



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIATRIA**

**Literacia em Saúde Mental dos Enfermeiros que Trabalham em  
Serviço de Urgência**

Lisa da Conceição Rodrigues Neves

Coimbra, setembro de 2022





# **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**

## **MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

**Literacia em Saúde Mental dos Enfermeiros que Trabalham em  
Serviço de Urgência**

Lisa da Conceição Rodrigues Neves

Orientador: Professor Doutor Luís Manuel de Jesus Loureiro, ESEnC

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
para obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Coimbra, setembro de 2022



“Quem não sabe o que busca, não identifica o que acha.”

Immanuel Kant



## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Luís Manuel de Jesus Loureiro pela orientação, disponibilidade e partilha de conhecimentos.

Aos enfermeiros que trabalham nos serviços de urgência do Centro Hospitalar de Leiria pela disponibilidade em colaborar neste estudo.

Aos meus colegas e amigos de equipa pela paciência e incentivo.

Aos meus pais por estarem sempre por perto.

Ao Daniel, Tomás e Mateus por não me deixarem desistir.

Muito Obrigado!



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 5ª Edição

HABLO – Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça

HDP – Hospital Distrital de Pombal

HSA - Hospital Santo André

ICDM – Inventário de Crenças sobre a Doença Mental

ICSP - Inventário de Crenças sobre Psicofármacos

LSM – Literacia em Saúde Mental

LSMq – Questionário de Literacia em Saúde Mental

MHFA – Mental Health First Aid

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PASM – Primeira Ajuda em Saúde Mental

PSSM – Primeiros Socorros em Saúde

QuALiSMental – Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

SU – Serviço de Urgência



## RESUMO

**Enquadramento:** Literacia em saúde mental (LSM) é definida como as “as crenças e conhecimentos acerca dos problemas e perturbações mentais que permitem o seu reconhecimento, gestão e prevenção” no quotidiano (Jorm, 2000). Níveis elevados de LSM permitem o reconhecimento das perturbações mentais e podem promover a procura de ajuda em saúde mental. Os enfermeiros são agentes importantes neste processo, por isso é essencial conhecer o seu nível de LSM, sendo que os que trabalham em serviço de urgência (SU), exercem atividade em ambientes complexos que estão ligados a riscos psicossociais. Simultaneamente tem sido referido que se observam níveis elevados de sintomatologia depressiva nos enfermeiros portugueses (Sampaio et al., 2020).

**Objetivo:** O objetivo deste estudo é avaliar o nível de LSM acerca da depressão, a partir de uma amostra de enfermeiros que trabalham em SU do Centro Hospitalar de Leiria (CHL).

**Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo de nível I, descritivo-exploratório recorrendo a uma amostra não probabilística intencional composta por enfermeiros que trabalham em SU do CHL (n=136). Foi aplicado o QuALiSMental na versão validada para a população portuguesa (Loureiro, 2015) na versão para a depressão incluindo ainda, o Inventário de Crenças sobre os Psicofármacos e a versão breve do Inventário de Crenças de Doença Mental (Loureiro, 2008)

**Resultados:** Dos enfermeiros da amostra, 91,9% assinalam o rótulo depressão, sendo que 77,9% referiram intenção de procura de ajuda em saúde mental numa situação idêntica à descrita na vinheta. O psicólogo e o psiquiatra são os profissionais mais uteis seguido do enfermeiro e a toma de antidepressivo como um psicofármaco benéfico. As estratégias de autoajuda mais eficazes identificadas são a ajuda especializada em saúde mental, prática de exercício físico e o relaxamento. Os enfermeiros mostram competências para prestar a primeira ajuda em saúde mental, mas com necessidade de melhoria de conhecimento a nível das tendências suicidas. Mostram conhecimentos de como prevenir as doenças mentais, mas com espaço para melhoria deste conhecimento. Os participantes acreditam mais nos efeitos positivos dos psicofármacos, na reabilitação psicossocial dos doentes, mas também creem na incurabilidade da doença mental.

**Conclusão:** Os enfermeiros têm níveis satisfatórios de LSM acerca da depressão com necessidades formativas identificadas. É necessário desenvolver programas de LSM dirigidos a enfermeiros que trabalham em SU.

**Palavras-chave:** Literacia em Saúde Mental; Depressão; Enfermagem; Serviço de Urgência

## **ABSTRACT**

**Background:** Mental health literacy is defined as “the beliefs and knowledge of mental problems and disorders that allow their recognition, management and prevention” in everyday life (Jorm, 2000). Higher levels of mental health literacy allow recognition of mental disorders and may promote mental health assistance. Nurses are important agents in this process, so it is essential to know their level of mental health literacy, and those who work in the emergency department, these complex environments are linked to psychosocial risks. At the same time, it has been reported that higher levels of depressive symptoms have been observed in Portuguese nurses (Sampaio et al., 2020).

**Objective:** The objective of this study is to evaluate the level of mental health literacy about depression, from a sample of nurses working in the emergency department at Leiria Hospital Center.

**Methods:** This is a quantitative, level I, descriptive-exploratory study using an intentional non-probabilistic sample composed of nurses working in the emergency department of the Leiria Hospital Center (n=136). The QuALiSMental was applied in the version validated for the Portuguese population (Loureiro, 2015) in the version for depression, including the Inventory of Beliefs on Psychotropic Drugs and the brief version of the Inventory of Beliefs in Mental Illness (Loureiro, 2008).

**Results:** Of the nurses in the sample, 91.9% indicated the label depression, with 77.9% reporting an intention to seek help in mental health in a situation similar to that described in the vignette. The psychologist and the psychiatrist are referred to as the most useful professionals, followed by the nurse and taking antidepressants as a beneficial psychotropic drug. The most effective self-help strategies identified are specialist mental health help, physical exercise, and relaxation. Nurses show satisfactory skills to provide first aid in mental health but need to improve knowledge about suicidal tendencies. They show knowledge of how to prevent mental illness but with room for improvement of this knowledge. Participants believe more in the positive effects of psychotropic drugs, in the psychosocial rehabilitation of patients, but also believe in the incurability of mental illness.

**Conclusion:** Nurses have satisfactory levels of mental health literacy on depression with identified training needs. It is necessary to develop mental health literacy programs aimed at nurses working in emergency department.

