mental Health Literacy Scale for Health Students (MHLS-HS)* de Chao e seus colaboradores (2020) pretendeu avaliar a LSM de estudantes de medicina e saúde pública de 11 Universidades na China onde foram avaliados 1294 estudantes. A escala apresentou cinco domínios de avaliação como o da manutenção de saúde mental positiva; reconhecimento da perturbação mental; atitudes e estigma em relação à perturbação mental; eficácia na procura de ajuda; e atitudes em relação à procura de ajuda. O alfa de Cronbach dos cinco fatores variou entre os 0,70 e 0,87 e um valor total de 0,81 o que confere um bom grau de consistência interna (Cronbach, 1951). Resultados mais altos na escala *MHLS-HS* mostraram estar associados a uma menor distância face à pessoa com doença mental e familiaridade com a doença mental.

A *Mental Health Literacy Tool for Educators (MHL-ED)* (Wei, Baxter & Kutchet, 2019) pretende avaliar a participação no programa de promoção de LSM *Go-To Educator Training program (GTET)* tendo sido aplicada junto de 909 profissionais provenientes de diferentes estabelecimentos de ensino de 6 províncias no Canadá. A escala apresenta quatro domínios de avaliação relacionados com a) o conhecimento sobre as doenças mentais e tratamentos relacionados; b) o conhecimento e utilização de ferramentas de diagnóstico, avaliação e tratamento; c) conhecimento sobre as causas e fatores de risco da doença mental; d) conhecimento sobre a epidemiologia da saúde mental e da doença mental. Esta escala mede resultados sobre reconhecimento de distúrbios mentais comuns nos adolescentes tal como depressão, ansiedade, perturbação de hiperatividade e défice de atenção, esquizofrenia, distúrbios alimentares e abuso de substâncias. A *MHL-ED* apresenta um alfa de Cronbach 0,85 confirmando uma boa consistência interna da escala (Cronbach, 1951). Os profissionais de saúde mental escolar apresentaram uma *MHL-ED* mais

---

elevada comparativamente com os restantes professores, elementos da direção e outros técnicos e auxiliares educativos. Este estudo também comparou a MHL-ED com a avaliação do estigma e verificou que estavam positivamente relacionadas, o que sugere que maior LSM significa menor estigma e mais atitudes positivas face à doença mental.

A escala *Mental Health Beliefs and Literacy Scale (MBLS)* construído por Banh e seus colaboradores (2019) teve como objetivo avaliar o impacto de um programa educativo para aumentar a LSM da população em geral, o *Mental Health First Aid – MHFA*, desenvolvido nos EUA. A administração do questionário foi feita de forma *online* e 76 pessoas completaram os 3 questionários nos três momentos de aplicação. O instrumento avaliou cinco domínios sendo eles, a intenção comportamental; as atitudes relativas a assumir comportamentos de MHFA; as normas subjetivas; a autoeficácia; e o conhecimento. O alfa de Cronbach desta escala variou entre o 0,7 e 0,9 demonstrando uma consistência interna razoável e boa (Cronbach, 1951). Os participantes que já tinha recebido algum tipo de formação relacionada com a saúde mental, tiveram ganhos, mas estes foram menores do que os ganhos apresentados pelos participantes que nunca tinham realizado formação em saúde mental.

A *Mental Health Awareness and Advocacy-AT (MHAA-AT)* apresenta-se como outra escala desenvolvida nos EUA por Aller, Fauth e Seedall (2021) para avaliar os níveis de LSM após participação em programa de promoção de LSM de 160 estudantes universitários. A escala avalia três domínios como a aquisição de conhecimento ou conhecimento declarado; o desenvolvimento de autoeficácia; e a capacidade de adequar comportamento. A escala mede a capacidade de identificar problemas de saúde mental, capacidade de localizar empiricamente os recursos e capacidade de responder a problemas de saúde mental. O alfa de Cronbach, no domínio geral do conhecimento revelou uma consistência interna inadmissível com valor de 0,48 no domínio da identificação, na localização o valor 0,70 remete para uma consistência razoável, e no que diz respeito ao domínio da resposta, o alfa de Cronbach registou um valor de 0,55 também inadmissível. O autor associa o facto de os domínios com alfa mais baixo serem dicotómicos (resposta sim ou não) e por isso manteve-os. Os domínios da autoeficácia e do comportamento apresentaram um alfa de Cronbach de 0,97 e 0,90 respetivamente, demonstrando uma consistência muito boa. Os resultados sugerem que o curso administrado foi efetivo no que diz respeito à melhoria da compreensão e reconhecimento bem como critérios e fatores de risco.

A escala *Mental Health Literacy Scale (MHLS)* foi desenvolvida e validada por O'Connor e Casey (2015) e tem como objetivo medir a LSM junto da população australiana e, a sua versão para a população portuguesa encontra-se validada na dissertação elaborada por Rocha (2016). No estudo de desenvolvimento original da escala, a amostra foi dividida em dois grupos, a comunidade geral (n= 372) e profissionais de saúde mental (n=43). As seis dimensões consideradas foram: a) o reconhecimento de perturbações; b) o conhecimento na procura de informações relacionadas com a saúde mental; c) o conhecimento sobre as causas e fatores de risco da doença mental; d) o conhecimento sobre tratamento; e) o conhecimento sobre a ajuda profissional disponível; e f) as atitudes que promovem o reconhecimento na procura de ajuda.



---

A MHLS de O'Connor e Casey (2015) apresentou uma Coeficiente alfa de Cronbach de 0,873 o que lhe confere uma boa consistência interna (Cronbach, 1951). A versão do instrumento validado para a população portuguesa de Rocha (2016) envolveu 337 participantes e foram avaliados cinco domínios da LSM sendo eles: a) o reconhecimento da doença; b) o tratamento e procura de ajuda; c) o conhecimento e procura de informação; d) as atitudes estigmatizantes; e e) as atitudes que promovem o comportamento de ajuda. O alfa de Cronbach da escala validada para a população portuguesa foi de 0,849 muito próximo da escala original 0,873 e assim com uma consistência interna considerada boa (Cronbach, 1951). Neste estudo, os profissionais da saúde mental apresentaram maiores níveis de LSM, tal como os participantes que tiveram problemas de saúde mental ou que já tinham recorrido a um profissional de saúde mental. A diferença entre as médias foi elevada nos indivíduos que tinham família ou amigos portadores de perturbação mental comparativamente com os que não tinham.

Para além dos instrumentos encontrados na pesquisa descrita anteriormente, importa referir que, dos estudos desenvolvidos no âmbito da LSM, em Portugal, destacaram-se na área de interesse desta dissertação, os trabalhos de Loureiro, Pedreiro e Correira (2012) e Loureiro (2015) que procuraram validar o instrumento de avaliação de LSM, designado de *Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiS Mental*, adaptado a partir da versão para adolescentes e jovens do *Survey of Mental Health Literacy in Young People – Interview Version*. Estes estudos revelaram que os jovens têm dificuldade em reconhecer as perturbações mentais e opções de tratamento disponível.

Dias e seus colaboradores (2018) procuraram adaptar a *MHLq* para a população jovem adulta, instrumento já validado para medir a LSM de população adolescente pela equipa onde participou Campos et al., (2016), os resultados apontaram para maiores níveis de LSM nas mulheres e nos participantes que tinham história de doença mental na família.

A dissertação de Vaz (2019) que pretende medir a LSM e conhecer as suas determinantes nos profissionais da educação, saúde e segurança encontrou o género feminino, a idade superior a 55 anos, o facto de residir em meio rural e as habilitações literárias como determinantes que influenciam positivamente a LSM.

Destacar também a dissertação de Santos (2020) que procurou medir a LSM de pacientes portadores de esquizofrenia, através da aplicação da escala *Mental Health Literacy Measure (MHLM)*, antes e depois da participação num programa de promoção de LSM, escala esta que ainda se encontra em processo de validação. Os resultados ao nível da LSM foram surpreendentemente altos, registando-se um aumento de LSM depois das sessões especialmente no que diz respeito ao conhecimento sobre sintomas, diminuição ao nível dos mitos e crenças associados à perturbação mental e maior conhecimento sobre o tratamento disponível.

Em suma, podemos concluir que cada vez existe mais investigação e programas de promoção de LSM (Banh et al., 2019; Wei et al., 2019; Vaz, 2019; Santos, 2020; Neto et al., 2021; Aller et al., 2021) e que maiores níveis de LSM trazem grandes benefícios para os cuidados de saúde mental dado que podem permitir reconhecimento, prevenção e gestão da perturbação mental de modo

---

eficaz e ao mesmo tempo, evitar o adiamento da procura de ajuda, capacitando a pessoa para procurar informação, tomar decisões e aplicar o seu conhecimento de uma forma promotora de saúde mental, gerindo de forma positiva e protetora a sua situação de doença (Jorm, 2000; WHO, 2001; Loureiro, Pedreiro & Correia, 2012).

A LSM, tal como a LS, configura-se como uma ferramenta indiscutível na promoção de saúde mental e na adoção de comportamentos de prevenção e promoção de saúde mental que decorrem de uma maior consciencialização e capacitação em relação ao estado de saúde do próprio indivíduo. Assim, podemos afirmar que níveis elevados de LSM traduzem ganhos diretos junto da população através da diminuição da incapacidade e do aumento da QV mas também ganhos indiretos junto dos serviços de saúde, com menores taxas de hospitalização e de tratamento agudo da doença bem como maior adesão aos cuidados de saúde mental e procura de ajuda por parte da população.

## **1.2 O Estigma e as consequências da baixa Literacia em Saúde Mental**

A perturbação mental está amplamente associada ao estigma e por isso considerou-se necessário explorar este conceito no âmbito da Literacia em saúde mental de pacientes com esquizofrenia. O estigma ocorre quando determinada marca ou característica, é considerada má ou indesejável com base em crenças ou informações erradas, trazendo consequências normalmente negativas a quem o detém. O estigma pode ser considerado um problema associado ao conhecimento (ignorância), às atitudes (preconceito) e ao comportamento (discriminação) (Quartilho et al., 2015; Thornicroft et al., 2007). Quando falamos em estigma relacionado com a saúde mental devemos pensar que este está associado aos estereótipos negativos sobre a perturbação mental e doente, o preconceito onde ambos têm como consequência, a discriminação. A falta de conhecimento sobre a perturbação mental distingue-se da LSM já que, apesar de estarem relacionados, os estereótipos negativos sobre as pessoas com perturbação mental são suposições erradas e em simultâneo pressupõem a existência de estigma enquanto a LSM abrange o reconhecimento das perturbações mentais e os conhecimentos sobre a prevenção e intervenção nos cuidados de saúde mental (Quartilho et al., 2015; Rüsç & Thornicroft, 2014).

O estigma é o preconceito e a discriminação sentida e vivida pelo paciente com perturbação mental, é a forma como este estigma acontece, o seu impacto no indivíduo, na família e na comunidade. Assim, perceber-se o estigma em três perspetivas permite uma abordagem mais clara ao conceito sendo elas, o estigma da comunidade, o estigma internalizado ou perçecionado e o estigma estrutural. O estigma da comunidade está relacionado com as atitudes negativas por parte dos membros da população em geral enquanto, o estigma internalizado ou perçecionado, está relacionado com o próprio indivíduo que ao tomar consciência da perturbação mental de que padece, internaliza as atitudes negativas e preconceitos veiculados pela população geral, o que gera muitas vezes sentimentos de baixa auto estima, vergonha e desmoralização; finalmente o estigma estrutural, apesar de menos visível ou explorado, traduz-se em regras ou regulamentos da sociedade, que colocam pessoas portadoras de perturbação mental em desvantagem por exemplo,

---

pelo menor investimento nos serviços de saúde mental e de prevenção, comparativamente com outros, o que pode provocar uma diminuição da qualidade destes serviços e conseqüentemente menor acessibilidade para dos pacientes (Quartilho et al., 2015; Rüsç & Thornicroft, 2014).

Os autores Stuart e Arboleda-Flórez (2012) analisaram o estigma numa perspectiva de saúde pública abordando a percepção do público, da família e do próprio indivíduo portador de perturbação mental grave. Na perspectiva do público há referência a maiores níveis de rejeição em relação à esquizofrenia comparativamente com a depressão e a aceitação da pessoa com perturbação mental é maior quando se relaciona com trabalho ao invés, é menor quando se trata de família ou da comunidade; em relação à percepção da família, os autores referem que as pessoas com perturbação mental são maioritariamente cuidadas pelas suas famílias havendo referência a sentimentos de vergonha por ter familiares com perturbações mentais; em relação à percepção do próprio os autores referem que a saúde pública tem sido pouco atenta face às principais necessidades de quem vivencia o estigma sendo por isso necessário promover intervenções que diminuam a exclusão social e que promovam a participação social dos indivíduos com perturbação mental.

O estigma surge assim como uma das grandes barreiras na procura de ajuda de cuidados de saúde mental e, a título de exemplo, investigações sugerem que os jovens em risco de desenvolver psicose, internalizam o estigma quando ainda não detêm os recursos de *cooping* apropriados e por isso desenvolvem mais atitudes negativas face à procura de cuidados especializados em saúde mental, adiando a procura de ajuda (Rüsç et al., 2013). Para além do autoestigma, devemos compreender que o estigma estrutural prejudica a alocação de recursos necessária para implementar programas de prevenção de doença mental, promoção de saúde mental e investimento nos cuidados de saúde mental. Este desinvestimento pode piorar o acesso e a qualidade da prestação de cuidados de saúde mental junto dos pacientes o que potencia o aumento da incapacidade, agravamento da doença e exclusão social (Rüsç et al., 2013). Por outro lado, a participação das pessoas nos programas de prevenção de doença mental ou promoção de saúde mental pode não acontecer apenas porque as pessoas não aderem; ou, mesmo quando são implementados, podem não ter sucesso no aumento da LSM e diminuição do estigma, especialmente em populações com baixo conhecimento sobre saúde mental, perspectivas pessimistas ou negativas sobre as pessoas com perturbação mental (Rüsç & Thornicroft, 2014).

Estima-se que dois terços das pessoas que cumprem critérios de diagnóstico de perturbação mental nunca procuraram ajuda profissional adequada (Corrigan, Powel & Rüsç, 2012; Thornicroft et al., 2007; Hinshaw, 2005; Rüsç, Angermeyer & Corrigan, 2005), em Portugal apenas 33% procuram ajuda (Almeida & Xavier, 2013). Os pacientes, para além das barreiras anteriormente referidas, enfrentam ainda as conseqüências da falta de prevenção, o estigma associado à utilização de serviços de saúde mental relacionado com o estigma da comunidade, que tem por base o receio da rotulação por parte do meio envolvente. Um estudo de Thornicroft e seus colaboradores (2009) relativo ao estigma antecipado e percebido em pacientes com esquizofrenia, realizado em 27 países, mostrou que 47% dos participantes experienciaram discriminação, o mesmo número teve dificuldade em manter amigos, 43% perceberam discriminação por parte da família e 29% referiu

---

discriminação na procura e manutenção de emprego. A dificuldade em identificar sintomas, o receio pela confidencialidade e confiança, o desconforto em falar sobre problemas de saúde mental e as atitudes negativas, crenças e mitos face à doença mental e tratamentos disponíveis constituem-se como fatores que influenciam a procura de ajuda e são por isso fatores de risco (Gulliver et al., 2010; Jorm, 2000).

A intervenção no que diz respeito ao estigma relacionado com as perturbações mentais pode ter três abordagens: a abordagem educacional que procura desafiar estereótipos através da provisão de informação factual que contraria as crenças e mitos; a intervenção por contacto, que é conseguida através do envolvimento do próprio paciente em ações, apresentam resultados muito positivos na diminuição de estereótipos através das interações sociais; e o protesto e ativismo social que também são uma forma de intervir em relação ao estigma no entanto apresenta menor impacto pela imagem negativa que pode acarretar (Ferreira, 2017). Esta dissertação salienta ainda a importância da *E-mental health*, que se refere aos serviços e informação sobre doença mental através da internet e tecnologias eletrónicas e o desafio que este setor representa para os legisladores devido ao seu crescimento e acompanhamento devido, por outro lado, o potencial também é muito elevado já que diminui a barreira do estigma associado à procura de cuidados de saúde mental, aumenta a proximidade e reduz os custos apesar de existir uma menor utilização deste recurso nas pessoas com doença mental (Christensen et al., 2002).

Stuart e Arboleda-Flórez (2012) citam dois estudos sobre as mudanças relacionadas com o conhecimento sobre a doença mental e atitudes negativas, realizados na Alemanha e Estados Unidos da América entre os anos 1993 - 2011 e 1996 - 2006 respetivamente. O estudo alemão revelou que houve uma melhoria no conhecimento sobre os problemas de saúde mental mas o distanciamento social perante a pessoa com perturbação mental manteve-se (Angermeyer et al., 2009); e o estudo americano revelou resultados mais preocupantes, apontando para uma melhoria da LSM e aumento do estigma de 24% em 1996 para 45% em 2006 (Pescosolido et al., 2010). Estes estudos demonstram que o aumento de conhecimento sobre a doença mental nem sempre é acompanhado de mudanças ao nível da atitude em relação às pessoas portadoras de doença mental.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (2001) refere que o estigma surge porque as pessoas estão desprovidas de condições efetivas de participação social e que estas não são proporcionadas pelos cuidados de saúde e pelo ambiente em que as pessoas estão inseridas. O *Mental Health Action Plan 2013 – 2020* (WHO, 2013) aponta para a necessidade de existir uma mudança nas atitudes que potenciam a perpetuação do estigma e discriminação dado que estas têm isolado as pessoas com doença mental na utilização dos seus recursos e, define quatro objetivos ao nível mundial para a saúde mental: reforçar a liderança e governação efetiva em relação à saúde mental; fornecer serviços sociais e de saúde, integrados e responsivos nas comunidades; implementar estratégias de promoção e prevenção; e reforçar os sistemas de informação, com base na evidência e pesquisa sobre saúde mental.

---

## 2. Qualidade de Vida

A Qualidade de Vida (QV) foi definida por vários autores ao longo dos últimos anos. Ribeiro (2005) refere que a QV representa a percepção individual em relação à postura na vida, e que existe uma contribuição decisiva dos aspetos culturais e das particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural para esta percepção. Serra e seus colaboradores (2006) explica que a QV compreende o sentido de bem-estar e de satisfação experienciado pelos indivíduos em determinados momentos das suas vidas. Enquanto a OMS define a QV como a percepção de um indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Nakane et al., 1999), reúne a ideia de que a QV é um conceito amplo e abrangente. Para além disso, trata-se também de um conceito subjetivo, e complexo, com diferentes significados para cada indivíduo, integrando várias dimensões como, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e culturais e, a relação com características do meio envolvente. Phillips (2006) acrescenta ainda que a QV implica a satisfação de necessidades individuais, a autonomia necessária para participar de forma ativa na sociedade e relaciona a QV com a saúde na perspetiva individual e comunitária.

O conceito de Qualidade de Vida tem sido alvo de especial atenção no âmbito dos cuidados de saúde dado que é encarada como um resultado, tanto no que diz respeito à mortalidade como à morbilidade, este interesse surge de forma mais significativa na área dos cuidados de saúde mental e psiquiatria (Macedo et al., 2020). Neste sentido, a WHO (2004), define que os cuidados de saúde mental devem proporcionar aos pacientes, cuidados clínicos que reduzam o impacto da doença, seus sintomas e evolução, mas os cuidados farmacológicos e não farmacológicos, devem também contribuir para a melhoria da QV dos pacientes com perturbações mentais.

O estudo epidemiológico nacional de saúde mental de Almeida e seus colaboradores (2013) aponta para o facto de que, das dez principais causas de incapacidade, cinco são do foro psiquiátrico, sendo que as perturbações mentais crónicas como a Esquizofrenia e a Perturbação Bipolar, da linha psicótica, apresentam elevada gravidade ao nível dos sintomas e geram maiores perdas funcionais em diversas áreas da vida com potencialidade de causar prejuízos ao nível pessoal, familiar e socioprofissional, conseqüentemente com elevado impacto na QV (Ribeiro, Salvador & Carvalho, 2019).

O interesse da avaliação da QV em pacientes com perturbações mentais graves e com alto impacto na funcionalidade, tal como é o caso da esquizofrenia, prende-se com a importância de o paciente perceber as alterações na sua QV em função por exemplo, da alteração da terapia instituída ou adoção de comportamentos protetores da saúde mental. A avaliação da QV em pacientes com perturbação mental permite também compreender de que forma é que a QV, nas suas diferentes dimensões, é condicionada pelas características demográficas e clínicas, como o género, a idade, o estado civil, o nível de habilitações, situação profissional, gravidade da doença, tipo de farmacologia associada e terapias não farmacológicas (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2013).

---

Verificamos que existem outros estudos que avaliam a QV de pacientes portadores de doença crónica, como são o exemplo de Ferreira e seus colaboradores (2013) sobre a QV em pacientes portadores com asma, onde se evidencia que a dimensão mais afetadas da QV é a da dimensão física, enquanto o estudo de Cardoso e sua equipa (2016) avalia a QV em pacientes com diabetes e mostra que a dimensão mais afetadas é a da ansiedade e depressão. Estes estudos, procuram apresentar quais as dimensões da QV mais afetadas pela patologia e abrir caminho para práticas clínicas que possam ser favoráveis à melhoria destas mesmas dimensões. Também no que diz respeito aos fatores que influenciam a QV de pacientes portadores de esquizofrenia, foram encontrados estudos (Domenech et al., 2019; Abdin et al., 2019; Macedo et al., 2020; Pinho, Pereira & Chaves, 2018; Siani et al., 2016) que procuraram identificar características sociodemográficas que pudessem estar associadas a uma menor QV, percebendo que os pacientes do sexo masculino, solteiros, com baixos rendimentos, baixa escolaridade e desempregados, têm tendência a apresentar resultados mais baixo na QV. Os domínios que avaliam a dimensão ocupacional, social e a saúde mental, foram os domínios mais afetados ao avaliar a QV de pacientes portadores de esquizofrenia, através de diferentes instrumentos de medição de QV (Siani et al., 2016; Pinho, Pereira & Chaves, 2018; Arraras et al., 2019; Domenech et al., 2019; Öztürk & Altun, 2021).

Berlim e Fleck (2003) referem que a avaliação da qualidade de vida tem sido desenvolvida e estudada desde os anos 70 e, a sua medição e estudo no âmbito dos cuidados de saúde, está associada à utilidade do conceito dado que, ao avaliarmos a QV percebida pelos pacientes, conseguimos verificar não só as melhorias clínicas objetivas; como compreendemos o impacto da terapia instituída e intervenções propostas na qualidade de vida sentida pelo paciente. Importa também dizer que este aspeto é fundamental quando pensamos nos cuidados de saúde mental e especialmente na esquizofrenia porque a QV pode melhorar a eficiência dos cuidados. Analisar a QV permite perceber, se por exemplo, a terapia instituída gerou melhorias percebidas pelo paciente, o que por sua vez prevê um cumprimento mais rigoroso e a adoção de comportamentos protetores da saúde já que o próprio paciente compreende, verifica e sente, os seus benefícios. E por isso, avaliar a QV pode permitir um estudo mais aprofundado sobre determinadas intervenções clínicas, sejam elas farmacológicas ou não e, em simultâneo adequar estas mesmas intervenções ao próprio indivíduo e suas especificidades.

As necessidades dos pacientes com perturbação mental são abrangentes e incluem a QV, as relações interpessoais, domínio social, autoeficácia definição e realização dos objetivos e a estabilização de sintoma psiquiátricos (Gelkopf et al., 2016; Macedo et al., 2020). A QV é influenciada por fatores psicossociais e clínicos tais como a gravidade da doença, a sua extensão, os efeitos adversos à terapêutica, mas também o estigma, a discriminação, as expetativas, o desempenho social e o suporte social existente, que podem apresentar-se como fatores de risco ou proteção quando se avalia QV de pacientes portadores de doença mental (Furrer et al., 2018; Macedo et al., 2020).

---

### 3. Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença mental grave, descrita há vários anos e ao longo da história. Trata-se de um conceito abordado inicialmente por Hipócrates (460-370 AC), posteriormente aprofundado e sistematizado, no final do século XIX através da consolidação do conhecimento científico e da prática clínica. Nesta altura, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926) delineou a existência de doenças com etiologia, sintomatologia, curso e resultados comuns e desta forma classificou a esquizofrenia como uma perturbação mental, baseando-se no modelo médico e designando-a como demência precoce, o diagnóstico era baseado principalmente no curso e evolução da doença. Por sua vez, Bleuler (1857-1939) utilizou pela primeira vez o termo esquizofrenia, relacionando a sua semântica para indicar a presença de alterações ou fragmentação entre pensamento, emoção ou afeto e comportamento dos pacientes. Este autor descreveu pela primeira vez os sintomas primários e secundários, mais tarde designados como sintomas positivos e negativos (Afonso, 2010; Santos, 2020; Silva, 2006).