**Keywords:** Mental Health Literacy; Depression; Nursing; Emergency Department

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição absoluta e percentual da variável familiaridade com a doença mental.....	42
<b>Tabela 2</b> – Vinheta com a descrição de problema/perturbação mental do QuALiSMental.....	43
<b>Tabela 3</b> - Distribuição absoluta e percentual dos rótulos assinalados na componente de reconhecimento do problema/perturbação mental.....	47
<b>Tabela 4</b> - Distribuição absoluta e percentual dos rótulos assinalados para as barreiras à procura de ajuda à saúde mental.....	48
<b>Tabela 5</b> - Distribuição percentual das respostas assinaladas sobre ajuda profissional e tratamentos.....	49
<b>Tabela 6</b> - Distribuição percentual das respostas assinaladas sobre estratégias de autoajuda.....	50
<b>Tabela 7</b> - Distribuição percentual das respostas assinaladas sobre competências para prestar apoio e dar primeira ajuda.....	51
<b>Tabela 8</b> - Distribuição percentual das respostas assinaladas acerca do modo prevenir problemas e perturbações mentais.....	52
<b>Tabela 9</b> - Estatística resumo relativo aos itens da escala de avaliação das crenças acerca dos psicofármacos.....	53
<b>Tabela 10</b> - Estatística resumo relativo aos itens do Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais.....	54
<b>Tabela 11</b> - Estatística resumo relativo às crenças acerca das doenças e doentes mentais e crenças relativas aos efeitos dos psicofármacos.....	55



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
<b>1. LITERACIA EM SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>19</b>
1.1. EVIDÊNCIA PRODUZIDA SOB LITERACIA EM SAÚDE MENTAL.....	26
1.2. CRENÇAS SOBRE A DOENÇA MENTAL.....	31
<b>2. SER ENFERMEIRO NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA E A SUA SAÚDE MENTAL</b>	<b>33</b>
2.1. CUIDAR NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	35
2.2. SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS.....	37
<b>CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>41</b>
<b>1. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>41</b>
<b>2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>41</b>
<b>3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....</b>	<b>41</b>
<b>4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....</b>	<b>42</b>
<b>5. PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....</b>	<b>46</b>
<b>6. TRATAMENTO DOS DADOS .....</b>	<b>46</b>
<b>CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....</b>	<b>47</b>
<b>1. LITERACIA EM SAÚDE MENTAL E AS SUAS COMPONENTES .....</b>	<b>47</b>
1.1. RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS E PERTURBAÇÕES MENTAIS DE MODO A PROMOVER E FACILITAR A PROCURA DE AJUDA.....	47
1.2. CONHECIMENTOS SOBRE A AJUDA PROFISSIONAL E TRATAMENTOS DISPONÍVEIS.....	48

1.3. CONHECIMENTOS SOBRE ESTRATÉGIAS DE AUTOAJUDA EFICAZES.....	49
1.4. CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS PARA PRESTAR APOIO E DAR A PRIMEIRA AJUDA A OUTROS.....	50
1.5. CONHECIMENTO ACERCA DO MODO DE PREVENIR OS PROBLEMAS E PERTURBAÇÕES MENTAIS.....	51
<b>2. CRENÇAS DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....</b>	<b>52</b>
2.1. CRENÇAS ACERCA DOS EFEITOS DOS PSICOFÁRMACOS.....	52
2.2. CRENÇAS SOBRE A DOENÇA MENTAL.....	53
2.3. RESUMO DAS CRENÇAS DOS ENFERMEIROS SOBRE A DOENÇA MENTAL E CRENÇAS RELATIVAS AOS EFEITOS DOS PSICOFÁRMACOS.....	55
<b>CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>56</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>74</b>

## **ANEXOS**

**ANEXO I** – Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental

**ANEXO II** – Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria

## INTRODUÇÃO

A saúde mental é definida como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo desempenha as suas capacidades, pode lidar com o stress, trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para a sua comunidade” (OMS, 2001b, p.1). Independentemente do género, idade ou contexto qualquer pessoa poderá ao longo da vida vir a ser afetada por algum tipo de perturbação ou doença mental.

Segundo os dados estatísticos do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida & Xavier, 2013), os portugueses apresentam níveis elevados de perturbações mentais, com uma das prevalências mais elevadas da Europa com restrições no acesso a cuidados de saúde mental adequados. Os dados do Ministério da Saúde em 2016 continuavam a apontar no mesmo sentido, 1 em cada 5 portugueses sofreu uma doença psiquiátrica e quase metade teve uma perturbação mental durante a vida (Ministério da Saúde, 2018). A OMS (2013), corrobora esta tendência preocupante em que cerca de 450 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de doença mental e que 1 em cada 4 pessoas irá desenvolver uma perturbação mental ao longo da sua vida.

De forma a dar resposta a esta problemática e desafio mundial, a OMS (2013) constituiu o Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2030 cujos principais objetivos são o fortalecimento da liderança e governação para a saúde mental; oferecer serviços de saúde mental comunitários de forma abrangente, integrada e responsiva; implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental e fortalecer sistemas de informação, evidências e pesquisa em saúde mental.

Portanto, é fundamental se não mesmo urgente, a implementação de medidas e projetos que visem não apenas a prevenção da doença mental, mas sobretudo a promoção da saúde mental ao longo de todo o ciclo vital nomeadamente através da promoção de literacia em saúde mental (LSM) nos mais variados grupos e contextos da sociedade.

A LSM é definida como as “crenças e conhecimentos acerca dos problemas e perturbações mentais que permitem o seu reconhecimento, gestão e prevenção” (Jorm, 2000). Um nível reduzido de LSM implica dificuldades no reconhecimento de problemas mentais, podendo mesmo comprometer a procura de ajuda e o sucesso dos tratamentos.

No caso dos enfermeiros que trabalham em SU assim como as pessoas que recorrem em situações de doença, crise ou situação limite/emergente, é importante conhecer os seus níveis de LSM.

Os SU são um terreno propício, quer pelo número elevado de atendimentos quer pela tipologia de situações, ao reconhecimento de possíveis problemas do foro mental por parte dos enfermeiros que lá prestam cuidados. Este serviço caracteriza-se por uma dinâmica própria, de alta complexidade, imprevisibilidade, com problemas de sobrelotação, recursos físicos e humanos desadequados e insuficientes (Almeida & Pires, 2007; citado por Brazão, Nóbrega, Bebiano & Carvalho 2016). Esta realidade de grande responsabilidade, de cuidado ao outro de forma contínua em que o enfermeiro lida frequentemente com o sofrimento humano pode levar a riscos psicossociais importantes comprometendo tanto a qualidade dos cuidados como a própria saúde mental dos enfermeiros (Ilić et al., 2017; Abdul Rahman et al., 2017; citado por Meira & Coelho, 2019). Estudos têm vindo a demonstrar que os enfermeiros portugueses apresentam maiores níveis de depressão, ansiedade e stresse, quando comparados com a população geral portuguesa (Sampaio, Sequeira & Teixeira, 2020).