Atualmente e tal como foi referido, a esquizofrenia é entendida como uma doença mental grave e incluída no grupo das psicoses (Saraiva & Cerejeira, 2014). A Doença Mental Grave é entendida pela *American Psychiatric Association (APA, 2014)* como a presença de uma perturbação, clinicamente significativa, associada a défices severos no funcionamento cognitivo, social, familiar e ocupacional, com comprometimento das capacidades do indivíduo no seu quotidiano e, que normalmente necessitam períodos de hospitalização e instituição de medicação antipsicótica. Segundo a WHO (2001) e a APA (2014), a esquizofrenia tem uma incidência na população geral, de um para cem, e tem sido alvo de um maior investimento ao longo dos anos principalmente pelo grande impacto que a perturbação traz aos pacientes, tanto em termos de funcionalidade cognitiva, como social, laboral e comunitária. Em suma podemos dizer que a esquizofrenia tem um elevado impacto nos níveis de funcionamento individual, emocional e social dos pacientes e atinge cerca de 1 em cada 100 indivíduos.

Esta perturbação mental atinge habitualmente pessoas jovens e, ao contrário do que é habitual, o pedido de ajuda é feito maioritariamente pelas famílias, dado que o paciente, apesar de grande parte das vezes estar em sofrimento, não costuma recorrer aos serviços de saúde por iniciativa própria. Este aspeto atrasa muitas vezes o diagnóstico e tratamento adequado. No geral, a família e as pessoas mais próximas, percebem as mudanças no comportamento dos pacientes, nas suas atividades pessoais, interações sociais bem como no desempenho laboral ou escolar. Assim, a esquizofrenia tem um carácter evolutivo prolongado, o seu início ocorre habitualmente no final da idade jovem e início da idade adulta e o despoletar da doença pode ocorrer de forma súbita e manifestar-se de forma rápida, evoluindo em poucos dias ou semanas, ou pelo contrário, a perturbação pode iniciar-se de forma lenta e insidiosa, atrasando o seu diagnóstico (Afonso, 2010).

Esta perturbação mental é assim caracterizada por sintomas positivos como delírios, alucinações, agitação psicomotora, desorganização do discurso e do pensamento, evitamento do contacto visual, ou contacto visual fixo ou vazio; e sintomas negativos como isolamento social, embotamento afetivo,

---

pobreza do discurso ao nível do conteúdo, depressão e anedonia. A esquizofrenia é também caracterizada por recaídas frequentes, e quando estas ocorrem estão muitas vezes associadas a perdas de funções cognitivas, sociais, comportamentais e emocionais que por vezes conduzem a um grave prejuízo do funcionamento social e ocupacional dos pacientes (Afonso, 2010; APA, 2014).

Dado que o início da doença ocorre numa fase em que as competências sociais e estruturas de personalidade ainda se estão a desenvolver, estas competências e estruturas não têm oportunidade de crescer e solidificar, fazendo com que muitos pacientes interrompam os estudos aquando início da doença, apresentem poucas relações amorosas e de amizade, não ingressem no mercado de trabalho acabando por não se conseguirem inserir na sociedade o que por sua vez, aumenta o estigma social em relação as pacientes com perturbações mentais (Corrigan, Paul & Rüscht, 2012; Pinho et al., 2020). O estigma em relação à esquizofrenia cria também barreiras à participação social dos pacientes, tanto pelos sintomas que apresentam e incapacidade que estes geram, mas também devido às atitudes estigmatizantes de que são alvo, tanto no estigma perante a doença e ideias pré concebidas relacionadas com os sintomas, tratamentos, capacidades e funcionamento, como pelo facto deste estigma se traduzir na auto desvalorização por parte do paciente e falta de empoderamento (Corrigan, Paul & Rüscht, 2012; Rüscht, Angermeyer & Corrigan, 2005).

A esquizofrenia está ainda classificada sobre diferentes formas clínicas, a Esquizofrenia Hebefrénica ou desorganizada tem uma prevalência de sintomas afetivos e as alterações de pensamento são predominantes e não sistematizados, o doente apresenta um contacto com a realidade muito pobre, associado a uma elevada regressão nas faculdades mentais, ao nível do comportamento pode ainda existir irritabilidade marcada (Afonso, 2010; APA, 2014; Silva et al., 2016; Silva, 2006). A Esquizofrenia do tipo Paranoide é caracterizada pelo predomínio de sintomas positivos, normalmente de diagnóstico mais fácil pelas características dos sintomas, o paciente apresenta delírios de teor paranoides ou persecutório, relativamente bem sistematizados, com um maior contacto com a realidade e, ao nível do comportamento, percebe-se que este é condicionado pelas próprias ideias delirantes e alucinações e por isso, normalmente os pacientes apresentam um comportamento mais reservado e desconfiado (Afonso, 2010; APA, 2014; Silva et al., 2016; Silva, 2006). A Esquizofrenia Catatónica apresenta uma menor incidência nos dias de hoje, é predominantemente caracterizada por sintomatologia motora e alterações da atividade como ausência de movimento, movimentos motores repetitivos e sem significado, risos imotivados, repetição de palavras do interlocutor e dos seus movimentos (Afonso, 2010; APA, 2014). A Esquizofrenia Simples apresenta normalmente uma evolução insidiosa, onde o isolamento social é muito presente e os sintomas positivos são pouco frequentes, os pacientes revelam uma certa apatia e indiferença perante o mundo exterior com pouca iniciativa e perda de vontade ou motivação (Afonso, 2010; APA, 2014; Silva et al., 2016; Silva, 2006). A Esquizofrenia Residual caracteriza-se pelo facto de não existir uma predominância de sintomas que permitam a sua categorização num tipo de esquizofrenia, a sintomatologia é maioritariamente negativa e os pacientes revelam muitas vezes um isolamento social marcado, embotamento afetivo, pobreza do discurso e do pensamento, esta classificação da perturbação encontra-se muitas vezes presente em pacientes com longos anos



de evolução da doença, normalmente associado a contextos de institucionalização prolongada (Afonso, 2010; APA, 2014).

A complexidade da esquizofrenia reside assim no diagnóstico, dado que este pode ser atrasado pelo facto de os pacientes apresentarem um baixo nível de procura de cuidados de saúde mental por iniciativa própria e, no contacto com o paciente, nem sempre é fácil elaborar um diagnóstico acurado pelo tipo de sintomatologia descrita que, para além de ser difícil de identificar e classificar, pode ser escondida pelos pacientes no sentido em que nem sempre apresentam a capacidade para reconhecer que estão doentes, especialmente em momentos agudos da perturbação. A complexidade desta perturbação reside também na sua etiologia, já que envolve não só fatores biológicos, como também fatores psicológicos e sociais. A esquizofrenia apresenta uma componente de transmissão genética ou hereditariedade (fatores biológicos), no entanto esta é complexa e tem características genéticas multifatoriais que apesar de não serem consensuais, continuam a evidenciar que existe alguma suscetibilidade de transmissão da doença nas linhas de ascendência direta (Afonso, 2010; Silva, 2006). Existe também a hipótese de alterações associadas aos neurotransmissores relacionados com alterações da atividade da dopamina, serotonina e glutamato no Sistema Nervoso Central. A etiologia da esquizofrenia apresenta ainda a possibilidade de o desenvolvimento da perturbação estar relacionado com ocorrências no período perinatal do desenvolvimento e maturação do cérebro, que possam provocar lesões e que sejam a base de um longo período de desenvolvimento do cérebro em condições anormais (Afonso, 2010; Silva, 2006).

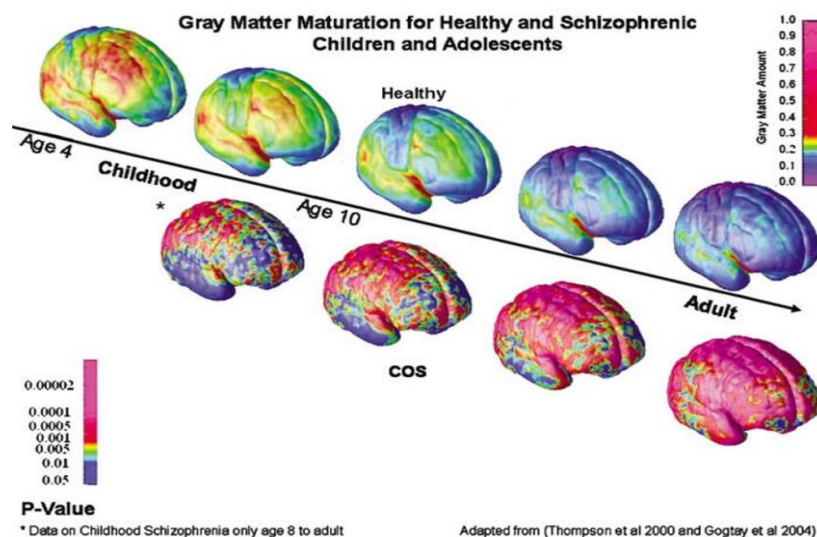


Figura 2 - Cérebro e maturação da massa cinzenta em crianças e adolescentes saudáveis e com esquizofrenia – Extraído de Rapoport, Addington, Frangou & Psych (2005) - Adaptação de Thompson, Vidal, Giedd, Gochman, Blumenthal, Nicolson, Toga & Rapoport (2001)

No que diz respeito aos exames e meios complementares de diagnóstico, é possível verificar em exames pós-morte que existem sinais consistentes de atrofia cerebral e de perda de substância ou massa cinzenta. Estes meios permitem verificar que os cérebros apresentam-se de menor dimensão e mais leves o que pode apontar para a teoria de que a esquizofrenia pode estar relacionada com

---

o desenvolvimento anormal das estruturas do cérebro mas também a atrofia cerebral que a própria doença gera ao longo da vida (Silva, 2006).

Na figura 2 podemos observar que as alterações das estruturas cerebrais são também progressivas e dinâmicas ao longo da adolescência e idade adulta, a perda de massa cinzenta é acentuada na adolescência o que por sua vez sustenta um desenvolvimento anormal com certos padrões (Rapoport et al., 2005). Os fatores psicológicos procuraram explicar o desenvolvimento da esquizofrenia com base em relações familiares disfuncionais e tipos de comunicação interpessoal inadequados, no entanto apresentam-se como fatores com pouco impacto na etiologia da doença por não justificarem por si só o desenvolver desta patologia (Afonso, 2010; Silva, 2006).

A perturbação esquizoafetiva é um diagnóstico entre as perturbações de humor e a esquizofrenia, normalmente o início desta perturbação ocorre mais cedo do que na perturbação bipolar e mais tarde do que a esquizofrenia (Saraiva & Cerejeira, 2014). Os sintomas de características delirantes, anteriormente descritos na esquizofrenia estão presentes nesta perturbação, a terapia farmacológica utilizada é idêntica e mantém-se também a cronicidade da doença. Apesar de os pacientes com perturbação esquizoafetiva apresentarem um melhor funcionamento pré-mórbido quando comparados com a esquizofrenia, o declínio do funcionamento social ao longo da vida e os défices cognitivos importantes, também estão presentes nesta perturbação mental (APA, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014).

Apesar de se tratar de uma doença crónica, a esquizofrenia e a perturbação esquizoafetiva apresentam possibilidades de tratamento, que têm como objetivo atenuar os sintomas, melhorar a qualidade de vida e a integração social dos pacientes e dos cuidadores. O tratamento deve ter em consideração uma abordagem multidisciplinar, com objetivos traçados de acordo com as dificuldades e capacidades dos pacientes e, considera-se que uma intervenção clínica adequada tem duas vertentes, a farmacológica e a não farmacológica (Silva et al., 2016). A abordagem farmacológica concentra os medicamentos antipsicóticos de primeira e segunda geração ou típicos e atípicos respetivamente. Importa referir que antipsicóticos de segunda geração são atualmente mais utilizados por reduzirem significativamente a existência de efeitos adversos à terapêutica, ambos fármacos podem ser administrados através de comprimidos ou em fórmula injetável. A fórmula injetável é por vezes utilizada com o objetivo de aumentar a adesão terapêutica dos pacientes e também para uma maior comodidade dos pacientes (Afonso, 2010; Silva et al., 2016). A abordagem não farmacológica tem como objetivo a reabilitação psicossocial que tal como foi referido anteriormente, é uma das áreas sobre a qual a esquizofrenia tem um elevado impacto e, neste âmbito existem várias possibilidades como a psicoeducação, psicoterapia, Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), intervenção familiar, terapia ocupacional, treino de aptidões sociais, internamento e acompanhamento médico, enfermagem e social (Afonso, 2010; Santos, 2020; Silva, 2006).

Uma das maiores dificuldades nos cuidados de saúde mental prestados aos pacientes com esquizofrenia está relacionada com a demora na procura de ajuda que, por vezes, se reflete no agravamento da sintomatologia piorando o prognóstico da evolução da doença e aumento da

---

incapacidade; mas também a baixa adesão à intervenção terapêutica, principalmente no que diz respeito à intervenção farmacológica, que em alguns casos se justifica pela existência de efeitos secundários mas que se deve essencialmente ao estigma, crenças e mitos associados à terapêutica farmacológica e à utilização de cuidados de saúde mental (Corrigan, 2004; Corrigan, Paul & Rüschi, 2012; Silva et al., 2016; Cahaya et al., 2022).

Importa assim consolidar a ideia de que esta perturbação mental está muitas vezes associada, a pacientes com dificuldade de integração profissional e social, frequentemente como consequência, os pacientes encontram-se em contextos económicos desfavoráveis, com elevados níveis de isolamento. Por todas estas razões, os estudos demonstram que os pacientes portadores de esquizofrenia têm tendência a apresentar uma menor QV (Pinho et al., 2018). A literatura refere ainda que a intervenção farmacológica não é suficiente para o tratamento de pacientes com esquizofrenia e que, as intervenções e reabilitação psicossociais devem ser associadas ao processo de tratamento (Lehman et al., 2004; Öztürk & Altun, 2021). Este aspeto, da necessidade de aumentar a adesão ao tratamento e melhorar os níveis de funcionalidade dos pacientes, faz com que vários autores (Arraras et al., 2019; Domenech et al., 2019; Furrer et al., 2018; Öztürk & Altun, 2021; Petkari et al., 2020) refiram a importância da avaliação da QV dado que esta permite observar os ganhos que as intervenções clínicas e terapêuticas têm, do ponto de vista do paciente, o que por sua vez pode melhorar os níveis de adesão terapêutica e, aumentar os comportamentos promotores de saúde mental e assim, predizer um melhor prognóstico da doença.

Tal como foi referido anteriormente, os pacientes portadores de esquizofrenia, ao contrário do que é habitual, não procuram os cuidados de saúde por iniciativa própria. Normalmente são os familiares ou pessoas próximas que o fazem. Assim, surge também a importância em avaliar a LSM, que pode ser um fator chave na promoção da procura de ajuda precoce, mas também na adoção de comportamentos promotores e protetores de uma boa saúde mental. Elevados níveis de LSM também podem trazer vantagens ao nível da diminuição do estigma associado a esquizofrenia, terapêutica medicamentosa e utilização de cuidados de saúde mental. Ao mesmo tempo, mais LSM pode diminuir o estigma e contribuir para o combate à exclusão social e violação de direitos humanos junto desta população vulnerável.

## **Parte II – Trabalho Empírico**

## 4. Metodologia

O quarto ponto desta dissertação pretende apresentar as considerações metodológicas que conduziram a investigação empírica. A metodologia configura-se como um conjunto de práticas, utilizadas e validadas pela comunidade científica, consideradas como válidas para a explicação e confirmação de uma teoria. As teorias científicas propõem-se a explicar de alguma maneira os fenómenos que observamos, podendo fundamentar-se ou não em experiências que reconheçam a sua validade (Vilelas, 2020).

Assente no enquadramento teórico elaborado, será apresentada a questão de investigação, finalidade e objetivos, tipo de estudo desenvolvido, bem como o enquadramento da população e amostra selecionadas. Este capítulo pretende também apresentar e analisar as variáveis presentes e as relações observadas em alinhamento com a questão de investigação formulada. Será descrito o tipo de investigação realizado, instrumentos de recolha de dados selecionados e procedimentos utilizados, quer na recolha e análise de dados, quer em termos éticos.

### 4.1 Questões de investigação

Em alinhamento com a revisão de literatura efetuada ao longo desta dissertação, foi definida a questão de investigação que procurou clarificar de forma objetiva os dados que se pretendem obter e, de que forma os analisar relativamente à problemática em estudo. A formulação das questões de investigação pressupõe assim nortear a investigação e deve estar alinhada com os objetivos do estudo. Pretende-se com as questões de investigação, resumir a informação que vai ser trabalhada e analisada ao longo do projeto (Sampieri et al., 2014).

Assim, definiu-se a seguinte questão de investigação que conduziu o projeto:

Quais os níveis de LSM e suas determinantes nos pacientes portadores de esquizofrenia?

Na sequência da mesma desenvolveu-se todo o desenho de investigação destacando-se de seguida a finalidade e os objetivos do estudo.

### 4.2 Finalidade e objetivos do estudo

A Esquizofrenia é uma perturbação mental grave que, devido às suas características sintomáticas, nem sempre permite que o paciente procura os cuidados de saúde mental, atrasando o tratamento e estabilização da doença. Trata-se de uma perturbação que apresenta um elevado impacto na funcionalidade do indivíduo, o que faz com que muitos pacientes se encontrem em situações de maior fragilidade e vulnerabilidade social, dificuldade de inserção no mercado laboral tanto pelas questões do estigma como pelas próprias condicionantes da doença, habitualmente com diminuição de rendimentos, elevado isolamento social e poucas redes de suporte. Sabendo que a LSM tem um papel fundamental na promoção de saúde mental e procura de ajuda, pretende-se medir os níveis de LSM juntos dos pacientes portadores de esquizofrenia acompanhados na consulta externa do SLSM. A evidência científica tem apontado, ainda que de forma variada, para a existência de determinadas características socio demográficas que podem prever maiores ou menores níveis

---

de LSM como por exemplo, a baixa escolaridade ou a existência de historial de doença mental na família. Nesse sentido, este estudo tem por finalidade contribuir para a melhoria das práticas assistenciais com base na especificidade dos utentes no que se refere à LSM e QV.

Na sequência desta finalidade estabeleceram-se os objetivos do estudo sendo que, com estes, pretende-se descrever o fenómeno e determinar ou estabelecer a influência dos fatores estudados (Sampieri et al., 2014).

O objetivo geral desta investigação procura mostrar a essência do planeamento do problema e a ideia principal do projeto de investigação (Vilelas, 2020). Nesse sentido visa medir os níveis de LSM junto dos pacientes portadores de esquizofrenia acompanhados num SLSM de um hospital público.

Para além de medir os níveis de LSM dos participantes, os objetivos específicos do projeto foram formulados e orientados com base no objetivo geral (Vilelas, 2020), e passam por:

- i) analisar a relação entre a Literacia em Saúde Mental e variáveis sociodemográficas;
- ii) identificar relação entre os níveis de Literacia em Saúde Mental e variáveis clínicas;
- iii) determinar a associação entre os níveis de LSM e os níveis de QV percebidos pelos participantes.

A partir destes objetivos será definido o tipo de estudo a desenvolver.

### **4.3 Tipo de estudo**

Em alinhamento com a temática do estudo, finalidades e objetivos, e estruturação da investigação, este estudo é considerado do tipo quantitativo e, pretende-se que através da recolha de dados se proceda à análise estatística dos mesmos, para obter indicadores que, face aos objetivos, possam vir a dar respostas relativamente às questões de investigação (Sampieri et al., 2014).

Trata-se de um estudo quantitativo dado que, permite transpor em números as opiniões e as informações para posterior classificação e análise (Vilelas, 2020); é também do tipo transversal e analítico-correlacional porque se pretende descrever as variáveis e perceber qual o seu impacto, num só momento e, em simultâneo, por se desejar estudar as associações entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2014).

O estudo foi desenvolvido num SLSM de um hospital público com recurso a três instrumentos:

- i) Escala de avaliação de Literacia em Saúde Mental – *Mental Health Literacy Scale (MHLS)* de O'Connor e Casey (2015) validada para a população portuguesa por Neto e seus colaboradores (2021);
- ii) Escala de avaliação da Qualidade de Vida - *EQ-5D-5L* desenvolvida pelo EuroQol Group (1990) validada em Portugal por Ferreira e seus colaboradores (2019);
- iii) Questionário sociodemográfico e clínico desenvolvidos especificamente para este estudo.

Os instrumentos referidos resultaram em diferentes variáveis que de seguida serão analisadas e classificadas no que concerne à sua utilização neste estudo.

## 4.4 Variáveis

Sampieri e seus colaboradores (2014) definem variável como uma propriedade que apresenta variações que se podem medir ou observar. Vilelas, (2020) salienta que a “essência da investigação é compreender o porquê da variação dos valores numa variável e o modo como a variação de uma variável pode influenciar outra” (p. 171). Assim, o presente estudo considerou como várias dependentes a LSM e a QV avaliadas através dos instrumentos referidos no ponto anterior deste trabalho. Como variáveis independentes apresentam-se as de natureza sociodemográfica e clínica, obtidas a partir de um questionário construído especificamente para o desenvolvimento deste estudo. Os dados relativamente à informação clínica foram recolhidos através de consulta do processo clínico do participante. Em termos de operacionalização de variáveis para efeitos de estatística inferencial e utilização dos testes adequados, optou-se pelo agrupamento de algumas variáveis sociodemográficas como a idade, o estado civil, a situação face ao emprego, a escolaridade e a tipologia do agregado familiar; e nos indicadores de gestão de doença, o número de anos de acompanhamento, o número de faltas à consulta externa de psiquiatria, o número de internamentos em psiquiatria, o número de observações no Serviço de Urgência (S.U) de psiquiatria e o número de observações compulsivas no S.U. A tabela seguinte caracteriza todas as variáveis do estudo ao nível da sua classificação e operacionalização.

Tabela 1. Apresentação e descrição das variáveis

Tipo	Nome	Operacionalização	Tipo de varável		
Dependentes	Literacia em Saúde Mental	Literacia em Saúde Mental –(MHLS) <sup>1</sup>	Quantitativa Métrica		
	Qualidade de Vida	Qualidade de Vida (EQ5D5L) <sup>2</sup>	Mobilidade		
			Cuidados pessoais		
			Atividades habituais		
Independentes	Idade	(anos)	Quantitativa Métrica		
			Sexo	Mulheres	Qualitativa
				Homens	Nominal
			Estado civil	Solteiro	Qualitativa
Casado / União de Facto	Nominal				
Divorciado / Separado	Nominal				
		Viúvo			

<sup>1</sup> MHLS-Pt

<sup>2</sup> EQ5D5L

Situação face ao Emprego		Desempregado	Qualitativa	
		Desempregado com rendimentos/prestações		
		A trabalhar a tempo inteiro ou parcial		
		A trabalhar a tempo inteiro ou parcial e com rendimentos/prestações		
		Estudante		
		Reformado/pensionista		
		Outro		
Profissão	Variáveis sociodemográficas	Setor primário (mineração e agricultura)	Qualitativa	
		Setor secundário (indústria)	Nominal	
		Setor terciário (serviços e comércio)		
Escolaridade		Sem escolaridade	Qualitativa	
		1 a 4 anos de escolaridade		
		6 a 7 anos de escolaridade		
		8 a 9 anos de escolaridade		Ordinal
		10 a 12 anos de escolaridade		
		Mais de 12 anos de escolaridade		
Agregado familiar		Vive só	Qualitativa	
		Família Nuclear (pai, mãe, filhos)		
		Família Monoparental (pai ou mãe, filhos)		
		Família Extensa (avó/avô, pais, filhos, tios, primos)		Nominal
		Regime de Coabitação (partilha de habitação com não familiares)		
Situação económica mensal		Entre 0€ e 300€	Qualitativa	
		Entre 301€ e 600€		
		Entre 601€ e 900€		Ordinal
		Desde 901€ ou mais		
História de doença mental na família		Sim	Qualitativa	
		Não	Nominal	
Diagnóstico		Esquizofrenia	Qualitativa	
		Esquizoafetiva	Nominal	
Número de anos de acompanhamento		(anos)	Quantitativa Métrica	
Regularidade nas consultas em número de faltas		(número de faltas)	Quantitativa Métrica	
Regularidade nas consultas em tipo de falta	Variáveis clínicas	Sem faltas	Qualitativa	
		Seguidas		
		Interpoladas		Nominal
		Seguidas e interpoladas		
Tratamento injetável de longa duração		Sim	Qualitativa	
		Não	Nominal	
Número de internamentos em psiquiatria		(número de internamentos)	Quantitativa Métrica	



Número de observações no Serviço de Urgência de Psiquiatria	(número de observações)	Quantitativa Métrica
Número de observações compulsivas no Serviço de Urgência de Psiquiatria	(número de observações)	Quantitativa Métrica

Os instrumentos foram aplicados junto da amostra obtida face à população considerada e ambas serão analisadas de seguida.