O estudo desta temática surge da necessidade de produzir evidência científica sobre a LSM de enfermeiros portugueses que exercem a atividade nos SU. Neste sentido o objetivo deste estudo é avaliar o nível de LSM acerca da depressão, a partir de uma amostra de enfermeiros que trabalham nos SU do CHL.

A dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo faz o enquadramento teórico das temáticas em estudo: a LSM, os seus componentes e a evidência produzida, as crenças sobre a doença mental, contextualização da prática do enfermeiro num SU e a saúde mental deste. O segundo capítulo corresponde à metodologia de investigação (desenho e questão de investigação, caracterização da amostra, instrumento de colheita de dados, procedimentos desta e o seu tratamento estatístico). No terceiro capítulo faz-se a apresentação dos dados obtidos em cada uma das componentes da LSM acerca da depressão e das crenças acerca da doença mental. O quarto capítulo contém a discussão dos resultados obtidos e termina-se a dissertação com a conclusão.

## **CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEORICO**

### **1. LITERACIA EM SAUDE MENTAL**

O conceito de literacia em saúde surgiu pela primeira vez em 1974 por Scott Simonds que o ligou à educação para a saúde sem estar associado ao nível de habilitação literária do individuo. Na década de 90 o governo australiano aproveitou este conceito para a promoção e educação da comunidade para a saúde para que a mesma conseguisse decidir sobre a sua saúde de forma mais informada (Pedreiro, 2013).

A literacia em saúde é definida pela OMS (1998) como:

A obtenção de um nível de conhecimento, aptidões pessoais e confiança para agir no melhoramento da saúde pessoal e da comunidade, mudando estilos de vida pessoais e condições de vida. (...) ao melhorar o acesso das pessoas à informação sobre saúde, e sua capacidade para a usar de forma efetiva, a literacia na saúde é crítica para a capacitação das populações. (p.19)

Loureiro et al. (2012) acrescenta que a literacia em saúde pode ser compreendida como um conjunto de competências cognitivas, sociais e capacidades que possibilita a pessoa aceder, compreender e utilizar a informação na área da saúde tratando-se assim de um processo dinâmico. Esta tem sido considerada como uma dimensão essencial para os programas de promoção da saúde assim como da prevenção das doenças mentais e como condição elementar para o exercício ativo, participativo e alargado da cidadania em saúde das pessoas, grupos e comunidades. O acesso à informação em saúde e a capacidade individual de a utilizar ao ser incrementada vai levar a uma maior capacitação das pessoas para agir ativamente no seu processo de saúde e da comunidade em que se insere (OMS, 1998).

Para Nutbeam, (2000), o aumento de literacia em saúde vai para além de promover estilos de vida mais saudáveis, vai permitir o correto uso dos serviços de saúde e a adesão aos tratamentos instituídos. Para o mesmo autor, (Nutbeam, 2009, citado Loureiro et al., 2012), a literacia é relevante como é de complexo sendo constituída por dois fatores: as tarefas (como a pessoa consegue concretizar tarefas chave) e as competências (nível de conhecimento e aptidão que a pessoa necessita para concretizar a tarefa) promovendo autonomia, capacitação e empoderamento individual.

Os indivíduos com um nível de literacia em saúde insuficiente, ou reduzido, relatam maiores limitações nas atividades de vida diárias e uma saúde física e mental inferior (Wolf, Gazmararian & Baker, 2005 citado por Correia, 2012).

Nutbeam (2000) descreve existirem três níveis de literacia em saúde:

- Funcional (ou básica) – a pessoa tem competência para funcionar nas suas atividades diárias, consegue ler e escrever;
- Interativa (comunicacional) – a pessoa tem um nível de literacia mais elevado e possui aptidões cognitivas e sociais que são usadas para participar nas atividades diárias para retirar informação e seus significados e aplicar essa nova informação;
- Crítica – relacionado com as competências cognitivas mais evoluídas que juntamente com as aptidões sociais, serão aproveitadas para fazer uma análise crítica à informação e usar esta para ter um maior controlo sobre as ocorrências e situações de vida.

Ao longo destes três níveis a pessoa vai se desenvolvendo rumando à sua autonomia. No primeiro nível tem um papel passivo, no segundo um papel ativo e no terceiro um papel pró-ativo. Os beneficiários também vão se alterando passando de um benefício individual para o benefício coletivo (Nutbeam, 2000). Mancuso (2008) vai ao encontro desta visão dizendo que o aumento da literacia em saúde tem a possibilidade de influenciar tanto o indivíduo como a comunidade.

Ainda segundo Mancuso (2008), a literacia é um processo que se desenvolve ao longo da vida, não é estática e que abrange três atributos interligados entre eles:

- Capacidade – relacionado com as competências adquiridas pela educação e cultura pelo processo de aprendizagem;
- Compreensão – união de diversos fatores que levam à interpretação e compreensão da informação existente e disponível de forma crítica;
- Comunicação – troca de informação para informar e influenciar decisões relacionadas com a saúde.

A comunicação em saúde vai ao encontro do estudo e do recurso a estratégias de comunicação para informar e influenciar as determinações das pessoas tendo como objetivos a promoção da sua saúde e educação para a mesma evitando riscos e apoiar no confronto com as ameaças, prevenção de doenças, aconselhamento para a modificação de comportamentos, recomendação de exames para rastreio e informar sobre exames médicos e seus resultados, dar informação sobre saúde e doenças,

sugerir formas de prevenção e atividades de autocuidado (Teixeira, 2004, citado por Loureiro et al., 2012). O enfermeiro na sua relação terapêutica utiliza como arma basilar a comunicação acrescentando ainda a capacidade da empatia e do respeito pelo outro.

Para Mancuso (2008), baseando-se em diversos estudos, o baixo nível de literacia pode levar a:

- Aumento dos custos em cuidados de saúde;
- Baixo ou imprecisão no conhecimento sobre doenças e tratamentos;
- Capacidade de autogestão diminuída;
- Diminuição da capacidade de cuidado de indivíduos em situação crónica;
- Erros medicamentosos;
- Dificuldade em utilizar o sistema de saúde de forma adequada.