## 4.5 População e Amostra

Este estudo foi desenvolvido junto de pacientes portadores de esquizofrenia acompanhados num SLSM de um hospital público. Em função do tempo academicamente disponível, a amostra integrou pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e psicose esquizoafetiva.

O cálculo da dimensão da amostra foi realizado através da identificação do número de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia ou perturbação esquizoafetiva, inscritos na consulta externa de psiquiatria do SLSM, Hospital de Dia, internamento e Serviço de Urgência (S.U.) da especialidade de psiquiatria entre 2019, 2020 e 2021. Foram excluídos 156 participantes (fora da área geográfica) desta extração de dados. Optou-se por limitar a idade dos participantes a partir dos 18 anos na medida em que, as questões de saúde mental na infância e juventude estão afetadas à especialidade de pedopsiquiatria tendo especificidades que não foram consideradas pertinentes para o presente estudo. Por outro lado, optou-se por abranger participantes até aos 75 anos de idade dado que o estudo se realizou num território com uma elevada prevalência de pessoas idosas e teve como objetivo abranger um maior número de população.

A fórmula utilizada (Santos, n.d.) e a extração realizada evidenciou a existência de 136 pacientes registados para um  $n$  esperado de 77 pacientes para que a amostra fosse representativa da população com um grau de confiança de 95%. A seleção desta amostra foi feita por conveniência.

Os critérios de inclusão e de exclusão permitiram selecionar de forma mais objetiva os participantes elegíveis para o estudo. Assim, foram incluídos pacientes que apresentassem os seguintes critérios:

- i) Diagnóstico de esquizofrenia (F 20 Esquizofrenia; F 200 Esquizofrenia Paranoide; F 201 Esquizofrenia Hebefrénica; F 202 Esquizofrenia Catatónica; F 203 Esquizofrenia Indiferenciada; F 205 Esquizofrenia Residual; F 206 Esquizofrenia Simples; F 208 Outras Esquizofrenias; F 209 Esquizofrenias não especificadas) e esquizoafetiva (F25 Transtorno Esquizoafetivo);
- ii) Acompanhamento clínico na consulta externa do SLSM há 3 ou mais anos;
- iii) Pacientes com idades compreendidas entre os 18 e 75 anos de idade;
- iv) Residentes em três concelhos da área geográfica do SLSM.

A metodologia adotada apresentou os seguintes critérios de exclusão:

- 
- i) Pacientes que apresentem défice cognitivo que os impeça de compreender o conteúdo e conseqüentemente limite o preenchimento dos instrumentos a aplicar;
  - ii) Participantes com dificuldades de comunicação que não consigam expressar a sua posição.

Após seleção da amostra e definição dos critérios de inclusão e exclusão, foram aplicados os instrumentos de recolha de dados.

## **4.6 Instrumentos e procedimento de recolha de dados**

Neste estudo recorreu-se a três instrumentos, a saber: um questionário sociodemográfico e clínico abordado aquando da descrição das variáveis (ponto 4.4), e dois instrumentos direcionados para a LSM e QV, traduzidos e validados para a população portuguesa. De seguida apresentar-se-ão estes dois últimos instrumentos de forma mais detalhada.

### **4.6.1 Escala de Literacia em Saúde Mental (Mental Health Literacy Scale)**

A LSM foi avaliada com recurso à escala *Mental Health Literacy Scale* (MHLS) de O'Connor e Casey (2015) validada para a população portuguesa por Neto e seus colaboradores (2021) e na dissertação de Rocha (2016).

Analisando de forma mais aprofundada, dado que foi a escala selecionada para este estudo, a *MHLS* (O'Connor & Casey, 2015) podemos afirmar que se configura como uma escala genérica já que foi desenvolvida para medir níveis de LSM junto da população geral motivo pelo qual pendeu a decisão para utilização desta escala e não da *QualisMental*, escala que foi construída para avaliar LSM na população jovem.

A MHLS apresenta uma característica bastante interessante que é, a avaliação da dimensão do comportamento de procura de ajuda bem como do estigma em relação à perturbação mental no ponto *iv*) do instrumento "Atitudes que promovem o reconhecimento e procura de ajuda apropriada". O estigma é considerado uma componente importante no que diz respeito à LSM dado que pode ter influência na dimensão da procura de ajuda por parte da pessoa que está doente, mas também, sobre a forma como a comunidade em geral pode incentivar ou não, os comportamentos de procura de ajuda ao invés de comportamentos estigmatizantes e de rejeição que podem levar à não-aceitação da doença e recusa do tratamento. O aumento do estigma em relação às pessoas com perturbação mental está assim associado a uma diminuição da procura de ajuda profissional (Jorm, 2000) e este é um dos aspetos, embora não o único, que poderá indicar caminhos para melhorar as práticas e políticas associadas aos cuidados de saúde mental.

A escolha não recaiu sobre escalas anteriormente mencionadas porque não se encontravam validadas para a população portuguesa como são a "*The College Students Mental Health Literacy Scale*" (MHLS-c), desenvolvido por Rabin e seus colaboradores (2021), a "*Mental Health Literacy Scale for Health Students*" (MHLS-HS) da equipa de Chao (2020), a "*Mental Health Literacy Tool for Educators*" (MHL-ED) desenvolvida por Wei e sua equipa (2019), a "*Mental Health Beliefs and Literacy Scale*" (MBLS) construída por Banh e seus colaboradores (2019) e a *Mental Health*

---

*Awareness and Advocacy-AT* (MHAA-AT) de Aller e sua equipa (2021). Por outro lado, o *Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiS Mental* validado para a população portuguesa por Loureiro, Pedreiro e Correira (2012) e Loureiro (2015), foi adaptado a partir da versão para adolescentes e jovens do *Survey of Mental Health Literacy in Young People - Interview Version* e dado que o estudo pretende medir a LSM em pacientes adultos, considerou-se que o instrumento poderia não ser o mais indicado a utilizar, tal como a *MHLq* de Dias e seus colaboradores (2018).

A escala original de O'Connor e Casey (2015) inicialmente era composta por 79 itens, reduzidos a 35 itens para melhorar a confiabilidade do instrumento e retirados itens com correlação inferior a dois, sendo o Alpha de Cronbach da escala de 0,87. O autor, através de análises estatísticas considerou que a estrutura fatorial deveria ser composta por 35 itens e quatro fatores, no entanto verificou que as comunalidades eram baixas e as cargas fatoriais médias (0,25) o que indicou que, considerar uma estrutura univariada seria a opção teórica e estatisticamente mais correta. A variação do resultado total da escala tem um mínimo de 35 e máximo 160 pontos, onde pontuações mais elevadas correspondem a uma maior LSM.

A versão portuguesa de Neto e seus colaboradores (2021), em resultado da validação do instrumento original, é composta por 35 itens. Contudo os autores, após análise estatística, consideraram vantajoso retirar alguns itens e reformular os fatores propostos, sugerindo que a escala validada tivesse a seguinte estrutura:

- (1) Atitudes que promovem o comportamento de ajuda (itens: 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35);
- (2) Conhecimento de procura de informação (itens: 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 28); e
- (3) Reconhecimento da doença (itens: 1, 4, 5, 6, 8).

Os resultados obtidos indicaram que as cargas fatoriais da escala foram razoáveis ao nível da consistência interna, variando entre 0,66 e 0,89 (Cronbach, 1951; Maroco, 2006).

Apesar desta proposta, ao nível da estrutura do instrumento, os autores da versão original e da versão portuguesa concluíram que, teórica e estaticamente, é mais apropriado utilizar um só índice para efeitos inferenciais relativos ao valor total da escala (O'Connor & Casey, 2015; Neto et al., 2021). Assim, adotar-se-á este procedimento no presente estudo, contudo em termos descritivos e tendo em conta os objetivos do estudo analisar-se-ão os seguintes fatores da escala:

- 1) *Reconhecimento de perturbações mentais*, composto pelos itens 1 a 8, com respostas de escolha múltipla onde o valor 1 corresponde à resposta “Muito improvável”, 2 significa “Improvável”, 3 “Provável” e 4 “Muito provável”;
- 2) *Conhecimento na procura de informações relacionadas com a saúde mental*, onde se pretende avaliar a capacidade individual no acesso a informações sobre saúde mental, neste fator incluem-se os itens 16 a 19 com questões de escolha múltipla avaliadas numa escala de Likert de cinco pontos;

---

3) *Conhecimento sobre os fatores de risco e as suas causas*, contemplando os itens 9 e 10 que são duas questões de verdadeiro e falso, pontuadas de 1 a 4 tal como no primeiro fator, sendo o item 10 cotado de forma invertida;

4) *Conhecimento sobre tratamento* que engloba as questões 11 e 12, questões de escolha múltipla pontuadas de 1 a 4 onde 1 corresponde à resposta “Muito inútil”, 2 significa “Inútil”, 3 “Útil” e 4 “Muito útil” sendo o item 12 cotado de forma invertida;

5) *Conhecimento sobre a ajuda profissional disponível* com os itens 13 a 15, através de três questões de escolha múltipla, pontuadas de 1 a 4 onde 1 corresponde à resposta “Muito improvável”, 2 significa “Improvável”, 3 “Provável” e 4 “Muito provável”, sendo o item 15 cotado de forma invertida;

6) *Atitudes que promovem o reconhecimento e procura de ajuda apropriada*, englobando os itens 20 a 35 através de questões de escolha múltipla avaliada numa escala de Likert de cinco pontos e tratam-se de afirmações com resposta ao nível da concordância do participante onde a pontuação 3 corresponde a “Não concordo nem discordo”. Os itens 20 a 28 são cotados de forma invertida.

No estudo australiano da escala original, a análise descritiva refere que a média da LSM  $\pm$  desvio padrão é de  $127,38 \pm 12,63$  e o resultado total variou entre o mínimo de 92 e máximo de 155.

O alfa de Cronbach da escala validada para a população portuguesa (Neto et al., 2021) foi de 0.85 muito próximo da escala original 0.87 e assim com uma consistência interna considerada boa (Cronbach, 1951; Neto et al., 2021; Maroco, 2006). A análise descritiva dos autores refere que o valor médio de LSM variou entre o mínimo de 93 e o máximo de 155, sendo da LSM  $\pm$  desvio padrão é de  $129,11 \pm 12,46$ .

#### **4.6.2 EQ5D5L**

A escala utilizada para medir a QV foi a *EQ-5D-5L* (Ferreira et al., 2019; EuroQol Group, 1990) que descreve o estado de saúde através de cinco dimensões, com possibilidade de 5 níveis de resposta em que o nível um representa sem problemas ou inexistência de problema, o nível dois problemas ligeiros, o nível três aponta para existência de problemas moderados, o nível quatro refere problemas severos ou extremos e, o nível 5 revela problemas muito graves ou incapacidade para aquela dimensão. A escolha desta escala recai sobre a sua ampla utilização em estudos ao nível da medição de QV em saúde, sendo que os resultados obtidos são relevantes para investigação em cuidados de saúde mental (Macedo et al., 2020; Siani et al., 2016). As dimensões analisadas na EQ-5D-5L são as seguintes:

- i) a mobilidade,
- ii) os cuidados pessoais,
- iii) as atividades habituais,
- iv) a dor/mal-estar
- v) a ansiedade/depressão

---

Esta escala permite obter um índice global ponderado pelas preferências da população portuguesa resultado do trabalho desenvolvido por Ferreira e seus colaboradores (2019) e a pontuação total da escala varia entre 0 e 1, em que zero significa o pior estado de saúde e 1 representa saúde perfeita, é possível encontrar-se valores negativos e estes traduzem estados piores que morte. A possibilidade de representar estados de saúde através de um inquérito breve e com diferentes dimensões permite que seja utilizado e pode ser utilizado em avaliações económicas de custo-utilidade. No estudo de Ferreira e seus colaboradores (2019) o valor médio de QV  $\pm$  desvio padrão foi de 78,9  $\pm$  14,9 (n=1451).

Referir ainda que a aplicação destes instrumentos foi realizada por heteropreenchimento ou preenchimento acompanhado. Os participantes tiveram acesso a um documento explicativo do projeto de investigação, onde consta o consentimento e no qual expressaram a sua autorização para a recolha e tratamento dos dados referidos.

### **4.6.3 Questionário sociodemográfico e clínico**

Os questionários relativos à recolha de dados sociodemográficos e de dados clínicos, foram contruídos com base na informação tida como relevante face à questão de investigação e objetivos do presente estudo. As variáveis selecionadas encontram-se descritas no ponto 4.4 no grupo das variáveis independentes, primeiro as variáveis sociodemográficas e de seguida as variáveis clínicas. As variáveis sociodemográficas são a idade, o sexo, o estado civil, a situação face ao emprego, a profissão, a escolaridade, a tipologia de agregado familiar e a situação económica mensal dos participantes. No que diz respeito às variáveis clínicas foram recolhidos dados relativos à existência de doença mental na família, número de anos de acompanhamento em psiquiatria, número e tipo de faltas à consulta externa, realização de tratamento injetável, número de internamentos em psiquiatria, número de observações no S.U de psiquiatria e número de observações compulsivas urgentes.

## **4.7 Procedimentos e técnicas de recolha e tratamento de dados**

Através de medidas de estatística descritiva, as variáveis contínuas serão apresentadas sobre forma de média, desvio padrão ou mediana e as variáveis categóricas sob a forma de frequência absoluta e percentagem.

No questionário de recolha de dados sociodemográficos e clínicos, optou-se por recolher determinadas variáveis com nível de mensuração métrico, sendo elas a idade, o número de anos de acompanhamento em psiquiatria, número de faltas às consultas da especialidade, número de internamentos em psiquiatria, número de observações no S.U e número de observações no S.U compulsivas por psiquiatria. Posteriormente as referidas variáveis foram reagrupadas no âmbito da estatística descritiva por permitir captar as especificidades e singularidades da população em estudo. Ao nível da estatística inferencial, foram criados grupos nas variáveis relativas à idade, estado civil, situação face ao emprego, escolaridade, tipologia de agregado familiar e, no número de observações compulsivas no S.U, foram redefinidos os grupos e intervalos de número de

---

observações com o objetivo de verificar mais eficazmente a existência ou não de diferenças entre os grupos ao nível da LSM.

Através de testes de estatística analítica, as diferenças de médias entre os grupos serão comparadas através de testes *t* de *Student* para amostras independentes (2 grupos) e da ANOVA para a comparação de médias em amostras independentes com 3 ou mais grupos. Sempre que as condições estatísticas para aplicação destes testes não estejam asseguradas recorreu-se em alternativa aos testes *U* de *Mann Withney* e *Kruskal Wallis*. Para estudar a associação existente entre LSM e características sociodemográficas e clínicas dos participantes, será realizada análise bivariada com recurso aos coeficientes de correlação de *Pearson* para avaliar a relação entre duas variáveis contínuas com distribuição normal e a correlação de *Spearman* em variáveis contínuas cuja normalidade de distribuição não se encontra assegurada e entre variáveis qualitativas. Para interpretar a intensidade das correlações de *Pearson* seguiu-se as orientações referidas por Pestana e Gageiro (2014) que referem que a interpretação do valor  $r < 0,2$  refere uma associação muito baixa; quando se encontra entre  $0,2 \leq R \leq 0,39$  estamos perante uma associação baixa; o intervalo  $0,4 \leq R \leq 0,69$  representa uma associação moderada; quando  $0,7 \leq R \leq 0,89$  estamos perante uma associação alta e, quando o valor varia entre  $0,9 \leq R \leq 1$  estamos perante uma associação muito alta.

Foi assumido o Teorema do Limite Central (Araújo & Giné, 1980) que afirma que, na teoria das probabilidades, quando o tamanho da amostra aumenta, a distribuição amostral da média é cada vez mais próxima da distribuição normal. Assim, sempre que a amostra foi superior a 30 ( $n > 30$ ), considerou-se que a distribuição das médias amostrais se aproximava da distribuição normal.

No sentido de verificar a normalidade da distribuição das variáveis (apêndice VI) recorreu-se ao coeficiente de assimetria / curtose por variável e os resultados foram interpretados tendo por base os valores de referência de Kline (2016) normalidade quando (-3 e 3) ou Kline (2011) normalidade quando (-2 e 2). Quando o *n* do grupo em análise foi inferior a 30 efetuou-se o mesmo cálculo para cada grupo. Quanto ao pressuposto da homogeneidade das variâncias, recorreu-se ao teste *Levene*. O estudo da normalidade de distribuição e homogeneidade de variâncias encontram-se nos apêndices deste documento.

Assumiu-se significância estatística quando  $p < 0,05$ . A análise estatística foi realizada com recurso ao *software IBM Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS®)*. A recolha de dados teve início em dezembro de 2021 e terminou em meados de junho de 2022.

## **4.8 Procedimentos éticos**

Os procedimentos éticos deste estudo passaram em primeiro lugar, pelos pedidos de aprovação para realização de projeto de investigação junto da Comissão Diretiva do Mestrado da APNOR que obteve aprovação a 10 de novembro de 2020 e, junto da Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde do Alto Minho com o parecer favorável 55/2021- CES.

Após aprovação da realização do projeto de investigação iniciou-se a recolha de dados juntos dos participantes, que tiveram acesso a um documento explicativo do projeto de investigação (apêndice

---

II), onde constou também o Consentimento Informado (apêndice III). Nestes documentos os participantes expressaram a sua autorização para a recolha e tratamento de dados. A consulta dos processos clínicos dos participantes selecionados teve como objetivo exclusivo recolher a informação relativa às variáveis em estudo, restringindo-se o acesso a informação clínica não diretamente relacionada com os objetivos propostos. De modo a salvaguardar a confidencialidade e o anonimato dos participantes, foi criado um ficheiro com uma chave descodificadora, guardada num local reservado e protegido a que só a investigadora teve acesso, se necessário. Todos os dados de saúde recolhidos e tratados foram anonimizados irreversivelmente e restritos às finalidades concretas e objetivas do estudo. Os dados e material recolhido serão destruídos dois meses após a entrega desta dissertação.

Assegurou-se o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, contemplando a disponibilização de informação escrita para o participante, clarificadora dos objetivos, dos riscos e dos benefícios decorrentes da sua participação no estudo / projeto de investigação, explicitando a sua inteira liberdade para decidir aceitar ou para decidir recusar a participação, garantindo que esta última opção está isenta de retaliação, afirmando idêntico grau de liberdade para, em qualquer momento do decorrer do estudo, poder anular uma decisão inicial de aceitação de participação – sem que lhe fosse pedida justificação com efeitos imediatos e sob a mesma garantia.

## **5. Resultados**

O presente capítulo apresenta os resultados obtidos neste estudo de investigação, que resultaram da aplicação dos instrumentos de colheita de dados anteriormente mencionados. A informação recolhida foi analisada com recurso à estatística descritiva, com o objetivo de resumir e descrever os dados. Através da estatística inferencial procurar-se-á responder às questões de investigação acerca da problemática em estudo.

Inicialmente serão descritos os dados sociodemográficos, clínicos, níveis de Literacia em Saúde Mental e Qualidade de Vida dos participantes com o objetivo de sistematizar a informação obtida. De seguida serão analisados os resultados da estatística inferencial, as relações entre variáveis, os instrumentos aplicados e suas propriedades psicométricas com o objetivo de responder às questões de investigação (Martins, 2011; Sampieri et al., 2014).

### **5.1 Análise descritiva**

Neste ponto, apresentar-se-ão os resultados inerentes à caracterização descritiva da amostra com o objetivo de apresentar de forma sucinta e eficaz a informação relativa aos dados sociodemográficos, clínicos de LSM e QV da população em análise.

#### **5.1.1 Características sociodemográficas e clínicas**

A tabela 2 resume os dados sociodemográficos do presente estudo. A idade média  $\pm$  desvio padrão foi de 48,53  $\pm$  10,44 anos com idades que variaram entre os 27 e os 75 anos de idade. No que diz

respeito ao estado civil, 10,90% ( $n= 6$ ) dos participantes são casados ou vivem em união de facto e os restantes 89,10% ( $n= 49$ ) não têm relação afetiva declarada (solteiros, viúvos ou separados/divorciados). Ao nível da situação face ao emprego, apenas 20,00% ( $n= 11$ ) tinham atividade laboral e por outro lado, 56,30% ( $n= 31$ ) dos participantes estavam desempregados dos quais 14,50% ( $n= 8$ ) sem prestações sociais atribuídas no momento da aplicação do questionário. Dizer ainda que o setor terciário foi o que registou maior número de respostas (61,80%) quanto à profissão dos participantes. Os dados relativos à escolaridade mostraram que não existiram participantes sem escolaridade e mais de metade da amostra 65,50% ( $n=36$ ) tinha 10 ou mais anos de educação escolar. A composição do agregado familiar revelou que apenas 23,60% ( $n= 13$ ) dos participantes residiam sozinhos, enquanto os restantes integravam um agregado familiar ou de coabitação. No que diz respeito aos rendimentos, verificou-se que a maioria dos participantes 72,70% ( $n= 40$ ) tinha rendimentos abaixo do salário mínimo nacional.

Tabela 2. Distribuição numérica e percentual da amostra segundo as características sociodemográficas

<b>Características sociodemográficas</b>		<b><i>n</i> = 55</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>	Média (desvio padrão)	48,53 (10,44)	
	Mínimo – máximo	27 – 75	
<b>Sexo</b>	Mulheres	20	36,40
	Homens	35	63,60
<b>Estado civil</b>	Solteiro	38	69,10
	Casado / União de Facto	6	10,90
	Divorciado / Separado	8	14,50
	Viúvo	3	5,50
<b>Situação face ao Emprego</b>	Desempregado sem prestações	8	14,50
	Desempregado com rendimentos/prestações	23	41,80
	A trabalhar a tempo inteiro ou parcial	5	9,10
	A trabalhar a tempo inteiro ou parcial e com rendimentos/prestações	6	10,90
	Estudante	0	0
	Reformado/pensionista	13	23,60
	Outro	0	0
<b>Profissão</b>	Setor primário (mineração e agricultura)	5	9,10
	Setor secundário (indústria)	16	29,10
	Setor terciário (serviços e comércio)	34	61,80
<b>Escolaridade</b>	Sem escolaridade	0	0
	1 a 4 anos de escolaridade	3	5,50
	6 a 7 anos de escolaridade	8	14,50
	8 a 9 anos de escolaridade	8	14,50
	10 a 12 anos de escolaridade	20	36,40
	Mais de 12 anos de escolaridade	16	29,10
<b>Agregado familiar</b>	Vive só	13	23,60
	Família Nuclear (pai, mãe, filhos)	14	25,50
	Família Monoparental (pai ou mãe, filhos)	14	25,50
	Família Extensa (avó/avô, pais, filhos, tios, primos)	9	16,40



	Regime de Coabitação (partilha de habitação com não familiares)	5	9,10
<b>Situação económica mensal</b>	Entre 0€ e 300€	27	49,10
	Entre 301€ e 600€	13	23,60
	Entre 601€ e 900€	10	18,20
	Desde 901€ ou mais	5	9,10

A tabela seguinte (Tabela 3) pretende agrupar os resultados obtidos do âmbito clínico, tendo sido verificado que 46 dos 55 participantes tinham diagnóstico de esquizofrenia, representado 83,60% na amostra e apenas 16,40% ( $n= 9$ ) dos participantes tinham diagnóstico de perturbação esquizoafetiva pelo que, apesar de serem perturbações com sintomatologia, curso e tratamento semelhante, as perturbações esquizofrénicas continuaram a ter um peso significativo nos resultados apresentados.

Os dados permitiram verificar que 58,20% ( $n= 32$ ) dos participantes tinham história de doença mental na família e que o número médio de anos de acompanhamento apresentava uma média  $\pm$  desvio padrão de  $15,71 \pm 7,20$  anos. Em relação ao número de faltas no acompanhamento realizado na consulta externa de psiquiatria do SLSM, foi possível verificar que existiu uma média  $\pm$  desvio padrão de  $6,78 \pm 6,21$  onde 7,30% ( $n= 4$ ) dos participantes não registavam faltas às consultas.

A necessidade de internamento na especialidade de psiquiatria por doente teve uma média  $\pm$  desvio padrão de  $3,75 \pm 3,79$  internamentos, também na distribuição percentual 52,70% ( $n= 29$ ) dos participantes apresentaram necessidade de 1 a 3 internamentos e apenas 7,30% ( $n= 4$ ) participantes não tinham registos de internamentos no SLSM. No que diz respeito à necessidade de observações no S.U. pela especialidade de psiquiatria, a média  $\pm$  desvio padrão foi de  $7,05 \pm 10,19$  observações, onde novamente existiram pacientes 10,90% ( $n= 6$ ) sem observações no SU e um paciente registou o número mais elevado de 69 observações. No que diz respeito ao número de observações no S.U. de forma compulsiva, a média  $\pm$  desvio padrão foi de  $0,93 \pm 1,40$  observações, sendo que 50,90% ( $n= 28$ ) da amostra não tinha observações urgentes desta natureza e 30,90% ( $n= 17$ ) registaram apenas uma observação, perfazendo 81,80% ( $n= 45$ ) da amostra.

Tabela 3. Distribuição numérica e percentual da amostra segundo as características clínicas

<b>Características clínicas</b>		<b><i>n</i> = 55</b>	<b>%</b>
<b>História de doença mental na família</b>	Sim	32	58,20
	Não	23	41,80
<b>Diagnóstico</b>	Esquizofrenia	46	83,60
	Esquizoafetiva	9	16,40
<b>Número de anos de acompanhamento</b>	Média (desvio padrão)	15,71 (7,20)	
	Mínimo – Máximo	3 - 28	
<b>Regularidade nas consultas em nº de faltas</b>	Média (desvio padrão)	6,78 (6,21)	
	Mínimo - Máximo	0 - 31	
	0	4	7,30
	1 a 4	20	36,40

	5 a 8	16	39,10
	9 ou mais	15	27,30
<b>Regularidade nas consultas em tipo de falta</b>	Não aplicável ou sem faltas	9	16,40
	Interpoladas	25	45,50
	Seguidas e interpoladas	21	38,20
<b>Tratamento injetável de longa duração</b>	Sim	54	98,20
	Não	1	1,80
<b>Número de internamentos em psiquiatria</b>	Média (desvio padrão)	3,75 (3,79)	
	Mínimo - Máximo	0 - 20	
	0	4	7,30
	1 a 3	29	52,70
	4 a 6	15	27,30
	7 ou mais	7	12,70
<b>Número de observações no Serviço de Urgência</b>	Média (desvio padrão)	7,05 (10,19)	
	Mínimo - Máximo	0 - 69	
	0	6	10,90
	1 a 4	21	38,20
	5 a 8	12	21,80
	9 ou mais	16	29,10
<b>Número de observações compulsivas no Serviço de urgência</b>	Média (desvio padrão)	0,93 (1,40)	
	Mínimo - Máximo	0 - 6	
	0	28	50,90
	1	17	30,90
	2 a 3	6	10,90
	4 ou mais	4	7,30

Em suma, a amostra pode ser caracterizada por um grupo de pessoas na sua maioria solteiros, divorciados ou viúvos; desempregados ou reformados; com 10 ou mais anos de escolaridade e com rendimentos abaixo do salário mínimo nacional. Foram pouco mais de metade os participantes que tinham história de doença mental na família e apresentaram em média de, aproximadamente, 7 faltas às consultas, 4 internamentos, 7 observações no S.U e 1 observação compulsiva no S.U.

### 5.1.2 Literacia em Saúde Mental

Apesar de, tal como foi referido anteriormente, se ter optado por analisar o instrumento *MHLS* contemplado os seus 35 itens numa estrutura univariada, considerou-se que a análise descritiva de alguns dos fatores propostos na escala original (O'Connor & Casey, 2015) poderia trazer contributos importantes para este estudo. Nesse sentido, foram descritos os valores considerados relevantes tendo também em conta a revisão de literatura prévia a este trabalho e os objetivos propostos.

A análise dos resultados relativos ao valor total de LSM dos pacientes portadores de esquizofrenia acompanhados no SLSM, revela que o nível médio de LSM correspondeu a uma média  $\pm$  desvio padrão de  $125,45 \pm 12,49$ , variando entre o mínimo de 99,50 e o máximo de 149 pontos.

Tabela 4. Medidas de tendência central e de dispersão relativas à Literacia em Saúde Mental da amostra

<b>Literacia em Saúde Mental</b>		<i>n</i> = 55
<b>Pontuação total de 35 a 160 pontos – 35 itens</b>	Média (desvio padrão)	125,45 (12,49)
	Moda	111,00
	Mediana	125,00
	Mínimo – Máximo	99,5-149

No apêndice V deste trabalho é possível observar a média de LSM de acordo às características sociodemográficas e clínicas. Em relação à primeiras importa dizer que, no que diz respeito ao sexo, aparentemente parece que a média  $\pm$  desvio padrão foi mais baixa no grupo dos homens ( $124,41 \pm 12,61$ ) do que no grupo das mulheres ( $127,25 \pm 12,38$ ). No que diz respeito à idade, foram obtidos resultados médios de LSM através do agrupamento dos pacientes mais novos (18 a 45 anos de idade) e mais velhos (50 a 75 anos). A média  $\pm$  desvio padrão foi de  $126,79 \pm 2,21$  no grupo de participantes mais novos ( $n= 30$ ), valor que parece ser mais alto em relação ao grupo com idades mais elevadas ( $n=25$ ;  $123,84 \pm 13,03$ ). Em termos de estado civil, observaram-se valores médios sugestivamente mais baixos no grupo dos solteiros ( $n=38$ ;  $124,84 \pm 11,25$ ) e no grupo dos viúvos, divorciados e separados ( $n=11$ ;  $124,68 \pm 16,73$ ), comparativamente ao grupo dos casados ou unidos de facto ( $n=6$ ;  $130,67 \pm 12,32$ ). A LSM em relação à situação laboral registou médias  $\pm$  desvio padrão aparentemente mais baixos nos participantes desempregados com e sem prestações  $124,85 \pm 12,64$  ( $n= 31$ ) comparativamente com os que se encontravam a trabalhar com e sem prestações e, reformados  $126,21 \pm 12,52$  ( $n= 24$ ). Os valores de LSM em relação à escolaridade mostraram que os participantes que tinham até 9 anos de escolaridade ( $n= 19$ ) apresentaram média  $\pm$  desvio padrão de  $117,21 \pm 9,47$  enquanto participantes com 10 anos ou mais de escolaridade ( $n= 36$ ) registaram valores superiores de  $129,79 \pm 11,76$ . Em relação à LSM e tipologia do agregado familiar, verificou-se que os participantes que residiam sozinhos ( $n= 13$ ) registaram uma média desvio  $\pm$  padrão de  $121,92 \pm 12,33$  enquanto os que residiam com família ou em regime de coabitação ( $n= 42$ ) apresentaram, supostamente, valores ligeiramente mais altos, de  $126,54 \pm 12,48$ . As médias  $\pm$  desvio padrão de LSM observadas de acordo com os rendimentos auferidos pelos participantes foram: participantes que recebiam entre 0€ e 300€ registaram  $124,22 \pm 2,44$  ( $n= 27$ ); participantes com rendimentos situados nos intervalos entre 301€ e 600€ apresentaram  $121,92 \pm 3,01$  ( $n= 13$ ); o grupo que auferia entre 601€ e 900€ mensais revelou uma média  $\pm$  desvio padrão de  $133,25 \pm 3,43$  ( $n= 10$ ); e o grupo com 900€ ou mais de  $125,60 \pm 6,99$  ( $n= 5$ ).

Em alinhamento com os objetivos definidos, foram observadas diferentes médias de LSM de acordo com os dados clínicos recolhidos que de seguida se passam a descrever. As médias  $\pm$  desvio padrão verificadas no grupo com história de doença mental na família foram, aparentemente, mais altas  $127,22 \pm 12,67$  ( $n= 32$ ) do que no grupo sem história de perturbação mental em que a média  $\pm$  desvio padrão foi de  $122,98 \pm 12,08$  ( $n= 23$ ). Em relação ao número de anos de acompanhamento no SLSM a média de LSM nos grupos com 3 a 15 de anos de acompanhamento ( $n= 27$ ) parece ter

---

sido ligeiramente mais alta. Neste grupo, observou-se uma média  $\pm$  desvio padrão de LSM correspondente a  $126,96 \pm 2,66$ , enquanto nos grupos com 16 ou mais anos de acompanhamento foi de  $123,98 \pm 2,11$ . A média  $\pm$  desvio padrão de LSM observada para participantes com 0 faltas à consulta externa de psiquiatria ( $n= 4$ ) foi de  $134,38 \pm 7,09$  verificando-se valores totais de LSM aparentemente mais baixos nos restantes grupos já que, participantes com 1 a 4 faltas ( $n= 20$ ) registaram valores de  $123,55 \pm 13,24$ ; participantes com 5 a 8 faltas ( $n= 16$ ) de  $124,34 \pm 14,13$  e participantes com 9 ou mais faltas ( $n= 15$ ) de  $126,77 \pm 10,39$ . No que diz respeito à LSM em função número de internamentos em psiquiatria, a média  $\pm$  desvio padrão observada para participantes com 0 internamentos ( $n= 4$ ) foi de  $124,38 \pm 11,34$ , valor que parece ser inferior ao dos participantes com 1 a 3 internamentos ( $n= 29$ ), o qual foi de  $126,47 \pm 11,24$ . Participantes com 4 a 6 internamentos ( $n= 15$ ) apresentaram valores de  $124,33 \pm 15,37$  e, participantes com 7 ou mais internamentos ( $n= 7$ ) valores de  $124,21 \pm 13,70$ . A média  $\pm$  desvio padrão de LSM observada para participantes com 0 observações no S.U. de psiquiatria ( $n= 6$ ) foi de  $121,25 \pm 11,75$ , enquanto em participantes com 1 a 4 observações ( $n= 21$ ) foi de  $127,21 \pm 10,31$ . Os participantes com 5 a 8 observações no S.U. ( $n= 12$ ) apresentaram valores médios de  $121,21 \pm 13,79$  e, participantes com 9 ou mais observações ( $n=16$ ) valores de  $127,88 \pm 14,21$ . No que diz respeito às médias  $\pm$  desvio padrão de LSM face ao número de observações compulsivas no S.U. de psiquiatria, o grupo que tinha entre 0 e 1 observação compulsiva no S.U. ( $n= 45$ ) registou valores aparentemente mais altos de LSM  $126,46 \pm 12,29$  comparativamente com o grupo que tinha mais do que duas observações, em que se observou valores de  $120,90 \pm 13,03$  ( $n= 10$ ).

Em relação às diferentes dimensões do instrumento MHLS, importa salientar alguns dos resultados obtidos e descrevê-los no que diz respeito à sua distribuição ao longo da amostra. Estes resultados de fatores específicos da MHLS foram considerados relevantes por se enquadrarem no âmbito do estudo e por serem relevantes na discussão dos mesmos.

O primeiro fator pretende avaliar a capacidade dos participantes em reconhecerem as perturbações mentais identificadas na Tabela 5. Podemos perceber que, mais de metade dos participantes identificaram corretamente quase todas as perturbações mentais sendo que, as que apresentaram um nível de identificação mais correto (Muito Provável) foram a Perturbação Bipolar 65,46% ( $n= 36$ ), a Perturbação depressiva Major 58,18% ( $n= 32$ ) e a Dependência de Substâncias 58,18% ( $n= 32$ ). Por outro lado, a Distímia apesar de ter apresentado valores 47,27% ( $n= 26$ ) razoáveis de identificação correta na amostra (Provável), foi também a perturbação que registou mais ausências de resposta 25,46% ( $n= 14$ ).

No que diz respeito ao conhecimento sobre a procura de informação relacionada com saúde mental, podemos verificar na Tabela 5 que os participantes mostraram-se globalmente confiantes em relação à sua capacidade e recursos para obter informação sobre perturbação mental, especialmente no que diz respeito ao acesso a recursos para procurar informação sobre perturbação mental, como por exemplo, médico de família, internet ou amigos com 78,20% das respostas a indicarem confiança nestes recursos, seguida da confiança nos recursos pessoais com 72,73% ( $n= 40$ ) das respostas, mas por outro lado esta questão registou o maior número de

respostas de posição neutra (não concordo nem discordo) 9,09% ( $n= 5$ ). Distintamente, a confiança na capacidade para utilizar o computador ou telefone para procurar informação sobre perturbação mental foi a que registou valores de resposta que traduzem menor confiança na capacidade para utilizar este recurso com 32,72% ( $n= 18$ ) dos participantes a “discordar” ou “discordar fortemente” da afirmação.

Tabela 5. Distribuição numérica e percentual da amostra segundo Reconhecimento das perturbações mentais e Conhecimento sobre procura de informações relacionadas com saúde mental

<b>Reconhecimento das Perturbações mentais</b>	Muito improvável		Improvável		Provável		Muito provável		Não sabe / não responde	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Fobia Social	7,27	4	12,73	7	49,09	27	30,91	17	0	0
Perturbação de Ansiedade Generalizada	5,46	3	10,91	6	49,09	27	34,55	19	0	0
Perturbação depressiva Major	0	0	5,46	3	36,4	20	58,18	32	0	0
Perturbação da Personalidade	5,46	3	12,73	7	38,18	21	43,64	24	0	0
Distímia	0	0	5,46	3	47,27	26	21,82	12	25,46	14
Agorafobia	5,46	3	9,09	5	58,18	32	23,64	13	3,64	2
Perturbação Bipolar	5,46	3	5,46	3	20,00	11	65,46	36	3,64	2
Dependência de Substâncias	7,27	4	7,27	4	27,27	15	58,18	32	0	0
<b>Conhecimento na procura de informações relacionadas com a saúde mental</b>	Discordo fortemente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo fortemente	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Estou confiante de que sei onde procurar informações sobre perturbação mental.	21,82	12	3,64	2	7,27	4	25,46	14	41,82	23
Estou confiante que sei usar computador ou telefone para procurar informação sobre perturbação mental.	25,45	14	7,27	4	3,64	2	21,82	12	41,82	23
Estou confiante que consigo fazer contactos pessoais para procurar informação sobre perturbação mental (ex., médico família).	5,45	3	12,73	7	9,09	5	30,91	17	41,82	23
Estou confiante que tenho acesso a recursos (ex., médico de família, internet, amigos) para procurar informação sobre perturbação mental.	7,27	4	9,09	5	5,45	3	25,45	14	52,73	29

---

Na avaliação sobre o conhecimento sobre fatores de risco e suas causas, os participantes apresentaram um maior número respostas incorretas 58,18% ( $n= 32$ ) no que diz respeito à identificação de que as mulheres têm maior probabilidade de experienciar perturbações mentais de qualquer tipo quando comparadas com os homens. O valor de respostas corretas subiu ligeiramente 69,09% ( $n= 38$ ) quando se tratou de identificarem corretamente que os homens não têm maior probabilidade de experienciar perturbações da ansiedade quando comparados com as mulheres.

Salientar ainda, que a distribuição de respostas que consta no apêndice IV, mostra que no conhecimento sobre o tratamento, os participantes reconheceram a utilidade em melhorar a qualidade do sono quando existem problemas em gerir emoções, com 98,18% ( $n= 54$ ) de respostas corretas enquanto apenas 40% ( $n= 22$ ) respondeu corretamente à afirmação “em que medida considera útil para alguém evitar todas as atividades ou situações que fazem sentir ansiedade, em caso de existirem dificuldades em gerir emoções” considerando esta estratégia inútil ou muito inútil.

Em relação ao conhecimento sobre a ajuda profissional disponível, os resultados foram globalmente positivos com a maioria dos participantes 90,91% ( $n= 50$ ) a identificar corretamente o conceito da Terapia Cognitivo Comportamental. No que diz respeito à confidencialidade, grande parte dos participantes 76,36% ( $n= 42$ ) revelaram compreender a necessidade de quebra de confidencialidade por parte dos profissionais de saúde quando existe risco iminente em magoar-se a si ou aos outros e, em oposto, quando não existe risco para a pessoa que está doente, 47,27% ( $n= 26$ ) referiu que não haveria lugar à quebra de confidencialidade.

No que se refere às atitudes que promovem o reconhecimento e procura de ajuda apropriada, 94,55% ( $n= 52$ ) dos participantes identificaram corretamente que a perturbação mental é uma doença médica real; demonstraram compreender que a perturbação mental não é transmissível pela convivência com pessoas que sofrem de perturbações mentais 87,27% ( $n=48$ ); com igual expressão reconheceram a importância da procura de ajuda junto de um profissional de saúde mental quando existe uma perturbação mental; e 87,28% ( $n= 48$ ) dos participantes demonstraram concordar que o tratamento prestado por um profissional de saúde mental seria eficaz. Em relação à afirmação, “Pessoas com perturbação mental são perigosas”, importa referir que metade dos participantes 52,73% ( $n= 29$ ) se posicionaram na resposta neutra, nenhum dos participantes concordou ou concordou fortemente com a afirmação, 12,7% ( $n= 7$ ) discordaram e 21,82% ( $n= 12$ ) discordaram fortemente. Esta questão apresentou os maiores níveis de respostas que traduzem posições de neutralidade dos participantes ao longo de todo o instrumento. No que diz respeito às questões relacionadas com a perspetiva do próprio participante e o seu posicionamento face às pessoas com perturbação mental, salienta-se a disponibilidade do próprio para socializar 80% ( $n= 44$ ) e, para ser amigo 90,91% ( $n= 50$ ) de alguém com perturbação mental. Enquanto as posições menos inclusivas demonstraram maior indisponibilidade por parte dos participantes para se mudarem para uma casa ao lado de alguém com perturbação mental 36,36% ( $n= 20$ ) sendo que 23,64% ( $n= 13$ ) dos participantes posicionaram-se de forma neutra em relação à questão; 36,36% ( $n= 20$ ) da amostra também referiu estar indisponível ou definitivamente indisponível para votar num político que soubessem que tinha sofrido de uma perturbação mental.

### 5.1.3 Qualidade de Vida EQ5D-5L

A Tabela 7 apresenta as frequências de distribuição das cinco dimensões avaliadas pela EQ5D5L bem como o valor médio da pontuação total dos participantes. No que diz respeito ao valor médio da QV em que a média  $\pm$  desvio padrão foi de  $0,86 \pm 0,13$ , a proximidade do valor 1, reflete um estado de saúde globalmente positivo e de satisfação ao nível da QV. Salienta-se também que o valor da QV variou entre o valor mínimo de 0,57 e o valor máximo de 1,00, o que reflete que, mesmo no pior nível de satisfação com a QV, este não atinge valores negativos que refletem estados de saúde e QV piores que morte.

Tabela 6. Distribuição numérica e percentual da amostra quanto às dimensões da Qualidade de Vida (EQ5D5L)

Qualidade de Vida - EQ5D	Média (desvio padrão)	Mínimo - Máximo
	0,86 (0,13)	0,57 – 1,00
<b>Dimensão da Mobilidade</b>		
	<i>n</i> = 55	%
Não tenho problemas em andar	43	78,18
Tenho problemas ligeiros em andar	9	16,36
Tenho problemas moderados em andar	2	3,64
Tenho problemas graves em andar	1	1,82
Sou incapaz de andar	0	0
<b>Dimensão dos Cuidados pessoais</b>		
Não tenho problemas em me lavar ou vestir	44	80,00
Tenho problemas ligeiros em me lavar ou vestir	8	14,54
Tenho problemas moderados em me lavar ou vestir	3	5,46
Tenho problemas graves em me lavar ou vestir	0	0
<b>Dimensão das Atividades habituais</b>		
Não tenho problemas em desempenhar as minhas tarefas habituais	37	67,27
Tenho problemas ligeiros em desempenhar as minhas tarefas habituais	11	20,00
Tenho problemas moderados em desempenhar as minhas tarefas habituais	6	10,91
Tenho problemas graves em desempenhar as minhas tarefas habituais	1	1,82
Sou incapaz de desempenhar as minhas tarefas habituais	0	0
<b>Dimensão Dor / mal-estar</b>		
Não tenho dores ou mal-estar	26	47,27
Tenho dores ou mal-estar ligeiros	14	25,46
Tenho dores ou mal-estar moderados	14	25,46
Tenho dores ou mal-estar graves	1	1,82
Tenho dores ou mal-estar extremos	0	0
<b>Dimensão Ansiedade / Depressão</b>		
Não estou ansioso/a ou deprimido/a	15	27,28
Estou ligeiramente ansioso/a ou deprimido/a	18	32,73
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	17	30,91

---

Estou gravemente ansioso/a ou deprimido/a	4	7,27
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a	1	1,82

---

A dimensão que pretende analisar a QV na mobilidade demonstra que 78,18% ( $n= 43$ ) dos participantes referiram não ter problemas em andar. Relativamente à dimensão dos cuidados pessoais, 80,00% ( $n= 44$ ) dos inquiridos referiram não ter problemas em lavar-se ou vestir-se.

No que diz respeito à capacidade de realização de atividades habituais como por exemplo relacionadas com trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer, 67,27% ( $n= 37$ ) dos participantes referiram não ter problemas em desempenhar as suas atividades habituais, 30,91% ( $n= 17$ ) referiram problemas ligeiros e moderados e 1,82% ( $n= 1$ ) problemas graves.

Em relação à dor e mal-estar, a ausência de problemas começa a reduzir-se, com apenas 47,27% ( $n= 26$ ) dos participantes a mencionar não ter dor ou mal-estar. Metade da amostra passa a referir problemas na dimensão avaliada, sendo que 50,92% ( $n= 28$ ) dos participantes referem dor ou mal-estar ligeiros, moderados e 1,82% ( $n= 1$ ) dor e mal-estar grave, sem que sejam identificados estados de dor ou mal-estar extremos.

A ansiedade e depressão, não foi reportada pelos participantes em apenas 27,28% ( $n= 15$ ) dos casos. Já os estados ligeiramente a moderadamente ansiosos e ou deprimidos foram 63,64% ( $n= 35$ ) que representaram mais de metade da amostra. Dizer ainda que 9,09% ( $n= 5$ ) dos participantes referiram estar gravemente ou extremamente ansiosos ou deprimidos.

Em suma, a dimensão da Mobilidade e a dimensão dos Cuidados pessoais foram menos afetadas com quase 80% dos participantes a não relatarem problemas em andar e cuidar de si, enquanto as dimensões da Dor e Mal-estar e da Ansiedade e Depressão, foram as mais afetadas com quase 80% da amostra a identificar existência de problemas relacionados com estados de saúde física e mental menos desejáveis.

## 5.2 Fiabilidade dos Instrumentos de Medida

Neste ponto, pretende-se avaliar a consistência interna dos instrumentos utilizados no presente estudo através da análise do Alpha de Cronbach.

### 5.2.1 Consistência interna da *Mental Health Literacy Scale*

A análise das propriedades psicométricas da MHLS permitiu observar que o Alpha de Cronbach é 0,76 concluindo-se que a escala apresenta um grau razoável de consistência interna (Maroco, 2006).

### 5.2.2 Consistência interna da EQ5D5L

A análise das propriedades psicométricas da EQ5D5L permitiu analisar que o Alpha de Cronbach é 0,71 concluindo-se que a escala apresenta um grau razoável consistência interna (Maroco, 2006).



### 5.3 Análise Inferencial

Neste ponto pretende-se, através da estatística analítica, inferir sobre a possibilidade dos resultados poderem ser representativos da população subjacente à amostra (Vilelas, 2020) e assim analisar quais as determinantes sociodemográficas e clínicas da LSM, bem como a associação entre QV e LSM nos pacientes portadores de esquizofrenia. Desta forma e tendo por base os objetivos previamente definidos, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na LSM em relação às variáveis sociodemográficas em estudo, à exceção da escolaridade (Tabela 8) (Pestana & Gageiro, 2014).

Na tabela 7 do presente estudo, é possível observar que comparação de médias entre homens e mulheres não revelou diferenças com significância estatística ( $t_{Student} = 0,81$ ;  $p = 0,72$ ) apesar das mulheres apresentarem valores médios de LSM ligeiramente mais altos. Também no que diz respeito à LSM face à idade, apurou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $r_p = -0,16$ ;  $p = 0,26$ ) entre os participantes mais novos e mais velhos, mas apesar da força de associação verificada ser considerada fraca, considerando o tamanho da amostra, pode indicar que os participantes mais velhos têm menor LSM ainda que com uma expressão relativamente baixa. O mesmo aconteceu em relação à situação face ao emprego dos participantes cuja relação negativa entre as variáveis pode indicar que, participantes que não se encontravam a trabalhar apresentavam valores médios de LSM mais baixos ( $t_{Student} = -0,40$ ;  $p = 0,70$ ). A comparação das médias de LSM dos participantes face ao estado civil revelou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $F = 0,58$ ;  $p = 0,56$ ), percebendo-se uma LSM mais baixa em participantes que residiam sozinhos.