Uma maior literacia em saúde melhora a utilização dos serviços de saúde mental que conduz a melhores resultados (Dias, Campos, Almeida & Palha, 2018).

A investigação mostra que a literacia em saúde é um dos preditores mais importantes para a previsão da situação de saúde do indivíduo tal como as condições sociais e económicas, a idade ou a etnia a que pertence (Williams, Baker, Parker Nurss, 1998; Lindau et al., 2002; Schillinger et al., 2002; Parker, Ratzen Lurie, 2003, citado por Pedreiro, 2013).

Assim, torna-se fundamental compreender o conceito de literacia, literacia em saúde para perceber o conceito de LSM que necessita cada vez mais de ser realçado pelo elevado e crescente aumento da prevalência de problemas de saúde mental.

A LSM é um conceito que nos últimos anos têm adquirido uma maior relevância quer pelo aumento da investigação realizada sobre a temática quer pela maior atenção que os profissionais de saúde têm demonstrado na sua prática a esta questão. A área da saúde mental é uma das áreas com maiores alterações ao longo dos tempos quer a nível científico ou no domínio profissional, a nível da opinião pública e publicada (Loureiro et al., 2012).

O conceito de LSM surgiu em 1997, na Austrália por Anthony Jorm que a definiu como “as crenças e conhecimentos acerca dos problemas e perturbações mentais que permitem o seu reconhecimento, gestão (no sentido do autocuidado) e prevenção” (Jorm, 2012; Loureiro & Abrantes, 2014; Jorm, 2014 citado por Loureiro, 2015, p.80) e capacita os indivíduos a gerir a sua condição de saúde mental a longo prazo (Public Health England, 2015, citado por Marques, 2020).

Mais tarde, Kusan (2013), citado por Jorm, (2020) definiu LSM como o conhecimento autocriado e obtido com o qual a pessoa negocia a sua saúde mental, incluindo conceitos da psicologia positiva como a resiliência, a salutogénese e mindfulness.

Em 2016, Kutcher, Wei e Coniglio, citado por Jorm, (2020) alargou o conceito de LSM como sendo a compreensão em como alcançar e preservar uma saúde mental positiva; compreender perturbações mentais e os seus tratamentos; reduzir o estigma ligado à doença mental, evidenciar a eficácia da procura de ajuda (onde e quando) e desenvolver competências de autogestão e autocuidado da saúde mental.

A LSM é composta por um conjunto de componentes que são (Jorm, 2012):

- a) O reconhecimento das perturbações mentais de forma a promover a procura de ajuda em saúde mental;
- b) O conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis;
- c) O conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda;
- d) O conhecimento e as competências para prestar primeira ajuda e apoio aos outros;
- e) O conhecimento da forma como se podem prevenir as perturbações mentais.

Relativamente à primeira componente da LSM, o reconhecimento das perturbações mentais de forma a promover a procura de ajuda, sabemos que um indivíduo com LSM adequado é capaz de reconhecer as doenças mentais no próprio ou nos outros e pode procurar ou recomendar apoios apropriados à situação. Níveis elevados de LSM aumentam a probabilidade das doenças mentais serem identificadas, promovendo intervenções com profissionais adequados (Kelly, Jorm & Wright, 2007). Assim uma baixa ou inexistente LSM pode comprometer o reconhecimento dos sinais e a desvalorização dos sintomas, tendo por isso implicações na saúde mental. (Pedreiro, 2013).

O reconhecimento das doenças mentais é essencial pois a inabilidade de o fazer pode levar à demora na procura de ajuda adequada, complicações na adesão aos tratamentos, recurso a intervenções desadequadas, dificuldades a nível comunicacional com os profissionais de saúde (Jorm, 2000) assim como comportamentos de procura de ajuda desadequados ou ausentes (Gouveia, 2012) enquanto a sintomatologia se agrava continuamente, comprometendo o sucesso das intervenções.

As pessoas com problemas de saúde mental e doenças mentais, pelas próprias características da doença, podem ter limitações na capacidade de reconhecer o problema e retardar a decisão de pedir ajuda (Loureiro et al., 2014). Este comportamento de procura de ajuda pode ser provocado também pelo deficit de

conhecimento sobre a oferta de serviços de saúde mental, nomeadamente os profissionais disponíveis e adequados para ajudar e quais as escolhas de tratamento existentes (Cotton et al., 2006 citado por Loureiro et al., 2012). Em alguns casos, a própria pessoa pode não saber que está a sofrer de um problema relacionado com a sua saúde mental.

Para Rosa, Loureiro e Sousa (2014) o baixo nível de LSM manifesta-se como uma causa determinante para a ausência de procura de ajuda. Portanto, o reconhecimento precoce e a procura de ajuda apropriada são decisivas para a melhoria dos resultados em saúde da pessoa e o sucesso dos tratamentos instituídos (Sousa, 2015), logo, é fundamental que aqueles que se encontram junto destes doentes (nomeadamente os enfermeiros) sejam capazes de identificar as alterações de forma precoce para aceder ao melhor tipo de ajuda também ela de forma célere. Estes são três aspetos relacionados com a procura de ajuda que resulta da evidência científica existente (Jorm, 2014): Muitos indivíduos não procuram ajuda ou protelam a sua procura; as demoras na procura de ajuda estão ligadas a piores resultados de saúde no futuro e o não reconhecimento que um problema é uma perturbação mental leva a atraso na procura de ajuda. Um dos maiores obstáculos na procura de ajuda prende-se com não reconhecer os sinais da doença mental (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010 citado por Jorm, 2014).

Acresce ainda a dificuldade em comunicar as dúvidas e dilemas aos profissionais de saúde devido à falta de conhecimento sobre a doença mental e que é agravado pelo estigma que dela advém (Loureiro et al., 2012).

Em relação à segunda componente da LSM, o conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis, Jorm (2014) refere que as pessoas preferem e procuram mais cedo fontes informais de ajuda como os amigos e a família em vez da ajuda de profissionais, mas esta situação pode depender da faixa etária do indivíduo (exemplo: na adolescência o grupo de pares é o eleito). Contudo, muitas vezes quando a ajuda de um profissional é procurada, existem dúvidas ou falta de conhecimento quanto ao tipo de profissional a escolher pois existe desconhecimento quanto às funções de cada profissional de saúde, qual o tratamento mais adequado e como se acede aos mesmos (Oliveira, 2019).

O médico de família em países desenvolvidos é eleito muitas vezes como o profissional adequado para avaliar e diagnosticar casos de depressão (Priest et al., 1996; Wolff et al., 1996; Jorm et al., 1997; Bradli, 1999; citados por Jorm, 2000) em detrimento dos psiquiatras e psicólogos, já estes são mais procurados para casos como a esquizofrenia (Jorm et al., 1997; Angermeyer et al., 1999; citado por Jorm, 2000).

Quando abordamos a questão dos psicofármacos, a opinião geral que a população tem em relação a estes é negativa, assente em crenças nos efeitos secundários, como a dependência, letargia, lesões do cérebro e a crença de que estes atuam apenas nos sintomas e não resolvem as causas da doença (Angermeyer et al., 1993; Priest et al., 1996; Fishcher et al., 1999; citados por Jorm, 2000). Contudo, os profissionais de saúde acreditam na eficácia tanto dos antidepressivos como dos antipsicóticos (Jorm et al., 1997; Caldwell et al., 2000; citados por Jorm, 2000). Já produtos não sujeitos a prescrição médica como vitaminas e chás são vistos de forma positiva pela população assim como intervenções psicológicas (Angermeyer et al., 1996; Jorm et al., 1997; citados por Jorm, 2000).

Jorm (2000), acrescenta ainda que as crenças individuais perante um tratamento podem comprometer o sucesso deste e a atitude de procura de ajuda, mas também a visão sobre a situação das pessoas significativas poderá ter influência.

Quanto à terceira componente, o conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda, estas são ações que a pessoa utiliza para gerir a sua situação de saúde. Muitas vezes são guiadas por um profissional, mas na grande maioria das vezes são usadas de forma informal e são vistas de forma muito positiva pela população (Jorm & Reavley, 2011). A título de exemplo, em países como a Austrália ou o Canada, as pessoas têm a crença de que a toma de vitaminas, exercício físico, ler sobre o problema de saúde, passeios, cuidados na dieta, treino de relaxamento, gestão de stresse através do yoga podem trazer benefícios para lidar com a depressão (Jorm et al., 2005; Wang et al., 2007; citados por Jorm & Reavley, 2011). Segundo Jorm e Reavley (2011), é uma preocupação quando as pessoas usam estratégias de autoajuda como alternativa à ajuda profissional, sobretudo quando os problemas se agravam pela falta de ajuda profissional.

Assim sendo, é fundamental que a população tenha conhecimento acerca das estratégias de autoajuda que existem e que sejam eficazes, ajustadas e adequadas para a situação, e obviamente como utilizá-las em proveito próprio ou do outro a quem damos ajuda e apoio (Jorm, 2014).

Os conhecimentos e competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros, são a quarta componente da LSM. Uma pessoa a vivenciar um problema de saúde mental pode não reconhecê-lo de imediato atrasando a procura de ajuda (Jorm & Reavley, 2011) mas se alguém do seu meio social reconhecer o problema e se esta sugerir procurar ajuda profissional, mais facilmente esta pessoa irá concretizá-la (Cusack et al., 2004; Dew, 1991; citados por Jorm & Reavley, 2011). A forma que as pessoas

encontram para prestar apoio é através do encorajamento para procurar ajuda profissional e ouvir e apoiar a pessoa. Contudo existe preocupação uma vez que apenas uma pequena parte das pessoas questionam se a pessoa tem ideias suicidas (Jorm, 2012).

Capacitar as pessoas da comunidade para prestar a primeira ajuda em saúde mental não é uma forma de substituir os profissionais de saúde ou para diagnosticar problemas, o principal objetivo é promover o reconhecimento dos sinais e valorização dos sintomas dos problemas e doenças mentais de modo a contribuir para a procura de ajuda (Loureiro, Sousa & Gomes, 2014, citados por Oliveira, 2018). A LSM aumenta a confiança das pessoas para ajudar aqueles que sofrem de problemas de saúde mental ou que estão a desenvolver um problema relacionado com a sua saúde mental (Wei, 2017, citado por Marques, 2020).

A última componente da LSM é o conhecimento da forma como se pode prevenir as perturbações mentais. A área da saúde mental mais complexa é a área da prevenção, uma das causas é o facto de se desconhecer quais são os fatores modificáveis de maior risco para o desenvolvimento de uma doença mental e a população deve ter conhecimento daquilo que contribui para a manutenção da sua saúde mental, conhecendo por exemplo fatores de risco acrescido.

Num estudo (Schomerus, Angermeyer, Matschinger e Riedel-Heller, 2008; citado por Jorm & Reavley, 2011), 75% da população acreditavam que a prevenção da depressão era possível e estavam dispostos (58%) a pagar para participar num programa de prevenção. Quanto às estratégias de prevenção de doença mental, na Austrália foi conduzido um estudo sobre a crença na prevenção da doença mental em jovens e comparado com as crenças dos profissionais de saúde havendo concordância nas seguintes estratégias de prevenção de doença mental: exercício físico, manter contacto com a família e amigos, evitar uso de substâncias, realizar atividades relaxantes. Contudo, os jovens achavam que evitar situações geradoras de stresse podia ser benéfico ao contrário dos profissionais de saúde achando que poderia ser prejudicial (Jorm Morgan & Wright, 2010).

Atendendo a tudo isto, é inegável que a população em geral pode ter um papel ativo na prevenção das doenças mentais, quer seja no próprio, quer dos outros.

Uma das apostas preventivas da doença mental são programas de intervenção como o programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental (PASM). A primeira ajuda é definida como ajuda prestada a uma pessoa que se encontra a sofrer de um problema relacionado com a sua saúde mental, ou então numa situação de crise. Estas ajudas de

suporte são mantidas até que a pessoa receba ajuda adequada ou até à resolução da crise. O programa de PASM permite reconhecer sinais e sintomas de diferentes problemas de saúde mental e de situações de crise associadas a esses problemas; prestar ajuda inicial bem como encaminhar a pessoa para a ajuda adequada (Loureiro, 2014). Este programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental é uma adaptação para a realidade portuguesa do Mental Health First Aid, desenvolvido por Kitchener e Jorm (2000), sustentado no modelo de primeiros socorros físicos (Loureiro, 2014).

As intervenções programadas para elevar a LSM tem sido orientado para contextos públicos e comunitários alargados, quer para grupos particulares podendo ser objetivados pelo (Loureiro et al., 2012):

- Alvo da intervenção (propostas globalizadas ou seletivas para grupos específicos);
- Forma de difusão (internet, média, televisão, panfletos);
- Âmbito (nacional ou internacional);
- Local onde se desenvolvem (hospital, centro de saúde, escola, etc.)