A relação entre LSM e a escolaridade dos participantes foi analisada através da comparação das médias o que permitiu verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da LSM em função da escolaridade, ( $t_{Student} = 4,021$ ;  $p = 0,001$ ) sendo a LSM superior nos participantes com escolaridade igual ou superior a 10 anos (Pestana & Gageiro, 2014).

Tabela 7. Comparação de médias entre LSM e escolaridade, testes utilizados e valor de prova

LSM face às variáveis sociodemográficas	Grupos	n	Média ± desvio padrão	Testes estatísticos	p 0,05
Sexo	Homens	35	124,41 ± 12,61	$t_{Student} = 0,81$	0,42
	Mulheres	20	127,25 ± 12,38		
Idade	18 a 49 anos de idade	30	126,79 ± 2,21	$t_{Student} = 0,87$	0,39
	50 a 75 anos de idade	25	123,84 ± 13,03		
Estado civil	Solteiros	38	124,84 ± 11,25	$F = 0,58$	0,56
	Casados ou unidos de facto	6	130,67 ± 12,32		
	Viúvos, divorciados e separados	11	124,68 ± 16,73		
Situação face ao emprego	Desempregados com e sem prestações	31	124,85 ± 12,64	$t_{Student} = -0,40$	0,70
		24	126,21 ± 12,52		

A trabalhar com e sem prestações e, reformados					
Escolaridade	Até 9 anos de escolaridade	19	117,21 ± 9,47	<i>t Student</i> = 4,02	0,001
	10 ou mais anos de escolaridade	36	129,79 ± 11,76		
Tipologia de agregado familiar	Sozinhos	13	121,92 ± 12,33	<i>t Student</i> = -1,17	0,25
	A residir com família ou em regime de coabitação	42	126,54 ± 12,48		

O objetivo em que se pretende investigar a associação entre a LSM e os indicadores de gestão de doença, deu origem à análise da relação entre LSM e determinados dados clínicos. Os testes que constam no apêndice do presente estudo (apêndice V), demonstram que não existe associação entre LSM e as variáveis clínicas utilizadas no presente estudo

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a média da LSM no grupo de participantes que tinham história de doença mental na família e daqueles que não tinham (*t Student* = 1,25;  $p = 0,22$ ); em relação ao número de anos de acompanhamento em psiquiatria ( $r_p = -0,17$ ;  $p = 0,22$ ) a diferentes números de faltas às consultas; número de internamentos em psiquiatria ( $r_s = -0,19$ ;  $p = 0,16$ ); número de observações no S.U; número de observações compulsivas no S.U de psiquiatria por grupo (*t Student* = 1,28;  $p = 0,21$ ).

No que se refere à correlação entre as variáveis LSM e QV não se verificara diferenças estatísticas significativas ( $r_p = -0,06$ ;  $p = 0,26$ ). No entanto, o sentido negativo pode ser um resultado interessante que será abordado na discussão.

---

## 6. Análise e Discussão de resultados

Neste ponto coloca-se em destaque a reflexão em torno dos principais resultados, perspectivada na interface com outros estudos bem como com as percepções, saberes experienciais e conhecimentos da investigadora (Vilelas, 2020).

Este estudo procurou medir os níveis de LSM dos participantes, pacientes portadores de esquizofrenia, acompanhados num SLSM de um hospital público. Para o efeito, recorreu-se a uma amostra de 55 indivíduos portadores de esquizofrenia. O perfil do grupo em análise mostrou que a idade dos participantes variou entre os 18 e os 75 anos e a média foi de 48,53 anos de idade. Tal como em outros estudos com pessoas com esquizofrenia (Abdin et al., 2019; Arraras et al., 2019b; Cesari & Bandeira, 2010; Pinho et al., 2018; Ortega et al., 2020; Thomson et al., 2022) verificou-se que a amostra era maioritariamente constituída por homens e que, em ambos os sexos, os pacientes eram maioritariamente solteiros, viúvos ou divorciados. Mais de metade dos pacientes declarou não ter relação afetiva declarada, o que remete para o impacto da esquizofrenia na QV, funcionamento social e fragilização das relações socio afetivas e familiares (Macedo et al., 2020; Öztürk & Altun, 2021; Petkari et al., 2020; Pinho, Pereira & Chaves, 2018; Santos, 2020; Seow et al., 2019; Siani et al., 2016; Thomson et al., 2022). Os dados recolhidos permitiram perceber que ao nível da coabitação, a tendência para o isolamento social reverteu-se dado que se encontraram menos participantes a residir sós do que com família ou em regime de coabitação. Este aspeto pode ser explicado pelo facto de os concelhos abrangidos pelo estudo, serem constituídos por várias zonas rurais, com famílias extensas de tipo tradicional, que proporcionam uma rede de suporte significativa junto dos pacientes. Mais de metade dos participantes tinham história de doença mental na família, o que reforça a perspetiva de análise anteriormente mencionada sobre o peso da perturbação mental no desenvolvimento biológico e social do individuo que, por sua vez, configura um fator de risco no desenvolvimento de perturbação mental. Estes aspetos desafiam não só a novos olhares como também a práticas de cuidados de saúde e de gestão mais orientadas para as questões da prevenção (Afonso, 2010; Silva, 2006).

Em alinhamento com estudos desenvolvidos junto desta população, confirmou-se que mais de metade da amostra encontrava-se desempregada, o que vem reforçar o compromisso da funcionalidade e a falta de oportunidades para uma participação plena o que representa um grande impacto na QV (Almeida & Xavier, 2013; Morgan et al., 2018; WHO, 2001). Estes pacientes poderiam estar integrados ao nível do trabalho, situação com benefícios evidentes para a pessoa em si, economia e sociedade, mas também para a redução do estigma associado a pessoas portadoras de perturbação mental. Até porque, apesar do compromisso da funcionalidade, grande parte da experiência profissional relatada foi na área de prestação de serviços, que habitualmente implica o contacto com o público apesar do possível compromisso na funcionalidade social associado à esquizofrenia. Importa ainda referir que uma parte dos pacientes, para além de estar desempregada, não auferia qualquer rendimento ou prestação social. Estes pacientes, de acordo com o Decreto-Lei n.º 126-A/2017 de 6 de outubro cumprem critérios, devidos à sua patologia, para

---

requerer junto do Estado Português uma certificação de incapacidade e beneficiar de uma prestação remuneratória paga pelo Instituto da Segurança Social, designada Prestação Social para a Inclusão. Os resultados mostram a dificuldade na participação social e cívica dos pacientes portadores de esquizofrenia e de outras perturbações mentais evidenciando as inúmeras barreiras no exercício de direitos e participação social o que leva à exclusão social e ao estigma (Almeida & Xavier, 2013; Corrigan, Powell & Rüschi, 2012; Hinshaw, 2005; Morgan et al., 2018; Rüschi, Angermeyer & Corrigan, 2005; Santos, 2020). Esta reflexão revela-se importante no contexto da atuação e organização dos serviços de saúde mental já que, utentes sem rendimentos têm tendência a vivenciar situações de pobreza e conseqüentemente menor capacidade para garantir as suas necessidades básicas como por exemplo, a aquisição da terapêutica prescrita. O aumento da probabilidade de não adesão à medicação leva ao risco de novas recaídas que, tal como foi referido, são marcadas por novas perdas cognitivas e de funcionalidade (Afonso, 2010; APA, 2014). Neste sentido importa que os serviços de saúde mental sejam dotados de recursos, técnicos e programas especialmente direcionados para as questões de saúde e doença mental, que vão muito além do acompanhamento clínico porque, apenas desta forma, é possível proporcionar uma maior LSM e QV aos pacientes, garantindo o acesso à cidadania plena, participação ativa nas comunidades, exercício dos seus direitos que por sua vez ajudam a ultrapassar o autoestigma, o estigma social, os prejuízos ao nível da funcionalidade e a falta de oportunidades e recursos comunitários de suporte (Almeida & Xavier, 2013; Pinho et al., 2020; DGS, 2019; Macedo et al., 2020; Telo-de-Arriaga et al., 2019; Santos, 2020). A análise da situação económica mensal dos participantes mostrou também que mais de metade dos participantes tinham rendimentos inferiores ao salário mínimo nacional português, o que vem reforçar a ideia de que esta população é afetada não só pela perturbação em si, mas também pela incapacidade de responder aos desafios da sociedade vivenciando situações limite de precariedade económica provocadas pelo desemprego e exclusão social (Almeida & Xavier, 2013; Morgan et al., 2018; WHO, 2001). Em suma, estes dados apontam para a falta de oportunidades de participação social dos pacientes portadores de doença mental grave e nesse sentido importa que as políticas e cuidados de saúde proporcionem o apoio devido em questões desta matéria (Almeida & Xavier, 2013; Morgan et al., 2018; WHO, 2001; Santos, 2020). Este apoio pode passar pela modernização da legislação em relação à saúde mental, criação de programas de suporte e de promoção da saúde mental direcionados para e com esta população. Urge advogar a favor da promoção do potencial remanescente das pessoas portadoras de doença mental, das suas famílias e das comunidades que se querem efetivamente inclusivas e solidárias. Neste contexto específico de uma Unidade Local de Saúde, impõe-se o desafio ainda mais vincado à articulação do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria e Unidades Funcionais dos ACES. Pelo cariz de proximidade destas Unidades e pela interface destas com o poder local e com estruturas sociais e *stakolders* de diferentes naturezas conformam recursos a mobilizar, designadamente no âmbito da responsabilidade social e política.

Ao nível da escolaridade, mais de metade da amostra tinha dez ou mais anos de escolaridade e não se encontraram pacientes que não tivessem frequentado a escola. Este indicador demonstra que,

---

no geral, os índices de escolaridade não foram baixos o que é preditivo de uma maior LSM de acordo com investigação prévia (Neto et al.,2021; O'Connor & Casey, 2015; Santos; 2020; Vaz, 2019).

Dado que a LSM se tem revelado fundamental para a gestão de organizações e serviços de saúde mental, na medida em que permite diminuir o risco de agravamento de sintomas através do aumento das competências para gerir, de forma eficiente e adequada, a sua doença, o presente estudo centrou-se em alguns aspetos clínicos dos participantes que posteriormente serão abordados face à LSM. Estes mostraram que cerca de metade da amostra teve necessidade de três ou menos internamentos em psiquiatria e, importa dizer que a necessidade de internamento em situação aguda de doença nos pacientes portadores de esquizofrenia é relativamente frequente, sendo que, tal como foi referido, nem sempre são os pacientes que procuram ajuda, o que pode agravar a sintomatologia de tal forma que para a estabilização da doença seja necessário recorrer a este tipo de tratamento. O mesmo se pode dizer em relação à necessidade de observações no Serviço de Urgência (S.U) de psiquiatria, onde a média de observações foi relativamente alta. No entanto, alguns pacientes nunca tinha sido observados no S.U nem tinham estado em internamento o que pode ser um indicador positivo por transparecer a estabilização, acompanhamento e acesso adequado dos pacientes com doença mental grave aos cuidados de saúde mental. Esta situação já tinha sido reportada por Almeida e Xavier (2013) posicionando Portugal positivamente em comparação com outros países da Europa. Ainda no que se refere a indicadores clínicos, importa dizer que as observações compulsivas no S.U. de psiquiatria acontecem ao abrigo da Lei n.º 36/98, Lei de Saúde Mental (1998), que contempla a condução dos pacientes, voluntária ou coerciva, a uma avaliação clínico-psiquiátrica, em entidades hospitalares quando existe risco iminente de danos para si ou terceiros, estando também previsto, se assim se justificar, o internamento hospitalar no mesmo regime legal. Por vezes existe necessidade de recorrer a esta ação dado que o paciente não reconhece a sua situação mórbida, condição muito presente nas perturbações psicóticas, devido à natureza das mesmas e que representam um grande desafio para os cuidados de saúde mental tanto no que diz respeito ao aumento da adesão terapêutica, cuidados, diminuição de hábitos de risco (Have et al., 2010; Jung et al., 2016) e diminuição do estigma associado aos cuidados e tratamentos na doença mental (Jorm, 2000; Jorm, 2012; WHO, 2013). Neste contexto, importa dizer que metade da amostra não teve observações urgentes desta natureza o que pode querer dizer que alguns pacientes podem ter mais conhecimento sobre a doença mental e acesso aos cuidados de saúde, possibilitando a intervenção precoce e uma adesão consistente ao plano terapêutico.

Existem poucos estudos que tenham procurado avaliar a LSM de pacientes portadores de esquizofrenia. Alguns exploraram as questões do estigma, Literacia em Saúde (LS) e adesão terapêutica (Almeida & Xavier, 2013; Chen, 2018; Clausen et al., 2016; Stuart & Arboleda-Flórez, 2012; Thomson et al., 2022; Bacon et al., 2017) evidenciando que muitos dos fatores da LSM estão presentes e são importantes para reconhecimento dos sintomas, procura de ajuda, adesão terapêutica e diminuição do estigma. Os resultados relacionados com LS são globalmente mais baixos nas pessoas com doença mental grave e o mesmo se espera relativamente à LSM. Na sua dissertação, Santos (2020) mediu os níveis de LSM juntos de pacientes portadores de esquizofrenia portugueses considerando-os moderados.

---

O presente estudo revelou que os participantes apresentaram um resultado de LSM mais baixo quando comparado ao valor da população portuguesa (Neto et al., 2021; Rocha, 2016) com uma diferença de quatro pontos em relação ao score total. Os valores médios de LSM da população australiana (O'Connor & Casey, 2015) foram inferiores aos da população portuguesa, mas ambos continuaram a ser superiores em relação aos participantes deste estudo. Ao nível europeu dois estudos realizados na Eslovénia (Krohne et al., 2022) e em França (Montagni & González, 2022) aplicaram a MHLS junto da população geral e de estudantes universitários respetivamente. Em ambos os casos, os valores médios de LSM foram bastante inferiores aos da população representada neste estudo. Dizer ainda que, comparativamente com os valores de LSM do estudo de Chen e seus colaboradores (2021), a LSM dos participantes deste estudo foi mais alta do que a que se registou junto de professores chineses. Este aspeto pode estar relacionado com a familiaridade em relação a questões de saúde e doença mental e, com a utilização de serviços de saúde por parte da amostra dado que esta foi recrutada em meio hospitalar, o que reflete resultados sobre uma população com potencial para uma maior LSM, em linha com o que é referido por vários autores (Banh et al., 2019; Chao et al., 2020; O'Connor & Casey, 2015; Wei et al., 2019). Os estudos que procuraram medir a LSM verificaram que os participantes que tinham tido história de doença mental entre família ou amigos ou que já tinham recebido tratamento ou formação específica em saúde mental apresentavam valores de LSM mais altos (Aller et al., 2021; Banh et al., 2019; Chao et al., 2020). Ainda para explicar os razoáveis níveis de LSM encontrados, dizer que o valor mínimo de LSM no presente estudo, foi o mais alto comparativamente com todos os estudos referidos, que utilizaram a MHLS (Chen et al., 2021; Neto et al., 2021; Krohne et al., 2022; Montagni & González, 2022; O'Connor & Casey, 2015). Estes dados sugerem que os níveis de LSM dos participantes com esquizofrenia acompanhados no SLSM. são bons ou razoáveis na medida em que não são exponencialmente inferiores à média de Portugal e Austrália e, são superiores aos valores obtidos junto da população geral de outros países (Chen et al., 2021; Krohne et al., 2022; Montagni & González, 2022).

O primeiro fator da *MHLS* (Neto et al., 2021; O'Connor & Casey, 2015) pretende avaliar a capacidade dos participantes reconhecerem as perturbações mentais. Na sua maioria os participantes identificaram corretamente quase todas as perturbações mentais, demonstrando resultados bastante positivos. As perturbações mentais que apresentaram maior número de identificação correta foram a Perturbação Depressiva Major seguindo-se a Dependência de Substâncias e Perturbação de Ansiedade Generalizada. Este conhecimento pode estar relacionado com a *E-mentalhealth* (Christensen et al., 2002) já que são perturbações que têm vindo a ser abordadas pelos meios de informação tecnológicos. Em meados dos anos 90, tal como referem Almeida e Xavier (2013) e Chen (2018), a sociedade percebeu que existia a necessidade de promover a procura de ajuda no âmbito da saúde mental e das adições, já que existe um elevado número de pessoas que apesar de necessitarem de cuidados, não recorrem a ajuda profissional quando se trata de questões de saúde mental. Surgiram várias campanhas de prevenção e promoção de informação por parte dos meios de comunicação social e dos governos, para sensibilizar as pessoas para a depressão, suicídio e adições, foram criadas linhas de apoio gratuitas e, este aspeto pode

---

também ter contribuído para resultados positivos de identificação das perturbações mentais dos participantes deste estudo. Mais uma vez, a utilização de serviços de saúde mental pelos participantes, pode ter tido um papel importante para o elevado número de respostas corretas ( Banh et al., 2019; Chao et al., 2020; O'Connor & Casey, 2015; Wei et al., 2019; Santos, 2020). A Distímia foi a perturbação mental que apresentou menos respostas corretas e foi também a perturbação que registou mais ausências de resposta aspeto que pode estar relacionado com a nomenclatura utilizada para identificar a depressão crónica de sintomatologia leve a moderada, classificada como distímia (Saraiva & Cerejeira, 2014), habitualmente desconhecida da população geral, a não ser que tenha formação em saúde mental. As perturbações mentais com maior número de identificações incorretas foram a Fobia Social seguida da Perturbação de Personalidade.

No que diz respeito ao conhecimento na procura de informação relacionada com saúde mental, os participantes mostraram-se bastante confiantes em relação às suas capacidades e recursos pessoais. Os níveis de maior confiança registaram-se no acesso a recursos como “por exemplo junto do médico de família, internet ou amigos”; seguindo-se confiança nos recursos pessoais. Estes últimos foram em simultâneo, os que registaram maior número de respostas que traduzem uma posição neutra o que pode estar relacionado com o estigma sobre falar com alguém sobre o seu problema. Outros pacientes com doença mental reportaram que evitariam dizer que tinham doença mental e não informariam sobre esta condição em candidaturas ou formulários por receio de discriminação (Wahl, 1999). Por outro lado, a confiança na capacidade para utilizar o computador ou telefone registou valores de resposta que traduzem menor confiança na capacidade para utilizar este recurso. Este aspeto pode estar relacionado com a dificuldade de adaptação dos participantes à tecnologia que emergiu nos últimos anos já que a média de idade dos pacientes indica que muitos deles não frequentavam a escola quando já existiam meios informáticos e tecnológicos e por isso, o seu acesso à tecnologia pode ter ficado comprometido no seu desenvolvimento ao longo da vida. Christensen, Griffiths e Evans (2002) referem existir uma tendência à menor utilização da *E-mentalhealth* por parte das pessoas com doença mental o que salienta a importância de uma atenção adequada para proporcionar aos pacientes portadores de esquizofrenia o acesso e competências para uma utilização eficaz e adequada das tecnologias de informação em saúde mental.

Em relação aos resultados obtidos na avaliação do conhecimento sobre fatores de risco e suas causas, os participantes apresentaram um elevado número de respostas incorretas demonstrando desconhecer que as mulheres têm maior probabilidade de experienciar perturbações mentais de qualquer tipo quando comparadas com os homens. O valor de respostas corretas subiu ligeiramente quando os participantes identificaram que os homens têm maior probabilidade de experienciar perturbações da ansiedade quando comparados com as mulheres (Almeida & Xavier 2013). Esta dimensão foi a que apresentou maior número de respostas incorretas, o que pode ser analisado por dois prismas: os participantes podem considerar que existe igualdade de género na prevalência da perturbação mental, já que este aspeto foi muitas vezes referido durante a aplicação do instrumento. Por outro lado, considera-se que as questões colocadas quando se pretende identificar fatores de

---

risco e suas causas, foram dirigidas para conhecimentos muito específicos sobre a prevalência da doença mental.

As questões relativas ao conhecimento sobre o tratamento avaliaram até que ponto os participantes reconheciam certos fatores como benéficos ou não, para a gestão da própria doença. Os participantes reconheceram a utilidade em melhorar a qualidade do sono quando existem problemas em gerir emoções e este aspeto pode estar relacionado com o conhecimento que os pacientes foram desenvolvendo ao longo do seu contacto com os serviços de saúde mental, que por sua vez, através da psicoeducação, procuram instruir os pacientes sobre o reconhecimento dos sinais de alerta que podem despoletar a descompensação da doença, como é por exemplo a insónia (Saraiva & Cerejeira, 2014). Já no que diz respeito à utilidade em evitar todas as atividades ou situações que fazem sentir ansiedade como estratégia para pessoas que têm dificuldade em gerir emoções, a grande parte da amostra respondeu incorretamente, considerando que esta estratégia poderia ser útil ou muito útil. Este aspeto pode justificar-se com a procura de alívio do sofrimento imediato, sem refletir sobre as limitações causadas pela estratégia em si.

Relativamente ao conhecimento dos participantes sobre a ajuda profissional disponível, grande parte dos participantes identificaram corretamente a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) no entanto, considera-se que a formulação da pergunta e nomenclatura do tipo de intervenção podem ter sido sugestivos de uma resposta correta. Ainda com identificação correta importante, dizer que um número significativo dos participantes revelou compreender a necessidade de quebra de confidencialidade por parte dos profissionais de saúde quando existe risco iminente em magoar-se a si ou aos outros. Já quando esta acontece com o objetivo dos profissionais de saúde ajudarem outras pessoas a apoiarem a pessoa que está doente, quase metade dos participantes continuaram a considerar que se devia quebrar a confidencialidade. A percentagem elevada de respostas corretas sobre a quebra de confidencialidade quando existe risco, pode estar relacionada com o facto de alguns dos participantes terem experienciado situações em que não reconheceram a necessidade de recorrer aos serviços de saúde e por isso, ter existido uma quebra de confidencialidade, como é o caso das observações compulsivas por psiquiatria ou internamentos no mesmo regime. Por outro lado, quando se menciona o risco de vida, à partida grande parte das pessoas consideraria que a vida deve ser protegida.

A dimensão da MHLS que pretende avaliar as atitudes que promovem o reconhecimento e a procura de ajuda apropriada, é composta por questões associadas a mitos e crenças sobre a perturbação mental e questões que têm a ver com a perspetiva do próprio participante e seu posicionamento face às pessoas com perturbação mental. No que diz respeito às crenças e mitos, de forma resumida, verifica-se que os participantes apresentaram bons níveis de conhecimento sobre a doença mental e reconheceram a importância e eficácia do tratamento. Os resultados obtidos demonstram baixos níveis de crenças e mitos associados à perturbação mental que podem ser justificados pelo facto de os participantes viverem com perturbação mental e terem acesso a informação. O item que registou maiores níveis de respostas incorretas, mostrou que alguns participantes concordavam com a possibilidade das pessoas com perturbação mental conseguirem



---

"dar a volta por cima" se quisessem, outros participantes posicionaram-se de forma neutra em relação a esta "capacidade". Ainda assim estes resultados parecem indicar alguma falta de compreensão e conhecimento sobre as perturbações mentais, mas também podem ter a ver com desejo de ver a sua perturbação mental ultrapassada ou curada. A afirmação "Pessoas com perturbação mental são perigosas" apresentou metade das respostas a refletir uma posição neutra dos participantes, nenhum concordou ou concordou totalmente e apenas uma pequena parte discordou ou discordou totalmente da afirmação. Esta foi a questão que apresentou o maior número de respostas neutras ao longo de todo o instrumento, facto que pode indicar dúvidas quanto à resposta, mas que certamente indica a existência de crenças e mitos relacionados com perturbação mental. Este facto é sustentado por vários estudos que referem que grande parte das vezes, os meios de comunicação social e a tecnologia de informação veiculam notícias relacionadas com perturbações mentais onde maioritariamente se encontram representações sociais negativas, associadas à incapacidade, incurabilidade, perigo e risco o que faz com que se perpetue o estigma em relação às pessoas com perturbação mental (Goulden et al., 2011; Henderson et al., 2013; Neto et al., 2017). Este aspeto demonstra que se mantém a necessidade de diminuir o estigma junto da comunidade geral, mas também junto dos pacientes, através de intervenções direcionadas para melhorar a LSM e reduzir o estigma. A segunda parte das questões desta dimensão da MHLS, relativa à perspetiva do próprio participante e seu posicionamento face às pessoas com perturbação mental, permitiu verificar que alguns dos resultados traduzem baixos níveis de estigma, especialmente no que diz respeito à disponibilidade para socializar e para ser amigo de alguém com perturbação mental. Por outro lado, estas respostas inclusivas podem ter sido condicionadas devido à presença do investigador que identificam como profissional de saúde e por isso, pôde surgir enviesamento das respostas mas também, pela possibilidade da resposta estar condicionada pelo que os participantes consideram socialmente correto e possivelmente não se traduzem em comportamentos efetivos (Jorm, 2012; Thornicroft et al., 2007). Estes valores descem quando se questiona a disponibilidade do participante em ter alguém com perturbação mental a trabalhar junto de si ou casado com um familiar seu, refletindo que a disponibilidade dos participantes desce de acordo com o aumento de proximidade e frequência de contacto o que sugere que relacionamentos que exijam um contacto mais próximo, diário e definitivo suscitam um maior distanciamento dos participantes face às pessoas com perturbação mental. Este aspeto é visível nas posições menos inclusivas que demonstraram maior indisponibilidade dos participantes para se mudarem para uma casa ao lado de alguém com perturbação mental ou votar num político que soubessem que tinha sofrido de uma perturbação mental. Os participantes podem não ter tido em conta que uma maior representatividade nos órgãos legislativos e na sociedade em geral pode resultar numa maior defesa dos seus direitos e condições de vida, o que de certa forma desqualifica as pessoas com perturbação mental. Estudos também mostram que apesar de ter existido uma evolução ao nível do conhecimento sobre as questões de saúde mental e sobre as perturbações mentais, este não foi acompanhado da esperada diminuição do estigma, continuando a assistir-se a um grande afastamento social por parte da comunidade no geral face às pessoas com doença mental (Angermeyer et al., 2009; Pescosolido et al., 2010). Importa referir ainda que os resultados de LSM

---

deste fator na população portuguesa (Neto et al., 2021) indicaram valores que sugerem maiores níveis de estigma comparativamente aos participantes deste estudo.