Aumentar a LSM e habilitar as pessoas a decidirem de forma informada sobre a sua condição de saúde mental pode ser concretizada por intervenções em grupo em vários contextos nomeadamente no local de trabalho e no caso particular dos enfermeiros através do treino, formação e exercícios de trabalho conjunto. A estratégia passa por identificar grupos com possibilidade de terem mais baixa LSM e intervir em volta de condições específicas (planos de treino individual, formação contínua mais acessível, combinação de treino de habilidades de literacia, linguagem com estratégias de capacitação (Rowlands et al., 2015; Berry, 2016, citado por Marques, 2020).

A avaliação da LSM é um aspeto essencial para a criação e implementação de programas educacionais e trazer uma maior sensibilidade para a saúde mental (Loureiro, 2015). A literacia inclui diferentes domínios do saber e de áreas profissionais como a enfermagem (Loureiro et al., 2012), logo, reforçando a importância da sua avaliação junto de um dos principais intervenientes: os enfermeiros.

## 1.1. EVIDÊNCIA PRODUZIDA SOBRE LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

Numa era onde a saúde mental e bem-estar se tornam cada vez mais importante para as pessoas, a necessidade de procura de evidência sobre a LSM como resposta para este desafio é cada vez maior existindo cada vez mais estudos sobre LSM que procuram

analisar os seus vários componentes junto dos mais variados grupos, recorrendo a diferentes abordagens metodológicas.

Estes estudos permitem conhecer melhor a LSM de determinado grupo de forma a desenvolver projetos ajustados aos contextos socioculturais onde se desenvolvem, contribuindo para a melhoria da LSM.

O primeiro estudo de LSM surge em 1997 na Austrália por Jorm et al (1997). Neste estudo eram apresentadas como estímulo, vinhetas com a descrição de casos de depressão e esquizofrenia. A partir desse trabalho, têm sido desenvolvidos outros estudos dentro desta área em diferentes países, continentes e contextos quer económicos, sociais e culturais (Jorm, 2012; Jorm, 2014).

A maioria dos estudos realizados em Portugal sobre LSM analisaram sobretudo adolescentes e jovens em meio escolar e universitário, nomeadamente ao nível de problemas como depressão, abuso de álcool e esquizofrenia com utilização do questionário de avaliação de LSM QuALISMENTal (Loureiro et al., 2013; Loureiro et al., 2014; Loureiro, 2015).

Sousa (2015) desenvolveu um estudo quantitativo, de nível IV, de desenho pré-experimental com enfermeiros recém-licenciados (n=16) na implementação do programa PASM com o objetivo de avaliar o seu efeito na LSM dos mesmos aos níveis da depressão, abuso de álcool e esquizofrenia. O instrumento utilizado foi o QuALISMENTal. No final do programa observou-se, um nível alto de LSM em todas as suas componentes, justificando a continuidade do programa na formação em enfermagem. Costa (2018) também avaliou a implementação do programa de PASM, mas com estudantes de enfermagem (n=46) utilizando o mesmo instrumento com pré e pós-teste com vinhetas sobre depressão e ansiedade. Tal como no estudo anterior, verificou-se um aumento da LSM e a necessidade de apostar na formação dos estudantes de enfermagem na área da LSM. Com o mesmo tipo de estudo, instrumento e doenças em análise, Cunha (2019), verificou que os estudantes de enfermagem (n=36) aumentaram os níveis de LSM.

A nível nacional, na área da pessoa adulta, foi elaborado por Pina (2018) um estudo quantitativo descritivo exploratório com o objetivo de avaliar o nível de LSM professores do 3º ciclo do ensino básico e secundário (n=74) quanto ao uso e abuso de álcool dos adolescentes com a utilização do questionário QuALISMENTal. Verificou-se ser necessário apostar na formação dos professores na área da saúde mental nas suas diferentes componentes.

Oliveira (2018) realizou um estudo quantitativo descritivo correlacional para avaliar a LSM numa população adulta (n=102) sobre a depressão e estudar as suas atitudes face à utilização de psicofármacos no tratamento recorrendo ao questionário QuALIS Mental (Loureiro, 2014) e o Inventário de Crenças sobre os Psicofármacos. Verificou-se que o reconhecimento da depressão era elevado, mas não estava associado às variáveis de domínio sociodemográfico. O psiquiatra foi escolhido como o profissional mais adequado para ajudar e como tratamento os comprimidos para dormir. Relativamente aos psicofármacos foram aceites com complemento a outra tipologia de intervenções.

Marques (2020) também realizou um estudo na população adulta. Tratou-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo correlacional para avaliar a LSM de puérperas (n=128) sendo utilizado o Questionário de LSM (LSMq) de Campos, Dias, Duarte, Palha e Veiga (2014) (Marques, M., 2020). Segundo este estudo a idade, estado civil, habilitações literárias e a situação profissional eram variáveis sociodemográficas que influenciavam a LSM das puérperas em análise.

No que diz respeito a estudos com profissionais de saúde, foi conduzido um estudo por Gouveia (2012) que avaliava a LSM em adultos nomeadamente em profissionais de saúde no centro hospitalar Tondela-Viseu e à população geral no distrito de Viseu acerca da depressão e esquizofrenia com a análise de alguns domínios da LSM nomeadamente o reconhecimento da doença e procura de ajuda, competência para prestar, apoiar e oferecer na primeira ajuda pela aplicação do QuALIS Mental de Loureiro et al., 2012. Neste estudo o reconhecimento das doenças foi elevado, mas analisando o comportamento destes inquiridos verificou-se que a procura de ajuda e competências a prestar, apoiar e oferecer a primeira ajuda poderiam estar comprometidas revelando a falta de entendimento da doença. No que diz respeito às crenças relacionadas com a depressão, não reconhecer esta como uma doença podia dificultar a procura de ajuda quer na primeira ajuda ao outro, assim como nas estratégias de autoajuda.

Ainda em Portugal foi conduzido um estudo exploratório descritivo correlacional com 187 participantes divididos em 2 grupos (comunidade clínica e da comunidade em geral) onde avaliavam a LSM, estigma, a vergonha e a autocritica em jovens adultos (Vale-Dias, Carvalho, Martins & Vieira, 2014). Os resultados mostraram que não havia diferença com significado estatístico na LSM entre estes os grupos assumindo assim a necessidade de intervenções ligadas à LSM tanto para profissionais de saúde como para a comunidade no geral e que esta não se alterava com a idade indicando a necessidade de intervenções em todas as faixas etárias.