No que se refere às análises inferenciais, apenas se observaram diferenças estatisticamente significativas na comparação de médias de LSM em função da escolaridade, sendo que os participantes com mais anos de escolaridade evidenciaram maior LSM. Ainda que sem significância estatística, importa referir que a LSM foi mais baixa em participantes do sexo masculino, mais velhos, sem relação afetiva, desempregados, a residir sozinhos, com rendimentos mais baixos, sem história de doença mental na família, com mais anos de acompanhamento, mais faltas às consultas, que tinham internamentos superiores ao valor médio internamentos por doente e com mais observações compulsivas no SU. Apesar de estas diferenças não terem sido estatisticamente significativas importa salientar, que se a dimensão da amostra fosse maior, permitiria esclarecer se os homens apresentariam menor LSM e se, tal como na LS, níveis socioeconómicos mais desfavorecidos, com menos escolaridade e rendimentos mais baixos, apresentariam menor LSM (Sørensen et al., 2012). Dizer ainda que segundo a DGS (2019), menor LS pode refletir-se na necessidade de mais cuidados em situação urgente ou aguda de doença e mais hospitalizações. Se o mesmo raciocínio for aplicado à LSM, podemos verificar que mais faltas às consultas e mais observações compulsivas podem indicar menor LSM.

O teste de associação entre LSM e QV revelou que apesar de o teste de associação não ter identificado uma correlação estatisticamente significativa, parece haver uma tendência para uma associação negativa entre as variáveis. Este facto pode querer dizer que quanto maior LSM menor é a QV, ou seja, quanto maior for o nível de conhecimento e capacidade de interpretação relativo à perturbação mental, fatores de risco e causas, tratamento disponível, atitudes que promovem o comportamento de procura de ajuda, mais críticos se tornam estes pacientes relativamente à perceção do seu estado de saúde. Este aspeto pode estar relacionado com uma maior consciência da doença e estigma percebido, na medida em que as pessoas com perturbações mentais são alvo de elevados níveis de estigma e, consideram muitas vezes que o estigma é mais incapacitante do que a doença em si (Angermeyer, Holzinger & Matschinget, 2009; WHO, 2001; Rüscher, Angermeyer & Corrigan, 2005). Isto poderá refletir-se na QV juntamente com os baixos rendimentos e elevado desemprego encontrado neste grupo de participantes. Não esquecer que a QV em pacientes com esquizofrenia é tendencialmente mais baixa quando comparada com a população geral (Domenech et al., 2019; Pinho et al., 2018; Seow et al., 2019) e dizer ainda que o resultado médio de QV dos participantes deste estudo, foi mais alto comparativamente com estudos semelhantes na Europa (Siani et al., 2016) e na Ásia (Seow et al., 2019).

---

## 7. Conclusões, limitações e sugestões

Em consonância com a literatura revista e apresentada ao longo do trabalho, é perceptível que a saúde é um valor partilhado por todas as pessoas, essencial para o funcionamento humano fortemente influenciado pelas componentes social, espiritual, psicológica e física (Telo-de-Arriaga et al., 2019). A aprendizagem e desenvolvimento de competências no âmbito da saúde mental é imprescindível para a sociedade dada a elevada prevalência das perturbações mentais e incapacidade que estas geram e, nesse sentido, é essencial promover a LSM juntos dos pacientes portadores de doença mental e junto da comunidade geral, configurando-se os problemas de saúde mental como um dos maiores desafios políticos, económicos e sociais no mundo (WHO, 2009).

Os resultados sugerem uma representação positiva da LSM na amostra em análise apesar de serem inferiores aos da população portuguesa (Neto et al., 2021; Vaz, 2019). Podemos afirmar que este estudo corrobora que a escolaridade é um determinante da LSM, sendo que mais anos de escolaridade mostraram estar associados a uma LSM mais alta. Apesar do grande número de respostas corretas no que diz respeito à identificação das perturbações mentais, os participantes mantiveram algumas atitudes estigmatizantes face à perturbação mental principalmente no que diz respeito à proximidade afetiva e ideia de perigosidade do paciente (Pescosolido et al., 2010). A amostra espelhou uma população com níveis de instrução razoáveis, onde a maior parte dos participantes tinha dez ou mais anos de escolaridade e, na sua maioria manifestaram confiança nos seus recursos para procurar ajuda, o que pode ter contribuído para um melhor resultado na LSM associado ao facto dos participantes frequentarem cuidados de saúde mental especializados e mais de metade não ter tido observações no S.U de natureza compulsiva. Por outro lado, verificou-se que uma parte da amostra não tinha os seus direitos sociais garantidos, quase metade tinha rendimentos abaixo do salário mínimo nacional e estavam desempregados. Apesar de não se terem evidenciado diferenças na LSM face aos indicadores clínicos, se a amostra fosse maior, possivelmente poderíamos esclarecer se níveis de LSM mais baixos estão relacionados com participantes sem história de doença mental na família, com mais de três faltas às consultas de psiquiatria e com maior número de observações compulsivas no S.U.

Estes aspetos devem ser tidos em conta tanto por quem está envolvido na prestação de cuidados de saúde mental, como pelos órgãos governamentais e gestores na área da saúde, dado que a falta de integração social e ocupacional, os baixos rendimentos e o baixo suporte social pioram a QV do paciente podendo aumentar fatores de risco e estigma relacionado com a doença mental. Nesse sentido devem ser promovidos esforços para aumentar a inclusão e participação social plena dos pacientes com esquizofrenia através da criação de programas de promoção de LSM e respostas sociais que, tal como na área da deficiência por exemplo, garantam o direito ao acesso a emprego protegido ou suporte social adequado às necessidades de cada paciente.

As principais limitações do presente estudo estão relacionadas em primeiro lugar com a amostra, tanto no que diz respeito à impossibilidade de atingir a dimensão esperada, como em relação à limitação de participantes por área geográfica. Esta opção deveu-se essencialmente ao facto da

---

Organização em que o estudo foi desenvolvido, ter três módulos de consulta descentralizada que cobrem os concelhos do distrito que não estão contemplados neste estudo (Valença, Paredes de Coura, Monção, Melgaço, Ponte de Lima, Ponte da Barca e Arcos de Valdevez). A dispersão da população não permitiu que o estudo traduzisse visão geral dos pacientes portadores de esquizofrenia acompanhados pelo SLSM. Para além do facto de não ser possível analisar a população portadora de esquizofrenia de todo o distrito, ficaram também excluídos da população em análise aqueles pacientes que são seguidos em regime privado, pacientes não diagnosticados que vivem em situações precárias (sem-abrigo) afastados dos cuidados de saúde mental e, pacientes internados em clínicas ou instituições fora do SLSM.. Sendo uma amostra por conveniência, poderá não ser representativa da população pelo que os resultados são suscetíveis de ser generalizáveis. No entanto, considera-se que se alcançou um número considerável de participantes tendo em conta a dimensão da população e o facto de se esperar algumas dificuldades no acesso à amostra.

Em segundo lugar, a limitação inerente ao instrumento de avaliação da LSM, nomeadamente a viabilidade de construto, não permitiu analisar os diferentes fatores da LSM em relação às restantes variáveis dependentes, pelo que se sugere, que em estudos futuros se recorra a outros instrumentos. Em contrapartida, este instrumento contemplou a avaliação do estigma que tal como foi referido, tem um elevado impacto na QV e LSM dos pacientes sendo que pode ser um contributo importante para o desenho de intervenções junto de pacientes e comunidade geral. Em estudos subsequentes importa incluir a utilização de instrumentos que avaliem, por exemplo, a gravidade da doença e talvez se traduzam em mais dados sobre a relação entre a LSM e a gestão da doença na esquizofrenia. É necessário referir uma outra limitação que se prende com a possibilidade de as respostas dos participantes face ao estigma estarem condicionadas pela presença da investigadora, o que pode ter alterado o curso das respostas, tendo estas sido baseadas no que os participantes consideraram socialmente correto e não, nos seus comportamentos efetivos.

Espera-se que estes resultados contribuam para as boas práticas nos cuidados de saúde mental e, que ajudem a perceber a importância de uma maior sensibilização da população face à perturbação mental, mas também, a necessidade de promover LSM junto dos pacientes, que são agentes ativos na gestão da sua própria doença e podem determinar, em parte, o curso da mesma. Este estudo veio confirmar o impacto da esquizofrenia no funcionamento social, como fragiliza os pacientes nas suas relações familiares e sociais e, o peso desta perturbação nas funções ocupacionais com grande parte dos pacientes desempregados e em situações económicas precárias. Estas barreiras e a falta de oportunidades no exercício dos direitos, da cidadania e da participação social e cívica dos pacientes com esquizofrenia mostram a necessidade de dotar os serviços de saúde mental, serviços sociais e a comunidade, de estratégias direcionadas para esta população, a qual deve ser apoiada por técnicos especializados que possam trabalhar as competências necessárias e dar o suporte devido no exercício da cidadania, participação ativa nas comunidades e garantia dos seus direitos. Esta medida permitira simultaneamente diminuir o autoestigma e o estigma social, promovendo LSM na sociedade, importantíssima no que diz respeito ao seu papel na inclusão e integração dos pacientes portadores de esquizofrenia.

---

A necessidade de criação de programas de saúde mental e LSM mantém a sua importância, já que foi possível observar que neste estudo, apesar do conhecimento sobre as questões de saúde mental e sobre as perturbações mentais não ser baixo, ele nem sempre foi acompanhado da ausência de atitudes estigmatizantes face às pessoas com doença mental, continuando a assistir-se a um grande afastamento social por parte da comunidade e existência de crenças e mitos associados à pessoa com doença mental. Este aspeto revela que intervenções direcionadas para diminuir o estigma são essenciais para combater as atitudes negativas que se perpetuam, salientando-se que a literatura indica resultados muito positivos nos programas específicos de promoção de LSM (Aller et al., 2021; Banh et al., 2019; Kitchener & Jorm, 2004) e nas intervenções que fomentam a participação e interação da pessoa com perturbação mental junto da restante comunidade, dado que as crenças e mitos são desconstruídos através das interações sociais (Quartilho et al., 2015; Rüsç & Thornicroft, 2014; Thornicroft et al., 2007).

Este trabalho procura demonstrar que é necessário investir nos cuidados de saúde mental, na sua gestão e organização, sendo evidenciada a importância da ocupação de tempos livres com estruturas que apoiem a participação cívica, a valorização laboral como o emprego protegido, a implementação de programas de luta contra o estigma e promoção de LSM, a melhoria dos sistemas de informação tanto quanto à qualidade como acessibilidade e a modernização da legislação face à sociedade atual com o objetivo de ultrapassar os grandes desafios que se impõem à pessoa com esquizofrenia. A promoção da LSM deve ter em conta as leis, os programas e intervenções, o financiamento e a estruturação dos cuidados a vários níveis, com o objetivo subjacente de lutar contra o estigma, proteger os direitos humanos, promover a participação social e a literacia em saúde mental junto de todos. O desenvolvimento destas ações deve ter por base a investigação científica que ainda se revela muito escassa em relação à LSM de pacientes com esquizofrenia.

---

## Referências Bibliográficas

- Abdin, E., Chong, S. A., Seow, E., Verma, S., Tan, K. B., & Subramaniam, M. (2019). Mapping the Positive and Negative Syndrome Scale scores to EQ-5D-5L and SF-6D utility scores in patients with schizophrenia. *Quality of Life Research, 28*(1), 177–186. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2037-7>
- Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia - Para além dos mitos, descobrir a doença* (1ª ed). Príncipia Editora, Lda.
- Aller, T. B., Fauth, E. B., & Seedall, R. B. (2021). Mental Health Awareness and Advocacy (MHAA) for Youth: An evaluation of a college-based mental health literacy curriculum. *Mental Health & Prevention, 23*, 200204. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2021.200204>
- Aller, T. B., Novak, J. R., Fauth, E. B., & Schwartz, S. (2021). *Measuring Mental Health Literacy: Development of the Mental Health Awareness and Advocacy Assessment Tool. 17*(39). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29986602/>
- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Gonçalves-Pereira, M., Gusmão, R., Barahona Correa, B., Gago, J., Talina, M., & Silva, J. (2013a). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório [National epidemiological study of mental health: 1st report]*. World Mental Health Surveys Initiative: Lisboa. [https://www.researchgate.net/publication/278786138\\_Estudo\\_Epidemiologico\\_Nacional\\_de\\_Saude\\_Mental\\_1\\_Relatorio](https://www.researchgate.net/publication/278786138_Estudo_Epidemiologico_Nacional_de_Saude_Mental_1_Relatorio)
- American Psychiatric Association, A. P. (2014). *DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5th ed.). Climepsi Editores.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., & Matschinger, H. (2009). Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists, 24*(4), 225–232. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.06.010>
- Araújo, A., & Giné, E. (1980). *The Central Limit Theorem for Real and Banach Valued Random Variables*. Wiley.
- Arraras, J. I., Basterra, I., Pereda, N., Ibañez, B., Iribarren, S., & Cabases, J. M. (2019). The Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4) questionnaire. A validation study with Spanish schizophrenia spectrum outpatients. *Actas Espanolas de Psiquiatria, 47*(3), 97–109. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31233208>

- 
- Bacon, O., Vandenberg, A., & May, M. E. (2017). Provider and patient perception of psychiatry patient health literacy. *Pharmacy Practice*, *15*(2), 908. <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2017.02.908>
- Banh, M. K., Chaikind, J., Robertson, H. A., Troxel, M., Achille, J., Egan, C., & Anthony, B. J. (2019). Evaluation of Mental Health First Aid USA Using the Mental Health Beliefs and Literacy Scale. *American Journal of Health Promotion*, *33*(2), 237–247. <https://doi.org/10.1177/0890117118784234>
- Bartlett, H., Travers, C., Cartwright, C., & Smith, N. (2006). Mental health literacy in rural Queensland: results of a community survey. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(9), 783–789. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01884.x>
- Berlim, M., & Fleck, M. (2003). “Quality of life”: A Brand New Concept for Research and Practice in Psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *25*(4), 249–252. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000400013>
- Bonabi, H., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Eisele, J., Rodgers, S., Seifritz, E., Rössler, W., & Rüsch, N. (2016). Mental Health Literacy, Attitudes to Help Seeking, and Perceived Need as Predictors of Mental Health Service Use: A Longitudinal Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *204*(4), 321–324. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000488>
- Cahaya, N., Kristina, S. A., Widayanti, A. W., & Green, J. (2022). Interventions to Improve Medication Adherence in People with Schizophrenia: A Systematic Review. *Patient Preference and Adherence*, *16*, 2431–2449. <https://doi.org/10.2147/PPA.S378951>
- Campos, L., Dias, P., Palha, F., Duarte, A., & Veiga, E. (2016). Development and psychometric properties of a new questionnaire for assessing mental health literacy in young people. *Catholic University of Portugal*, *15*(2), 61–72. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-2.dppq>
- Cardoso, A. F., Queirós, P., Santiago, L., Fontes, C., Ribeiro, & Ferreira, P. L. (2016). Assessment of Health-Related Quality of Life using the EQ-5D-3L in Individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Diabetes, Metabolic Disorders & Control*, *3*(2), 33–40. <https://doi.org/10.15406/jdmdc.2016.03.00064>
- Cesari, L., & Bandeira, M. (2010). Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *59*(4), 293–301. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000400005>

- 
- Chao, H. J., Lien, Y. J., Kao, Y. C., Tasi, I. C., Lin, H. S., & Lien, Y. Y. (2020). Mental Health Literacy in Healthcare Students: An Expansion of the Mental Health Literacy Scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030948>
- Chen, H., Parker, G., Kua, J., Jorm, A., & Loh, J. (2000). Mental health literacy in Singapore: a comparative survey of psychiatrists and primary health professionals. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 29(4), 467–473.
- Chen, J. (2018). Some People May Need it, But Not Me, Not Now: Seeking Professional Help for Mental Health Problems in Urban China. *Transcultural Psychiatry*, 55(6), 754–774. <https://doi.org/10.1177/1363461518792741>
- Chen, S., Chen, K., Wang, S., Wang, W., & Li, Y. (2021). Initial Validation of a Chinese Version of the Mental Health Literacy Scale Among Chinese Teachers in Henan Province. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 661903. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.661903>
- Chinn, D. (2011). Critical health literacy: a review and critical analysis. *Social Science & Medicine (1982)*, 73(1), 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.004>
- Christensen, H., Griffiths, K., & Evans, K. (2002). e-Mental Health in Australia: Implications of the Internet and Related Technologies for Policy. *Centre for Mental Health Research The Australian National University, 2002*.
- Clausen, W., Watanabe-Galloway, S., Bill Baerentzen, M., & Britigan, D. H. (2016). Health Literacy Among People with Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 52(4), 399–405. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9951-8>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *The American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Rüsch, N. (2012). How does stigma affect work in people with serious mental illnesses? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), 381–384. <https://doi.org/10.1037/h0094497>
- Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(1), 37–297.



---

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF02310555.pdf>

- Cusack, J., Deane, F., Wilson, C., & Ciarrochi, J. (2004). Who Influence Men to Go to Therapy? Reports from Men Attending Psychological Services. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 26(3), 271–283.  
<http://www.ingentaconnect.com/content/klu/adco/2004/00000026/00000003/00489113%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1023/B:ADCO.0000035530.44111.a8>
- Decreto-Lei n.º 126-A/2017, de 6 de outubro do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, Diário da República n.º 193/2017, 1º Suplemento, Série I de 2017-10-06. (2017). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/126-a-2017-108269605>
- Degan, T. J., Kelly, P. J., Robinson, L. D., Deane, F. P., & Smith, A. M. (2021). Health literacy of people living with mental illness or substance use disorders: A systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(6), 1454–1469.  
<https://doi.org/10.1111/eip.13090>
- Degan, T. J., Kelly, P. J., Robinson, L. D., Deane, F. P., Wolstencroft, K., Turut, S., & Meldrum, R. (2019). Health literacy in people living with mental illness: A latent profile analysis. *Psychiatry Research*, 280, 112499.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112499>
- Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental health literacy in young adults: Adaptation and psychometric properties of the mental health literacy questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph15071318>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. In *Direção-Geral da Saúde*.  
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Saúde mental em números 2015: programa nacional para a saúde mental*. Lisboa.  
<http://saudementalpt.pt/backoffice/pdfs/1dc5e2c84d.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa. [http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS\\_PNSM\\_2017.10.09\\_v2.pdf](http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*.
- Domenech, C., Pastore, A., Altamura, A. C., Bernasconi, C., Corral, R., Elkis, H., Evans, J., Mall, A., Margari, F., Krebs, M. O., Nordstroem, A. L., Zink, M., & Haro, J. M. (2019). Correlation of health-related quality of life in clinically stable

- 
- outpatients with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 3475–3486. <https://doi.org/10.2147/NDT.S218578>
- EuroQol Group. (1990). EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 16(3), 199–208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). Literacia em saúde em Portugal - Relatório síntese. *Fundação Calouste Gulbenkian*, 1–16. <http://www.gulbenkian.pt>
- Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health*, 8, 125. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-125>
- Ferreira, M. C. (2017). *Estigma e Saúde Mental* [Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/109390/2/235293.pdf>
- Ferreira, Pedro L., Antunes, P., Ferreira, L. N., Pereira, L. N., & Ramos-Goñi, J. M. (2019). A hybrid modelling approach for eliciting health state preferences: the Portuguese EQ-5D-5L value set. *Quality of Life Research*, 28(12), 3163–3175. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02226-5>
- Ferreira, Pedro Lopes, Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2013). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D Contribution for the Validation of the Portuguese Version of EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, 26(6), 664–676. [www.actamedicaportuguesa.com](http://www.actamedicaportuguesa.com)
- Furrer, M., Jakob, N. J., Cattapan-Ludewing, K., Seixas, A., Huber, C. G., & Schneeberger, A. R. (2018). Patient Satisfaction and Quality of Life in People with Schizophrenia-Spectrum Disorders in a Rural Area. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(2), 245–253. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0820-3>
- Gelkopf, M., Lapid, L., Werbeloff, N., Levine, S. Z., Telem, A., Zisman-Ilani, Y., & Roe, D. (2016). A strengths-based case management service for people with serious mental illness in Israel: A randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 241, 182–189. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.106>
- Ghio, L., Gotelli, S., Marcenaro, M., Amore, M., & Natta, W. (2014). Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 152–154, 45–51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.002>

- 
- Goulden, R., Corker, E., Evans-Lacko, S., Rose, D., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2011). Newspaper coverage of mental illness in the UK, 1992-2008. *BMC Public Health*, *11*, 796. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-796>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, *10*, 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Have, T., Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., & Alonso, J. (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*(2), 153–163. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0050-4>
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, *103*(5), 777–780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>
- Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: Developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *46*(7), 714–734. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x>
- Jorm, A F. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *177*, 396–401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
- Jorm, A F. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *177*, 396–401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
- Jorm, A F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *The American Psychologist*, *67*(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: A survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, *166*(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Jung, H., von Sternberg, K., & Davis, K. (2016). Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry Research*, *243*, 278–286.