Mais recentemente foi realizado um estudo por Gonçalves et al. (2021) de natureza quantitativa, transversal, descritivo e correlacional, numa amostra constituída por enfermeiros a exercerem funções num agrupamento de centros de saúde da região centro de Portugal (n=89) cujo um dos objetivos foram verificar se existia relação entre LSM e a saúde mental positiva destes, tendo sido utilizado a escala de LSM (O Conner et al., 2015 citado por Goncalves et al., 2021) adaptada e validada para a população portuguesa por Loureiro e Carvalho (2018) (Goncalves et al., 2021). No estudo os enfermeiros apresentaram níveis altos de LSM. Este estudo trouxe informações relevantes para a conceção de programas de intervenção em LSM junto dos profissionais de cuidados de saúde primários. Segundo este mesmo autor, o investimento na LSM dos enfermeiros que prestam cuidados de proximidade eleva a eficácia das suas intervenções na promoção da saúde mental.

A nível internacional a evidência científica é um pouco mais alargada embora ainda reduzida a nível da LSM em profissionais de saúde e com necessidade de atender às diferenças culturais e de contexto. Em Singapura realizou-se um estudo comparativo de LSM entre psiquiatras, enfermeiros e outros profissionais de saúde (de 500 questionários, 81% responderam) sobre depressão major, esquizofrenia e mania (Parker, Chen, Kua, Loh & Jorm, 2000) revelando uma ligeira divergência no que diz respeito ao reconhecimento das doenças mentais entre profissionais. Um outro estudo comparativo entre enfermeiros em exercício em unidades de psiquiatria e enfermeiros generalistas, na Singapura, utilizando as mesmas vinhetas (Yeo, Parker, Yap & Mahendran, 2003) mostraram que os enfermeiros ligados à área da psiquiatria mostraram melhores resultados de LSM do que os enfermeiros generalistas.

Na China foi realizado um estudo quantitativo descritivo transversal para comparar o nível de LSM em psiquiatras e enfermeiros (n=70) do departamento de psiquiatria recorrendo à utilização de vinhetas sobre a depressão e esquizofrenia (Liu, Gerdtz & Liu 2011). Os psiquiatras com facilidade identificaram corretamente as doenças mentais apresentadas, quanto à vinheta da depressão os enfermeiros identificaram menos. Quanto ao tratamento, os dois grupos ambos concordaram sobre as crenças, o uso de intervenções na saúde mental, mas discordaram significativamente no uso de algumas intervenções específicas de saúde mental.

Na Índia (Lakdawala, Vankar, Panchal & Shah, 2016) estudaram a LSM relacionado com a esquizofrenia em estudantes de enfermagem (n=615) e enfermeiros (n=396) aplicando questões relacionadas com o nível de confiança na prestação de ajuda, conhecimentos sobre doença mental, a ajuda em si (quem e como), atitudes perante a

doença e a relação entre o conhecimento e as atitudes, seguindo-se um programa de primeira ajuda em saúde mental. Verificou-se maior confiança e atitudes positivas dos estudantes de enfermagem em cuidar de doentes com esquizofrenia. O nível de conhecimentos foi similar entre os dois grupos e houve uma correlação negativa entre os conhecimentos e as atitudes em ambos os grupos.

Nos Emirados Árabes Unidos foi realizado um estudo para determinar o nível de LSM nos enfermeiros e outros profissionais de saúde (n=317, maioritariamente enfermeiros) que trabalhavam com crianças com doença crónica, foi aplicado um questionário com 3 vinhetas acerca de stresse pós-traumático, psicose e depressão com pensamentos suicidários e a Escala de Distress Psicológico de Kessler (K10). Este estudo foi também aplicado em estudantes de enfermagem (Al-Yateem et al., 2017; Al-Yateem, Rossiter, Robb & Slewa-Younan, 2018). O primeiro estudo mostrou limitações dos profissionais no reconhecimento das doenças mentais, no conhecimento das intervenções perante a doença e elevados níveis de distress. Os autores realçam assim a importância de implementação de programas LSM para enfermeiros assim como apoio destes com stresse psicológico.

Hao et al., (2020) conduziram um estudo com o objetivo de avaliar a LSM de enfermeiros que não fossem da área da saúde mental (n=601) de 4 hospitais de uma cidade chinesa através de questionários com 3 vinhetas (esquizofrenia, depressão e ansiedade). O estudo mostrou que os enfermeiros apresentavam grandes dificuldades no reconhecimento da doença, contudo, reconheciam a necessidade de ajuda profissional e de intervenções a nível dos estilos de vida. Mais de metade acreditava na reabilitação completa, mas que provavelmente o problema voltaria.

Sentida a necessidade de haver instrumentos para avaliar a LSM dos enfermeiros, na África do Sul e Zâmbia (Korhonen Axelin, Katsjisto & Lahti, 2021) validaram uma escala de LSM para este grupo profissional e outros profissionais de saúde (n=343) que atendiam jovens com problemas de saúde mental, segundo as dimensões do reconhecimento, conhecimento e atitudes face à doença mental. A referida escala mostrou-se internamente consistente para avaliar a LSM deste grupo permitindo planejar formações e treino específicos ao contexto e cultura para promover melhores cuidados às pessoas com doença mental.

Wong et al., (2022), na China, validou uma escala de LSM para enfermeiros (n=872) sob 4 componentes: conhecimento de doença mental, capacidade para procurar informação e ajuda, reconhecimento da doença mental e aceitação de doentes com

doença mental. Esta escala revelou-se fiável para aplicabilidade em profissionais de saúde, mas necessita de validação para a população em geral.

Assim, apesar de a LSM se assumir como um pilar basilar na saúde mental não se encontra evidencia científica produzida sobre a mesma em enfermeiros, nomeadamente em contexto de urgência em Portugal, mas tratando-se de um grupo profissional que lida diariamente com questões de saúde e doença mental parece essencial esta área ser alvo de estudo.

Segundo Jorm, (2020), apesar de haver estudos e trabalhos efetivos na área da LSM a ênfase continua a ser nos conhecimentos e nas crenças em vez de se concentrarem agora na ação, na mudança de comportamentos e na consequente melhoria da saúde mental. O autor refere a necessidade da transferência de um conceito de literacia de saúde mental para ação da saúde mental, sendo este um dos desafios.