---

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.034>

- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *The Medical Journal of Australia*, 187(7 Suppl). <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x>
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2004). Mental health first aid training in a workplace setting: a randomized controlled trial [ISRCTN13249129]. *BMC Psychiatry*, 4, 23. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-23>
- Kline, R. B. (2011). Principles and Practice of Structural Equation Modeling,. *The Guilford Press*, 3a ed(81), 427.
- Kline, R. B. (2016). Principles and practice of structural equation modeling, 4th ed. In *Principles and practice of structural equation modeling, 4th ed.* Guilford Press.
- Krohne, N., Gomboc, V., Lavrič, M., Podlogar, T., Poštuvan, V., Šedivy, N. Z., & De Leo, D. (2022). Slovenian Validation of the Mental Health Literacy Scale (S-MHLS) on the General Population: A Four-Factor Model. *Inquiry : A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 59, 469580211047193. <https://doi.org/10.1177/00469580211047193>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Hashish, M. (2016). Mental Health Literacy for Students and Teachers: A “School Friendly” Approach. In *Positive Mental Health, Fighting Stigma and Promoting Resiliency for Children and Adolescents*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804394-3.00008-5>
- Kutcher, Stan, Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., & Kreyenbuhl, J. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *The American Journal of Psychiatry*, 161(2 Suppl), 1–56. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15000267/>
- Lei n.º 36/98, Lei de Saúde Mental, Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24 (1998). <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/1998-75115272>
- Loureiro, L. M. (2015). Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental - QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 79–88. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIV14031>
- Loureiro, L., Pedreiro, A., & Correia, S. (2012). Tradução, adaptação e validação de

- 
- um Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental) para Adolescentes e Jovens Portugueses a partir de um focus group. *Revista de Investigação Em Enfermagem*, 25, 42–48.  
[https://www.researchgate.net/publication/259371444\\_Traducao\\_adaptacao\\_e\\_vali\\_dacao\\_de\\_um\\_Questionario\\_de\\_Avaliacao\\_da\\_Literacia\\_em\\_Saude\\_Mental\\_Qu\\_ALiSMental\\_para\\_Adolescentes\\_e\\_Jovens\\_Portugueses\\_a\\_partir\\_de\\_um\\_focus\\_group/citations](https://www.researchgate.net/publication/259371444_Traducao_adaptacao_e_vali_dacao_de_um_Questionario_de_Avaliacao_da_Literacia_em_Saude_Mental_Qu_ALiSMental_para_Adolescentes_e_Jovens_Portugueses_a_partir_de_um_focus_group/citations)
- Luís, M. S. A. (2014). *Literacia em saúde mental e o papel do género : Follow-up do projeto Abrir Espaço à Saúde Mental* [Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal].  
[https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17313/1/Dissertação\\_Marta\\_2014.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17313/1/Dissertação_Marta_2014.pdf)
- Macedo, E., Gomes, F., Candeias, A., Azevedo, C., Peixoto, S., & Pires, B. (2020). Intervenção comunitária recovery: Impacto na qualidade de vida, suporte social e satisfação de necessidades da pessoa com doença mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0251>
- Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences*, 10(3), 248–255. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x>
- Maroco, J. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65–90.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 975–983. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.975>
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS - saber decidir, fazer, interpretar e redigir* (1st ed.). PsiquilibriosEdições.
- Montagni, I., & González, J. L. C. (2022). Validation of the Mental Health Literacy Scale in French University Students. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 12(8). <https://doi.org/10.3390/bs12080259>
- Morgan, A. J., Ross, A., & Nicola J. (2018). Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PloS One*, 13(5), e0197102.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102>

- 
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*.
- Nakane, Y., Tazaki, M., & Miyaoka, E. (1999). WHOQOL: measuring quality of life. *Iryo To Shakai*, 9(1), 123–131. [https://doi.org/10.4091/iken1991.9.1\\_123](https://doi.org/10.4091/iken1991.9.1_123)
- Neto, D. D., Figueiras, M. J., Campos, S., & Tavares, P. (2017). Impact of economic crisis on the social representation of mental health: Analysis of a decade of newspaper coverage. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(8), 736–743. <https://doi.org/10.1177/0020764017737102>
- Neto, D., Rocha, I., Figueiras, M. J., & Silva, A. N. da. (2021). Measuring mental health literacy: Adaptation and validation of the Portuguese version of the mental health literacy scale (MHLS). *European Journal of Mental Health*, 16(1), 64–77. <https://doi.org/10.5708/EJMH.16.2021.1.5>
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. In *Health Promotion International* (Vol. 13, Issue 4). <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? In *International journal of public health* (Vol. 54, Issue 5, pp. 303–305). <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0050-x>
- Nutbeam, D. & Kickbusch, I. (2000). Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 183–184. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.183>
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229(1–2), 511–516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>
- O'Connor, M., Casey, L., & Clough, B. (2014). Measuring mental health literacy—a review of scale-based measures. *Journal of Mental Health*, 23(4), 197–204. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.910646>
- Ortega, L., Montalvo, I., Monseny, R., Burjales-Martí, M. D., Martorell, L., Sanchez-Gistau, V., Vilella, E., & Labad, J. (2020). Perceived Stress, Social Functioning and Quality of Life in First-episode Psychosis: A 1-year Follow-up Study. *Early*

- 
- Intervention in Psychiatry*, September, 1–9. <https://doi.org/10.1111/eip.13092>
- Öztürk, Z., & Altun, Ö. Ş. (2021). The effect of nursing interventions to instill hope on the internalized stigma, hope, and quality of life levels in patients With schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1(November 2020), 364–373. <https://doi.org/10.1111/ppc.12800>
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). “A disease like any other”? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1321–1330. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743>
- Pestana, H., & Gageiro, J. (2014). *ANÁLISE DE DADOS PARA CIÊNCIAS SOCIAIS A Complementaridade do SPSS* (6th ed.). Sílabo. <https://doi.org/10.13140/2.1.2491.7284>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *ANÁLISE DE DADOS PARA CIÊNCIAS SOCIAIS A Complementaridade do SPSS* (2ª EDIÇÃO, Issue February). Edições Sílabo. <https://doi.org/10.13140/2.1.2491.7284>
- Petkari, E., Giacco, D., & Priebe, S. (2020). Factorial structure of the Manchester Short Assessment of Quality of Life in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Quality of Life Research*, 29(3), 833–841. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02356-w>
- Phillips, D. (2006). *Quality of life: Concept, policy and practice*. (1st ed.). Routledge.
- Pinho, L. M. G, Sousa, L. M. M. de, Lopes, M. J., Valentim, O. M. M. de S., & Ribeiro, J. L. P. (2020). ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL EM PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 6(1), 2068. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2020.6\(1\).404.2068-2083](https://doi.org/10.24902/r.riase.2020.6(1).404.2068-2083)
- Pinho, L., Pereira, A., & Chaves, C. (2018). Quality of Life in Schizophrenic Patients: The Influence of Sociodemographic and Clinical Characteristics and Satisfaction with Social Support. *Trends in Psychiatry Psychotherapy*, 40(3), 202–209. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0002>
- Quartilho, M. J., Almeida, H., Fazenda, I., Gil, I., Fernandes, L., Sousa, M. F., Carrilho, N., & Alcaire, R. (2015). Estigma e doença mental. *Cadernos de Psiquiatria Social e Cultural*, 61–76. [https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/36632/1/Estigma e doença mental.pdf](https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/36632/1/Estigma%20e%20doen%C3%A7a%20mental.pdf)
- Rabin, L. A., Miles, R. T., Kamata, A., Krishnan, A., Elbulok-Charcape, M., Stewart, G.,

- 
- & Compton, M. T. (2021). Development, item analysis, and initial reliability and validity of three forms of a multiple-choice mental health literacy assessment for college students (MHLA-c). *Psychiatry Research*, 300(March).  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113897>
- Rapoport, J. L., Addington, A. M., Frangou, S., & Psych, M. R. C. (2005). The neurodevelopmental model of schizophrenia: Update 2005. *Molecular Psychiatry*, 10(5), 434–449. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001642>
- Reavley, N. J., Mackinnon, A. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2014). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: a comparison of Australian health professionals with the general community. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 433–441. <https://doi.org/10.1177/0004867413500351>
- Ribeiro, C. M., Salvador, R. V. A., & Carvalho, P. S. (2019). Qualidade de vida e suporte social percebido em pessoas com doença mental crónica. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 5(14–24).  
<https://doi.org/https://doi.org/10.31211/rpics.2019.5.1.100>
- Ribeiro, J. P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde* (1st ed.). Coimbra, Quarteto.
- Rocha, I. (2016). *Adaptação e validação da escala Mental Health Literacy para a população portuguesa [Adaptation and validation of the Mental Health Literacy Scale for the Portuguese population]* [Master's thesis, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/24532>
- Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2014). Literacia em saúde mental de adolescentes: Um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 125–132.
- Rosa, A., Loureiro, L., & Sousa, C. (2014). Reconhecimento E Procura De Ajuda Em Saúde Mental: Revisão Dos Estudos Realizados Em Amostras De Adolescentes. *Literacia Em Saúde Mental - Capacitar as Pessoas e as Comunidades Para Agir, November 2015*, 79–93.  
[https://www.researchgate.net/publication/263473698\\_Literacia\\_em\\_saude\\_mental\\_de\\_adolescentes\\_Um\\_estudo\\_exploratorio](https://www.researchgate.net/publication/263473698_Literacia_em_saude_mental_de_adolescentes_Um_estudo_exploratorio)
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 20(8), 529–539.  
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Rüsch, N., Evans-Lacko, S. E., Henderson, C., Flach, C., & Thornicroft, G. (2011).



- 
- Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 62(6), 675–678.  
[https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206\\_0675](https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206_0675)
- Rüsch, N., Heekeren, K., Theodoridou, A., Dvorsky, D., Müller, M., Paust, T., Corrigan, P. W., Walitza, S., & Rössler, W. (2013). Attitudes towards help-seeking and stigma among young people at risk for psychosis. *Psychiatry Research*, 210(3), 1313–1315. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.028>
- Rüsch, N., & Thornicroft, G. (2014). Does stigma impair prevention of mental disorders? *British Journal of Psychiatry. Royal College of Psychiatrists.*, 204, 249–251. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131961>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. del P. B. (2014). *Metodología de la investigación* (6th ed., Vol. 7, Issue 1). D.F.:McGraw-Hill.  
<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Santos, G. (n.d.). *Cálculo amostral: calculadora on-line*.  
<http://www.calculoamostral.vai.la>
- Santos, L. M. P. dos S. (2020). *Literacia em Saúde Mental - Esquizofrenia* [Master's thesis, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal].  
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/24532>
- Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4, 127–134.  
<http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/2320?locale=pt>
- Saraiva, C. B., & Cerejeira, J. (Eds.). (2014). *Psiquiatria fundamental*. LIDEL - edições Técnicas, Lda.
- Seow, L. S. E., Tan, T. H. G., Abdin, E., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2019). Comparing disease-specific and generic quality of life measures in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 273(January), 387–393.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.034>
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do WHOQOL-Bref. *Psiquiatria Clínica*, 27, 41–49.  
[https://eg.uc.pt/bitstream/10316/21539/1/2006 Estudos psicométricos do WHOQOL-Bref.pdf](https://eg.uc.pt/bitstream/10316/21539/1/2006%20Estudos%20psicom%C3%A9tricos%20do%20WHOQOL-Bref.pdf)

- 
- Siani, C., de Peretti, C., Millier, A., Boyer, L., & Toumi, M. (2016). Predictive models to estimate utility from clinical questionnaires in schizophrenia: findings from EuroSC. *Quality of Life Research*, *25*(4), 925–934. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1120-6>
- Silva, A. M., Santos, C. A., Miron, F. M., Miguel, N. P., Furtado, C. de C., & Bellemo, A. I. S. (2016). Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, *2083*(13), 18–25.
- Silva, R. C. B. (2006). Esquizofrenia: Uma revisão. *Psicologia USP*, *17*(4), 263–285. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000400014>
- Simonds, S. K. (1974). Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs*, *2*(1), 1–10. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, *25*(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Speros, C. (2005). Health literacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *50*(6), 633–640. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03448.x>
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, *43*(2), 476–493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Stuart, H., & Arboleda-Flórez, J. (2012). A Public Health Perspective on the Stigmatization of Mental Illnesses. *Public Health Reviews*, *34*(2), 12. <https://doi.org/10.1007/BF03391680>

- 
- Telo-de-Arriaga, M. T., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). Plano de ação para a literacia em saúde. In *Direção-Geral da Saúde (DGS)*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Thomson, S., Galletly, C., Prener, C., Garverich, S., Liu, D., & Lincoln, A. (2022). Associations between health literacy, cognitive function and general literacy in people with schizophrenia attending community mental health clinics in Australia. *BMC Psychiatry*, *22*(1), 245. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03901-7>
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet (London, England)*, *373*(9661), 408–415. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *190*, 192–193. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>
- Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., Williams, E., & Loi, N. M. (2019). Schizophrenia literacy: the effects of an educational intervention on populations with and without prior health education. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, *28*(3), 229–237. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1521923>
- Vasconcelos, M. (2016). *Literacia em saúde mental e o papel da proximidade a problemas de saúde mental* [Master's Thesis, Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa]. [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20556/1/DISSERTAÇÃO\\_FINAL\\_MARCIA\\_VASCONCELOS.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20556/1/DISSERTAÇÃO_FINAL_MARCIA_VASCONCELOS.pdf)
- Vaz, C. M. R. (2019). *Determinantes de Literacia em Saúde Mental* [Master's Thesis, Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu]. [https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5489/1/ClaraMadalenaRamosVaz\\_DM.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5489/1/ClaraMadalenaRamosVaz_DM.pdf)
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: o processo de construção do conhecimento 3ª edição*. Edições Sílabo.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, *25*(3), 467–478. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394>
- Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Tat Chiu, W., DE Girolamo, G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Kessler, R. C., Kovess, V.,

- 
- Levinson, D., Nakane, Y., Oakley Brown, M. A., Ormel, J. H., Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., ... Ustün, T. B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 177–185.
- Wei, Y., Baxter, A., & Kutcher, S. (2019). Establishment and validation of a mental health literacy measurement in Canadian educators. *Psychiatry Research*, 279(October 2018), 231–236. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.009>
- Wood, A. L., & Wahl, O. F. (2006). Evaluating the effectiveness of a consumer-provided mental health recovery education presentation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(1), 46–53. <https://doi.org/10.2975/30.2006.46.53>
- World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001: Mental Health - New Understanding, New Hope. In *World Health Organization: Vol. CLIMEPSI E* (Issue 1). [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR\\_2001\\_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- World Health Organization. (2003). Organización Mundial de la Salud. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Mejora de la calidad de la salud mental. In *Editores Médicos SA*. Edimsa.
- World Health Organization. (2009). *Health promotion: health literacy and health behaviour. Paper presented at the 7th global conference on health promotion*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/health-literacy>
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-action-plan-2013-2030-flyer-what-partners-can-do>
- Wright, A., Jorm, A. F., Harris, M. G., & McGorry, P. D. (2007). What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 244–250. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0156-x>

---

## Anexos

### Anexo I - MHLS

#### Escala de Medição de Literacia em Saúde Mental

(Neto et al., 2021; O'Connor & Casey, 2015)

O objetivo destas questões é ganhar compreensão sobre o seu conhecimento de vários aspetos relacionados com saúde mental. Ao responder, estamos interessados no seu grau de conhecimento. Assim sendo, ao escolher a sua resposta considere que:

**Muito improvável**= Eu tenho a certeza que NÃO é provável

**Improvável**= Eu penso que é improvável, mas não tenho a certeza

**Provável**= Penso que é provável, mas não tenho a certeza

**Muito provável** = Tenho a certeza que é muito provável

1. Se alguém ficou extremamente nervoso ou ansioso em uma ou mais situações com outras pessoas (ex. numa festa) ou em situações de desempenho (ex. falar numa reunião) em que pessoas como esta tinham medo de ser avaliados por outros e que agiriam de forma que era humilhante ou sentindo-se embaraçados, então em que medida considera provável que pessoas como esta tenham **Fobia Social**.

**Muito improvável  
provável**

**Improvável**

**Provável**

**Muito**

2. Se alguém ficou muito preocupado com um determinado número de eventos ou atividades onde este nível de preocupação despropositada, teve dificuldade em controlar esta preocupação e teve sintomas físicos, como tensão muscular e fadiga, então em que medida considera provável acha que pessoas como esta têm **Perturbação de Ansiedade Generalizada**.

**Muito improvável  
provável**

**Improvável**

**Provável**

**Muito**

3. Se alguém experienciou um humor negativo por duas ou mais semanas, teve perda de prazer ou interesse nas suas atividades normais e experimentou mudanças no seu apetite e sono, então em que medida considera provável que pessoas como esta têm uma **Perturbação Depressiva Major**.

**Muito improvável  
provável**

**Improvável**

**Provável**

**Muito**

---

4. Em que medida considera provável que **Perturbações da Personalidade** é uma categoria de perturbação mental

**Muito improvável  
provável**                      **Improvável**                      **Provável**                      **Muito**

5. Em que medida considera provável que **Distímia** é uma perturbação mental.

**Muito improvável  
provável**                      **Improvável**                      **Provável**                      **Muito**

6. Em que medida considera provável que o diagnóstico de **Agorafobia** inclua ansiedade sobre situações em que a fuga possa ser difícil ou embaraçosa

**Muito improvável  
provável**                      **Improvável**                      **Provável**                      **Muito**

7. Em que medida considera provável que o diagnóstico de **Perturbação Bipolar** inclua períodos de humor elevado (ou seja, em alta) e períodos de humor deprimido (ou seja, em baixo).

**Muito improvável  
provável**                      **Improvável**                      **Provável**                      **Muito**

8. Em que medida considera provável que o diagnóstico de **Dependência de Substâncias** inclua tolerância física e psicológica (ou seja, que é preciso maior quantidade de droga para ter o mesmo efeito).

**Muito improvável  
provável**                      **Improvável**                      **Provável**                      **Muito**

9. Em que medida considera provável que no geral, em Portugal, **as mulheres têm MAIOR probabilidade de experienciar uma perturbação de qualquer tipo quando comparadas com os homens.**

**Muito improvável  
provável**                      **Improvável**                      **Provável**                      **Muito**

---

10. Em que medida considera provável que, no geral, em Portugal, **os homens têm MAIOR probabilidade de experienciar uma perturbação da ansiedade quando comparados com as mulheres.**

**Muito improvável provável**                      **Improvável**                      **Provável**                      **Muito**

Ao escolher a sua resposta considere que:

**Muito inútil**= estar certo de que não é útil

**Inútil**= creio que seja inútil, mas não tenho certeza

**Útil**= creio que seja útil, mas não tenho certeza

**Muito útil**= eu estou certo de que é muito útil

11. Em que medida considera que seria útil para alguém **melhorar a qualidade do sono**, havendo dificuldades em gerir as suas emoções (ex., ficando muito ansiosos ou deprimidos)

**Muito Inútil**                      **Inútil**                      **Útil**                      **Muito Útil**

12. Em que medida considera que seria útil **para alguém evitar todas as atividades ou situações que fazem sentir ansiedade**, em caso de existirem dificuldades em gerir as emoções.

**Muito Inútil**                      **Inútil**                      **Útil**                      **Muito Útil**

Ao escolher a sua resposta considere que: **Muito improvável** = Eu tenho a certeza que NÃO é provável; **Improvável** = Eu penso que é improvável mas não tenho a certeza; **Provável** = Penso que é provável, mas não tenho a certeza; **Muito provável** = Tenho a certeza que é muito provável.

13. Em que medida considera que é provável que a **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)** é uma terapia que se baseia em desafiar os pensamentos negativos e a aumentar os comportamentos positivos.

**Muito improvável provável**                      **Improvável**                      **Provável**                      **Muito**

14. Os profissionais de saúde mental estão sujeitos à confidencialidade, no entanto, existem certas condições nas quais isto não se aplica. Em que medida é que considera

provável que a seguinte circunstância permitiria que um profissional de saúde mental **quebrasse a confidencialidade:**

*Se você está em risco iminente de magoar-se a si ou aos outros.*

**Muito improvável  
provável**

**Improvável**

**Provável**

**Muito**

**15.** Os profissionais de saúde mental estão sujeitos à confidencialidade; no entanto, existem certas circunstâncias nas quais isto não se aplica. Em que medida é que considera provável que a seguinte circunstância permitiria que um profissional de saúde mental quebrasse a confidencialidade:

*Se o seu problema não ameaça a sua vida e os profissionais querem ajudar outros a apoiarem-no.*

**Muito improvável  
provável**

**Improvável**

**Provável**

**Muito**

Por favor, indique em que medida concorda com as seguintes afirmações.

	<b>Discordo fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não concordo nem discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>
<b>16.</b> Estou confiante de que sei onde procurar informações sobre perturbação mental					
<b>17.</b> Estou confiante que sei usar o computador ou telefone para procurar informação sobre perturbação mental.					
<b>18.</b> Estou confiante que consigo fazer contactos pessoais para procurar informação sobre perturbação mental (ex., com o médico de família).					
<b>19.</b> Estou confiante que tenho acesso a recursos (ex., médico de família, internet, amigos) para procurar informação sobre perturbação mental.					
<b>20.</b> Pessoas com perturbação mental poderiam “dar a voltar por cima” se quisessem.					
<b>21.</b> A perturbação mental é um sinal de fraqueza pessoal.					



	<b>Discordo fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não concordo nem discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>
<b>22.</b> Perturbação mental não é uma doença médica real.					
<b>23.</b> Pessoas com perturbação mental são perigosas.					
<b>24.</b> É melhor evitar pessoas com perturbação mental de forma a não desenvolver este problema					
<b>25.</b> Se eu tivesse uma perturbação mental, não contaria a ninguém					
<b>26.</b> Consultar um profissional de saúde mental significa que não se é forte o suficiente para gerir as próprias dificuldades					
<b>27.</b> Se eu tivesse uma perturbação mental, não procurava ajuda de um profissional de saúde mental					
<b>28.</b> Eu acredito que o tratamento para a perturbação mental, prestado por um profissional de saúde mental, não seria eficaz					

Por favor, indique em que medida concorda com as seguintes afirmações:

	<b>Definitivamente indisponível</b>	<b>Provavelmente indisponível</b>	<b>Nem indisponível nem disponível</b>	<b>Provavelmente disponível</b>	<b>Definitivamente disponível</b>
<b>29.</b> Estaria disponível para mudar para a casa ao lado de alguém com perturbação mental?					
<b>30.</b> Estaria disponível para passar uma tarde a socializar com alguém com uma perturbação mental?					
<b>31.</b> Estaria disponível para ser amigo de alguém com uma perturbação mental?					
<b>32.</b> Estaria disponível para ter alguém com perturbação mental a trabalhar junto de si?					

---

<b>33.</b> Estaria disponível para ter alguém com perturbação mental casada com um familiar seu?					
<b>34.</b> Estaria disponível para votar num político que soubesse que tinha sofrido de uma perturbação mental?					
<b>35.</b> Estaria disponível para empregar alguém se soubesse que tinha tido uma perturbação mental?					

---

## Anexo II – EQ5D5L

### Versão portuguesa do questionário EQ-5D-5L

(Ferreira et al., 2019; EuroQol Group, 1990)

#### MOBILIDADE

- Não tenho problemas em andar
- Tenho problemas ligeiros em andar
- Tenho problemas moderados em andar
- Tenho problemas graves em andar
- Sou incapaz de andar

#### CUIDADOS PESSOAIS

- Não tenho problemas em me lavar ou vestir
- Tenho problemas ligeiros em me lavar ou vestir
- Tenho problemas moderados em me lavar ou vestir
- Tenho problemas graves em me lavar ou vestir
- Sou incapaz de me lavar ou vestir

#### ATIVIDADES HABITUAIS (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas tarefas habituais
- Tenho problemas ligeiros em desempenhar as minhas tarefas habituais
- Tenho problemas moderados em desempenhar as minhas tarefas habituais
- Tenho problemas graves em desempenhar as minhas tarefas habituais
- Sou incapaz de desempenhar as minhas tarefas habituais

#### DOR/MAL-ESTAR

- Não tenho dores ou mal-estar
- Tenho dores ou mal-estar ligeiros
- Tenho dores ou mal-estar moderados
- Tenho dores ou mal-estar graves
- Tenho dores ou mal-estar extremos

#### ANSIEDADE/DEPRESSÃO

- Não estou ansioso/a ou deprimido/a
- Estou ligeiramente ansioso/a ou deprimido/a
- Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a
- Estou gravemente ansioso/a ou deprimido/a
- Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

---

## Apêndices

### Apêndice I – Questionário sociodemográfico e clínico

#### Questionário Sociodemográfico

<b>a. Idade</b>	Data de nascimento: ___/___/_____	
<b>b. Sexo</b>	1. Feminino	2. Masculino
<b>c. Estado Civil</b>	1. Solteiro	2. Casado / União de Facto
	3. Divorciado / Separado	4. Viúvo
<b>d. Situação face ao emprego</b>	1. Desempregado	2. Desempregado com rendimentos/prestações
	3. A trabalhar a tempo inteiro ou parcial	4. A trabalhar a tempo inteiro ou parcial e com rendimentos/prestações
	5. Estudante	6. Reformado/pensionista
	6. Outro:	
<b>e. Profissão</b>	1. Setor Primário	2. Setor Secundário
	3. Setor Terciário	
<b>f. Escolaridade</b>	1. Sem escolaridade	2. Entre 1 e 4 anos de escolaridade
	3. Entre 6 e 7 anos de escolaridade	4. Entre 8 e 9 anos de escolaridade
	5. Entre 10 e 12 anos de escolaridade	6. Mais de 12 anos de escolaridade
<b>g. Agregado Familiar</b>	1. Vive só	2. Família Nuclear (pai, mãe, filhos)
	3. Família Monoparental (pai ou mãe, filhos)	4. Família Extensa (avó/avô, pais, filhos, tios, primos)
	5. Regime de Coabitação (partilha de habitação com não familiares)	
<b>h. Situação Económica Mensal do participante</b>	1. Entre 0€ e 300€	2. Entre 301€ e 600€
	3. Entre 601€ e 900€	4. Desde 901€ ou mais
<b>i. História de doença mental na família</b>	1. Sim	2. Não

---

#### Informação Clínica

<b>j. Diagnóstico</b>	1. Esquizofrenia	2. Outras psicoses
-----------------------	------------------	--------------------

---

<b>k. Data Início Acompanhamento</b>	Data da primeira consulta ou do primeiro internamento.
<b>l. Regularidade no cumprimento consultas de psiquiatria</b>	Número de faltas: _____ 1. Seguidas 2. Interpoladas 3. Seguidas e Interpoladas
<b>m. Em tratamento injetável de longa duração</b>	1. Sim 2. Não
<b>n. Internamentos no D.P.S.M. ou I.S.J.D.</b>	Número de internamentos: _____
<b>o. Observações no Serviço de Urgência Psiquiatria</b>	Número de observações: _____ Número de observações compulsivas: _____

---

## **Apêndice II – Informação aos participantes**

### **Informação aos Participantes**

---

Título do Estudo:

#### **A Literacia em Saúde Mental de pacientes com esquizofrenia**

---

**Investigador Responsável:**

Carla Ferreira

**Contacto e-mail:**

carla.ferreira@ipvc.pt

---

Este documento pretende fornecer informação sobre o estudo em que foi convidado a participar para que possa decidir de modo informado e consciente sobre a sua participação. O estudo integra um projeto de investigação inserido no âmbito da Unidade Curricular “Trabalho de Dissertação”: Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde da Associação de Politécnicos do Norte. Poderá contactar-nos para compreender melhor algum aspeto menos claro.

A participação é completamente voluntária. Caso concorde fazer parte deste estudo e depois decida desistir, bastará comunicá-lo a qualquer momento, sem necessidade de se justificar e sem que isso lhe traga qualquer tipo de penalização.

---

#### **Qual é o objetivo do estudo?**

Este estudo tem como principal objetivo medir os níveis de Literacia em Saúde Mental junto dos pacientes portadores de esquizofrenia acompanhados no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Pretende-se analisar a Literacia em Saúde Mental em função de dados sociodemográficos, clínicos e de Qualidade de Vida percebida.

---

#### **Em que consistirá a minha participação?**

A participação no estudo consiste em responder a dois questionários, com uma duração média total de 35 minutos e na autorização para recolha de dados sociodemográficos e clínicos. Alguns dados serão recolhidos através de consulta do seu processo clínico.

---

#### **Existem riscos ou inconvenientes em participar?**

A sua participação é totalmente voluntária e não envolve riscos acrescidos. Os questionários a que vai responder poderão fazê-lo pensar sobre diferentes aspetos relativos à Literacia em Saúde Mental. Poderá responder apenas àquilo que quiser e poderá interromper a sua participação em qualquer altura, sem que isso tenha qualquer consequência negativa para si.

---

#### **Existem benefícios?**

---

---

O estudo não o beneficia pessoalmente, mas acreditamos que poderá ser uma experiência interessante. Terá oportunidade de refletir sobre a Literacia em Saúde Mental e estará também a contribuir para o avanço do conhecimento sobre os níveis de Literacia em Saúde Mental e a sua relação com as características sociodemográficas, clínicas e níveis de Qualidade de Vida.

---

**Os resultados deste estudo serão publicados e divulgados por outros meios?**

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em revistas científicas nacionais ou internacionais e divulgados em congressos científicos ou outras atividades académicas. Será preparado um resumo dos principais resultados para divulgação junto dos participantes, técnicos e comunidade em geral.

---

**Como serão tratadas as informações recolhidas a meu respeito?**

Os dados recolhidos serão mantidos separados da informação que o identifica, será criada uma chave descodificadora, guardada num local reservado e protegido de que só a investigadora terá acesso, se necessário. Todos os dados de saúde recolhidos e tratados serão anonimizados irreversivelmente e serão restritos às finalidades do estudo. O ficheiro tal como os dados recolhidos serão destruídos dois meses após a elaboração do relatório deste estudo.

---

**Como poderei obter mais informações?**

Para esclarecer qualquer questão ou obter mais informação sobre o estudo, pode contactar a investigadora responsável através do endereço eletrónico [carla.ferreira@ipvc.pt](mailto:carla.ferreira@ipvc.pt).

Caso concorde com a participação no estudo, pode guardar esta informação para si e preencha a folha seguinte, devolvendo-a ao(à) Investigador(a).

Agradecemos, desde já, a sua colaboração!

---

## Apêndice III - Consentimento

### Consentimento

O estudo “Literacia em Saúde Mental de pacientes com esquizofrenia” tem como principal objetivo medir os níveis de Literacia em Saúde Mental junto dos participantes acompanhados no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Pretende-se encontrar determinantes da Literacia em Saúde Mental em relação às características sociodemográficas, clínicas e Qualidade de Vida. Os seus dados serão mantidos separados da informação que o identifica, guardada num local reservado e protegido a que só a investigadora terá acesso, se necessário. O ficheiro tal como os dados recolhidos serão destruídos dois meses após a elaboração do relatório deste estudo. Este estudo é conduzido no âmbito da dissertação que será apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo para obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde. Para esclarecer qualquer questão ou obter mais informação sobre o estudo, pode contactar a investigadora responsável através do endereço eletrónico [carla.ferreira@ipvc.pt](mailto:carla.ferreira@ipvc.pt).

Eu, abaixo-assinado, \_\_\_\_\_  
(nome completo), compreendi a informação que me foi fornecida sobre o estudo “A Literacia em Saúde Mental de pacientes com esquizofrenia”, que está a ser conduzido na Escola Superior de Saúde do Instituto de Politécnico de Viana do Castelo e para o qual foi pedida a minha participação. Sei que poderei desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de dar justificações e sem que isso possa trazer-me quaisquer consequências.

Nestas circunstâncias, aceito / não aceito, participar neste estudo, tal como me foi apresentado pelo investigador(a);

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante:

\_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador:

\_\_\_\_\_

Gostaria de receber um resumo dos resultados globais do projeto?

Email ou contacto para receber resultados:

\_\_\_\_\_



## Apêndice IV – Estatística descritiva

Literacia em Saúde Mental										
										<i>n</i> = 55
<b>Pontuação total de 35 a 160 pontos – 35 itens</b>	Média (desvio padrão)		125,45 (12,49)							
	Moda		111,00							
	Mediana		125,00							
	Mínimo - Máximo		99,50-149							
<b>Reconhecimento das Perturbações mentais</b>	Muito improvável		Improvável		Provável		Muito provável		Não sabe / não responde	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Fobia Social	7,27	4	12,73	7	49,09	27	30,91	17	0	0
Perturbação de Ansiedade Generalizada	5,46	3	10,91	6	49,09	27	34,55	19	0	0
Perturbação depressiva Major	0	0	5,46	3	36,4	20	58,18	32	0	0
Perturbação da Personalidade	5,46	3	12,73	7	38,18	21	43,64	24	0	0
Distímia	0	0	5,46	3	47,27	26	21,82	12	25,46	14
Agorafobia	5,46	3	9,09	5	58,18	32	23,64	13	3,64	2
Perturbação Bipolar	5,46	3	5,46	3	20,00	11	65,46	36	3,64	2
Dependência de Substâncias	7,27	4	7,27	4	27,27	15	58,18	32	0	0
<b>Conhecimento na procura de informações relacionadas com a saúde mental</b>	Discordo fortemente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo fortemente	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Estou confiante de que sei onde procurar informações sobre perturbação mental.	21,82	12	3,64	2	7,27	4	25,46	14	41,82	23
Estou confiante que sei usar computador ou telefone para procurar informação sobre perturbação mental.	25,45	14	7,27	4	3,64	2	21,82	12	41,82	23
Estou confiante que consigo fazer contactos pessoais para procurar informação sobre perturbação mental (ex., médico família).	5,45	3	12,73	7	9,09	5	30,91	17	41,82	23
Estou confiante que tenho acesso a recursos (ex., médico de família, internet, amigos) para procurar informação sobre perturbação mental.	7,27	4	9,09	5	5,45	3	25,45	14	52,73	29
	Muito improvável		Improvável		Provável		Muito provável		Não sabe / não responde	

**Conhecimento sobre fatores de risco e as suas causas**

	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Mulheres têm maior probabilidade de experienciar uma perturbação mental de qualquer tipo quando comparadas com os homens.	40,00	22	18,18	10	27,27	15	14,55	8	0	0
Homens têm maior probabilidade de experienciar uma perturbação da ansiedade quando comparadas com as mulheres.	41,82	23	27,27	15	25,45	14	5,45	3	0	0

**Conhecimento sobre tratamento**

	Muito inútil		Inútil		Útil		Muito útil		Não sabe / não responde	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Em que medida considera útil para alguém melhorar a qualidade do sono, havendo dificuldade em gerir as emoções.	0	0	0	0	9,09	5	89,09	49	1,82	1
Em que medida considera útil para alguém evitar todas as atividades ou situações que fazem sentir ansiedade, em caso de existirem dificuldades em gerir emoções.	18,18	10	21,82	12	38,18	21	21,82	12	0	0

**Conhecimento sobre a ajuda profissional disponível**

	Muito improvável		Improvável		Provável		Muito provável		Não sabe / não responde	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Terapia Cognitivo Comportamental (TCC).	0	0	1,82	1	50,91	28	40,00	22	7,27	4
Quebra de confidencialidade quando há risco iminente em magoar-se a si ou aos outros.	9,09	5	14,55	8	16,36	9	60,00	33	0	0
Quebra confidencialidade para ajudar outros a apoiarem-no.	27,27	15	20,00	11	36,36	20	16,36	9	0	0

**Atitudes que promovem o reconhecimento e procura de ajuda apropriada**

	Discordo fortemente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo fortemente	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Pessoas com perturbação mental podiam "dar a volta por cima" se quisessem.	30,91	17	16,36	9	29,09	16	14,55	8	9,09	5

A perturbação mental é um sinal de fraqueza pessoal.	56,36	31	16,36	9	9,09	5	14,55	8	3,64	2
A perturbação mental não é uma doença médica real.	80,00	44	14,55	8	5,45	3	0	0	0	0
Pessoas com perturbação mental são perigosas.	21,82	12	12,73	7	52,73	29	9,09	5	3,64	2
É melhor evitar pessoas com perturbação mental de forma a não desenvolver este problema.	76,36	42	10,91	6	7,27	4	0	0	5,45	3
Se eu tivesse uma perturbação mental, não contaria a ninguém.	49,09	27	18,18	10	20,00	11	3,64	2	9,09	5
Consultar um profissional de saúde mental significa que não se é forte o suficiente para gerir as próprias dificuldades.	60,00	33	16,36	9	10,91	6	10,91	6	1,82	1
Se eu tivesse uma perturbação mental, não procurava ajuda de um profissional de saúde mental.	81,82	45	5,45	3	5,45	3	3,64	2	3,64	2
Acredito que o tratamento para perturbação mental, prestado por profissional de saúde mental, não seria eficaz.	63,64	35	23,64	13	9,09	5	0	0	3,64	2
			Definitivamente indisponível	Provavelmente indisponível	Nem indisponível nem disponível		Provavelmente disponível	Definitivamente disponível		
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Estaria disponível para mudar para a casa ao lado de alguém com perturbação mental?	25,45	14	10,91	6	23,64	13	10,91	6	29,09	16
Estaria disponível para passar uma tarde a socializar com alguém com uma perturbação mental?	10,91	6	1,82	1	7,27	4	27,27	15	52,73	29
Estaria disponível para ser amigo de alguém com uma perturbação mental?	3,64	2	0	0	5,45	3	34,55	19	56,36	31
Estaria disponível para ter alguém com perturbação mental a trabalhar junto de si?	7,27	4	1,82	1	20,00	11	30,91	17	40,00	22
Estaria disponível para ter alguém com perturbação mental casada com um familiar seu?	12,73	7	1,82	1	16,36	9	29,00	16	40,00	22

Estaria disponível para votar num político que soubesse que tinha sofrido de uma perturbação mental?	27,27	15	9,09	5	14,55	8	20,00	11	29,09	16
Estaria disponível para empregar alguém se soubesse que tinha tido uma perturbação mental?	7,27	4	1,82	1	16,36	9	34,55	19	40,00	22

<b>Qualidade de Vida - EQ5D</b>	<b>Média (desvio padrão)</b>	<b>Mínimo - Máximo</b>
	0,86 (0,13)	0,57 – 1,00
<b>Dimensão da Mobilidade</b>	<i>n</i> = 55	%
Não tenho problemas em andar	43	78,18
Tenho problemas ligeiros em andar	9	16,36
Tenho problemas moderados em andar	2	3,64
Tenho problemas graves em andar	1	1,82
Sou incapaz de andar	0	0
<b>Dimensão dos Cuidados pessoais</b>		
Não tenho problemas em me lavar ou vestir	44	80,00
Tenho problemas ligeiros em me lavar ou vestir	8	14,54
Tenho problemas moderados em me lavar ou vestir	3	5,46
Tenho problemas graves em me lavar ou vestir	0	0
<b>Dimensão das Atividades habituais</b>		
Não tenho problemas em desempenhar as minhas tarefas habituais	37	67,27
Tenho problemas ligeiros em desempenhar as minhas tarefas habituais	11	20,00
Tenho problemas moderados em desempenhar as minhas tarefas habituais	6	10,91
Tenho problemas graves em desempenhar as minhas tarefas habituais	1	1,82
Sou incapaz de desempenhar as minhas tarefas habituais	0	0
<b>Dimensão Dor / mal-estar</b>		
Não tenho dores ou mal-estar	26	47,27
Tenho dores ou mal-estar ligeiros	14	25,46
Tenho dores ou mal-estar moderados	14	25,46
Tenho dores ou mal-estar graves	1	1,82
Tenho dores ou mal-estar extremos	0	0
<b>Dimensão Ansiedade / Depressão</b>		
Não estou ansioso/a ou deprimido/a	15	27,28
Estou ligeiramente ansioso/a ou deprimido/a	18	32,73
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	17	30,91
Estou gravemente ansioso/a ou deprimido/a	4	7,27
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a	1	1,82

<b>Características sociodemográficas</b>		<b>n = 55</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>	Média (desvio padrão)	48,53 (10,44)	
	Mínimo - máximo	27 - 75	
<b>Sexo</b>	Mulheres	20	36,40
	Homens	35	63,60
<b>Estado civil</b>	Solteiro	38	69,10
	Casado / União de Facto	6	10,90
	Divorciado / Separado	8	14,50
	Viúvo	3	5,50
<b>Situação face ao Emprego</b>	Desempregado	8	14,50
	Desempregado com rendimentos/prestações	23	41,80
	A trabalhar a tempo inteiro ou parcial	5	9,10
	A trabalhar a tempo inteiro ou parcial e com rendimentos/prestações	6	10,90
	Estudante	0	0
	Reformado/pensionista	13	23,60
<b>Profissão</b>	Outro	0	0
	Setor primário (mineração e agricultura)	5	9,10
<b>Escolaridade</b>	Setor secundário (indústria)	16	29,10
	Setor terciário (serviços e comércio)	34	61,80
	Sem escolaridade	0	0
<b>Agregado familiar</b>	1 a 4 anos de escolaridade	3	5,50
	6 a 7 anos de escolaridade	8	14,50
	8 a 9 anos de escolaridade	8	14,50
	10 a 12 anos de escolaridade	20	36,40
	Mais de 12 anos de escolaridade	16	29,10
	Vive só	13	23,60
<b>Situação económica mensal</b>	Família Nuclear (pai, mãe, filhos)	14	25,50
	Família Monoparental (pai ou mãe, filhos)	14	25,50
	Família Extensa (avó/avô, pais, filhos, tios, primos)	9	16,40
	Regime de Coabitação (partilha de habitação com não familiares)	5	9,10
	Entre 0€ e 300€	27	49,10
<b>Características clínicas</b>	Entre 301€ e 600€	13	23,60
	Entre 601€ e 900€	10	18,20
	Desde 901€ ou mais	5	9,10
	<b>História de doença mental na família</b>		
<b>Diagnóstico</b>	Sim	32	58,20
	Não	23	41,80
<b>Diagnóstico</b>	Esquizofrenia	46	83,60
	Esquizoafetiva	9	16,40

<b>Número de anos de acompanhamento</b>	Média (desvio padrão)	15,71 (7,20)	
	Mínimo - Máximo	3 - 28	
<b>Regularidade nas consultas em nº de faltas</b>	Média (desvio padrão)	6,78 (6,21)	
	Mínimo - Máximo	0 - 31	
	0	4	7,30
	1 a 4	20	36,40
	5 a 8	16	39,10
	9 ou mais	15	27,30
<b>Regularidade nas consultas em tipo de falta</b>	Não aplicável ou sem faltas	9	16,40
	Interpoladas	25	45,50
	Seguidas e interpoladas	21	38,20
<b>Tratamento injetável de longa duração</b>	Sim	54	98,20
	Não	1	1,80
<b>Número de internamentos em psiquiatria</b>	Média (desvio padrão)	3,75 (3,79)	
	Mínimo - Máximo	0 - 20	
	0	4	7,30
	1 a 3	29	52,70
	4 a 6	15	27,30
	7 ou mais	7	12,70
<b>Número de observações no Serviço de Urgência</b>	Média (desvio padrão)	7,05 (10,19)	
	Mínimo - Máximo	0 - 69	
	0	6	10,90
	1 a 4	21	38,20
	5 a 8	12	21,80
9 ou mais	16	29,10	
<b>Número de observações compulsivas no Serviço de urgência</b>	Média (desvio padrão)	0,93 (1,40)	
	Mínimo - Máximo	0 - 6	
	0	28	50,90
	1	17	30,90
	2 a 3	6	10,90
4 ou mais	4	7,30	

## Apêndice V - Estatística inferencial

LSM face às variáveis sociodemográficas	Grupos	n	Média ± desvio padrão	Testes estatísticos	p 0,05
Sexo	Homens	35	124,41 ± 12,61	<i>t Student</i> = 0,81	0,42
	Mulheres	20	127,25 ± 12,38		
Idade	18 a 49 anos de idade	30	126,79 ± 2,21	<i>t Student</i> = 0,87	0,39
	50 a 75 anos de idade	25	123,84 ± 13,03		
Estado civil	Solteiros	38	124,84 ± 11,25	<i>F</i> = 0,58	0,56
	Casados ou unidos de facto	6	130,67 ± 12,32		
	Viúvos, divorciados e separados	11	124,68 ± 16,73		
Situação face ao emprego	Desempregados com e sem prestações	31	124,85 ± 12,64	<i>t Student</i> = -0,40	0,70
	A trabalhar com e sem prestações e, reformados	24	126,21 ± 12,52		
Escolaridade	Até 9 anos de escolaridade	19	117,21 ± 9,47	<i>t Student</i> = 4,02	0,001
	10 ou mais anos de escolaridade	36	129,79 ± 11,76		
Tipologia de agregado familiar	Sozinhos	13	121,92 ± 12,33	<i>t Student</i> = -1,17	0,25
	A residir com família ou em regime de coabitação	42	126,54 ± 12,48		
Situação económica	0€ - 300€	27	124,22 ± 2,44	<i>F</i> = 1,81	0,16
	301€ - 600€	13	121,92 ± 3,01		
	601€ e 900€	10	133,25 ± 3,43		
	900€ ou mais	5	125,60 ± 6,99		
<b>LSM face às variáveis clínicas</b>					
História de doença mental na família	Sim	32	127,22 ± 12,67	<i>t Student</i> = 1,25	0,22
	Não	23	122,98 ± 12,08		
Número de anos de acompanhamento em psiquiatria no SLSM	Número total de anos de acompanhamento			<i>r<sub>p</sub></i> = -0,17	0,22
Números de faltas às consultas de psiquiatria no SLSM	0 faltas	4	134,38 ± 7,09	<i>F</i> = 0,93	0,43
	1 a 4 faltas	20	123,55 ± 3,24		
	5 a 8 faltas	16	124,34 ± 4,13		
	9 ou mais faltas	15	126,70 ± 10,39		
Número de internamentos no SLSM	Valor total de internamentos	55		<i>r<sub>s</sub></i> = -0,19	0,16
Número de observações por psiquiatria no S.U.	Valor total de observações	55		<i>r<sub>s</sub></i> = 0,04	0,75
Número de observações compulsivas no S.U.	0 e 1 observação	45	126,46 ± 12,29	<i>t Student</i> = 1,28	0,21
	2 ou mais observações	10	120,90 ± 13,03		
<b>LSM face à Qualidade de Vida</b>					
	Score total EQ5D5L	55		<i>r<sub>p</sub></i> = -0,06	0,26

## Apêndice VI - Testes de normalidade

<b>Testes de normalidade distribuição das variáveis</b>				
Literacia em Saúde Mental score total				
Assimetria		0,03	0,32	0,11
Curtose		-0,64	0,63	-1,01
Idade				
Assimetria		0,16	0,32	0,49
Curtose		-0,07	0,63	-0,11
Anos de acompanhamento em psiquiatria no SLSM				
Assimetria		-0,26	0,32	-0,81
Curtose		-1,16	0,63	-1,83
Número de faltas a consulta externa de psiquiatria				
Assimetria		2,76	0,32	8,58
Curtose		9,60	0,63	15,14
Número observações Serviço de Urgência de Psiquiatria				
Assimetria		4,47	0,32	13,88
Curtose		25,54	0,63	40,28
Número de observações compulsivas no Serviço de Urgência				
Assimetria		2,07	0,32	6,43
Curtose		4,20	0,63	6,62
Número internamentos no SLSM				
Assimetria		2,76	0,32	8,58
Curtose		9,60	0,63	15,15
Qualidade de Vida				
Assimetria		-0,91	0,32	-2,84
Curtose		-0,25	0,63	-0,40
<b>Testes de normalidade distribuição das variáveis agrupadas</b>				
Idade				
Assimetria	18 a 49 anos	0,05	0,43	0,11
Curtose		-0,54	0,84	-0,65
Assimetria	50 a 75 anos	0,08	0,47	0,17
Curtose		-0,68	0,90	-0,75
Sexo				
Assimetria	Homens	0,21	0,40	0,54
Curtose		-0,80	0,78	-1,03
Assimetria	Mulheres	-0,29	0,51	-0,57
Curtose		0,21	0,99	0,21
Estado civil				
Assimetria	Solteiros	-0,04	0,85	-0,05
Curtose		-0,37	1,74	-0,22



Assimetria	Casados e Unidos de Facto	0,09	0,38	0,23
Curtose		-0,45	0,75	-0,60
Situação face ao emprego				
Assimetria	Desempregados	0,31	0,42	0,71
Curtose		-0,51	0,82	-0,63
Assimetria	Trabalhar a tempo inteiro ou parcial e reformados	-0,32	0,47	-0,68
Curtose		-0,51	0,92	-0,56
Escolaridade				
Assimetria	Até 9 anos de escolaridade	0,32	0,52	0,62
Curtose		0,60	1,01	0,59
Assimetria	10 ou mais anos de escolaridade	-0,31	0,39	0,79
Curtose		-0,31	0,77	0,41
Tipologia do agregado familiar				
Assimetria	A residir só	-0,37	0,62	-0,59
Curtose		-1,07	1,19	-0,90
Assimetria	A residir com família ou em regime de coabitação	0,12	0,37	0,34
Curtose		-0,70	0,72	-0,98
Número de anos de acompanhamento				
Assimetria	3 a 15 anos de acompanhamento	-0,30	0,45	-0,67
Curtose		-0,68	0,87	-0,78
Assimetria	16 ou mais anos de acompanhamento	0,42	0,44	0,96
Curtose		-0,21	0,86	-0,25
Número de faltas à consulta externa de psiquiatria				
Assimetria	0 faltas	-1,41	1,01	-1,39
Curtose		3,22	2,62	1,23
Assimetria	1 a 4 faltas	-0,27	0,51	-0,53
Curtose		-0,64	0,99	-0,65
Assimetria	5 a 8 faltas	0,78	0,56	1,39
Curtose		-0,80	1,09	-0,74
Assimetria	9 a 31 faltas	0,17	0,58	0,30
Curtose		0,26	1,12	0,23
Número de internamentos em psiquiatria				
Assimetria	0 internamentos	1,05	1,01	1,04
Curtose		1,92	2,62	0,73
Assimetria	1 a 3 internamentos	-0,24	0,43	-0,54
Curtose		0,09	0,85	0,10
Assimetria	4 a 6 internamentos	0,39	0,58	0,67
Curtose		-1,22	1,12	-1,09
Assimetria	7 a 20 internamentos	-0,16	0,79	-0,20
Curtose		0,12	1,59	0,07
Número de observações no Serviço de Urgência de psiquiatria				
Assimetria	0 observações	-0,62	1,741	-0,37

Curtose		0,79	0,845	0,94
Assimetria	1 a 4 observações	-0,47	0,972	-0,49
Curtose		-0,02	0,501	-0,04
Assimetria	5 a 8 observações	-0,44	1,232	-0,36
Curtose		0,24	0,637	0,37
Assimetria	9 a 69 observações	-0,69	1,091	-0,63
Curtose		-0,08	0,564	-0,15
Número de observações compulsivas				
Assimetria	0 a 1 observação	0,13	0,35	0,36
Curtose		-0,61	0,70	-0,87
Assimetria	2 ou mais observações	-0,30	0,69	-0,43
Curtose		-1,82	1,33	-1,36
LSM face à EQ5D				
Assimetria		0,03	0,32	0,11
Curtose		-0,64	0,63	-1,01