## 1.2. CRENÇAS SOBRE AS DOENÇAS MENTAIS

As crenças sobre os doentes e as doenças mentais influenciam a LSM de cada indivíduo, desde o reconhecimento da doença, à procura de ajuda, aos tratamentos e à prevenção pelo que é importante fundamentar esta questão com atenção.

Crença pode ser definida como uma ideia ou percepção considerada absoluta, e verdadeira, sendo uma firme convicção de alguém face a alguma coisa. As crenças muitas vezes não possuem um fundamento racional ou justificação empírica o que faz com que muitas vezes sejam associadas à religião (Kruger, 1993; citado por Campos, 2017). Além desta perspetiva da convicção individual as crenças são fortemente influenciadas por fatores externos e pelo meio em que o indivíduo está inserido. Não podemos ainda dissociar as crenças dos processos de educação e das vivências culturais (Campos, 2017).

As crenças podem originar dois tipos de comportamentos na área da saúde, os comportamentos de proteção da saúde (exemplo: hábitos de vida saudável ou ausência de comportamentos de risco) ou comportamentos prejudiciais à saúde (exemplo: sedentarismo ou o consumo substâncias psicoativas) (Guimarães, 2012).

Ainda é muito frequente a presença de crenças negativas associadas às doenças mentais. Crenças como a incurabilidade, imprevisibilidade, perigosidade dos doentes, a doença mental são causa de estigma e discriminação e estão ainda presentes de modo vincado na população. Essas crenças negativas podem provocar comportamentos de indiferença, rejeição, discriminação, julgamento social e à exclusão social das pessoas

com doença mental diagnosticada (Guimarães, 2012; Scull, 1981; Pichot, 1983; Link & Cullen, 1983; Ayestaran & Paez, 1986; Skinner et al., 1992; Johnson & Orrell, 1995; Whaley, 1997; Phelan et al., 2000; Martin et al., 2000; Hirai & Clum, 2000; Angermeyer, 2004, citado por Loureiro, Dias & Aragão, 2008) que por sua vez levam ao afastamento do doente da procura de cuidados de saúde.

Revisões de literatura realizadas com profissionais de saúde identificaram diversas crenças face às doenças mentais. Em alguns casos essas crenças são ainda mais negativas quando comparado com a população em geral, como é o caso do desejo de distanciamento social (Schulze, 2007 citado por Valery e Proteau, 2020). Neste mesmo estudo, os profissionais de saúde revelaram crenças mais positivas sobre tratamentos psiquiátricos e direitos civis, enquanto resultados em relação a crenças estereotipadas (ex. perigosidade, incompetência, mau prognóstico) eram mais negativas face à população em geral. Uma outra revisão reforçou a existência de crenças mais positivas do que negativas em comparação com a população em geral. Aqui as atitudes mais positivas eram as referentes à doença e as mais negativas sobre a perigosidade, capacidade de recuperação e de se casar e ter filhos (Wahl e Aroesty-Cohen, 2010 citados por Valery e Proteau, 2020)

A falta de compreensão sobre a saúde mental na comunidade em geral pode desencadear atitudes discriminatórias e estigmatizantes quando as pessoas são confrontadas com outras pessoas que vivem com problemas do foro mental (Rowlands, Protheroe, Winkley, Richardson, Seed & Rudd, 2015 citado por Marques, 2020).

O estigma pode ser definido como desaprovação social, resultante de características presumidas, comportamentos ou crenças que não se enquadram naquelas que são as normas impostas pela sociedade, quer do ponto de vista cultural, político, económico ou sociais provocando como consequência um estereótipo negativo face à doença mental (Azevedo & Oliveira, 2014; Corrigan, Watson, Warpinski & Gracia, 2004; Martins, 2019).

O estigma associado às doenças mentais levanta uma barreira à procura de ajuda uma vez que se intromete com a manifestação da sintomatologia levando à rejeição da procura de ajuda (Azevedo & Oliveira, 2014, Corrigan et al., 2004; Loureiro et al., 2012) uma vez que os indivíduos para evitarem comportamentos discriminatórios procuram esconder os sinais e sintomas de doença mental (Loureiro, 2014). Além disso para a pessoas com doença mental, quando alvo de estigma ou discriminação, podem desenvolver sentimentos de angústia, raiva e tristeza além de provocar um aumento do stress e a diminuição do seu funcionamento psicossocial gerando sintomas psicopatológicos como ansiedade, baixa autoestima e depressão (Azevedo & Oliveira,

2014). Na presença deste tipo de emoções, o investimento do indivíduo no seu processo de recuperação torna-se comprometido (Azevedo e Oliveira, 2014).

Vários estudos realizados referem que enfermeiros apresentam níveis elevados de estigma face às doenças mentais, que é comparável ao estigma da população geral (De Jacq, Norful & Larson 2016). Atitudes estigmatizantes de profissionais de saúde face às doenças mentais têm impacto nos cuidados prestados à pessoa com doença mental e fazem perpetuar o estigma e interferem na capacidade dos profissionais de saúde em responder de forma adequada às necessidades dos seus pacientes ou de estabelecer relacionamentos terapêuticos bem-sucedidos (Martins, 2019). O estigma nos enfermeiros que exercem funções em ambientes ou contextos comunitários ou de ambulatório parece ser menor do que os enfermeiros que trabalham com doentes internados ou em contexto de um ambiente com doentes psiquiátricos agudos (Hsiao, Lu & Tsai, 2015; Linden & Kavanagh, 2012).

Os mitos relacionados com as doenças mentais e o estigma para com os doentes continuam a perdurar incluindo por parte dos profissionais da área de saúde (Loureiro et al., 2008), ou seja, para além da promoção da LSM é necessário aliar o combate ao estigma da doença mental junto dos profissionais de saúde, pois, o estigma inerente às doenças mentais está associado a baixos níveis de literacia em saúde (Loureiro, et al., 2012). A carência de esclarecimento e conhecimento das sociedades sobre as perturbações mentais pode levar à rejeição, ao preconceito, à discriminação e exclusão social de indivíduos que lidam com a doença mental (Loureiro, et al., 2008).

## **2. SER ENFERMEIRO NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA E A SUA SAÚDE MENTAL**

O enfermeiro, é um profissional de saúde que possui as competências científicas, técnicas e humanas para a prática de enfermagem (OE, 2012b). Enfermagem é uma ciência que têm como objetivo a prestação de cuidados de enfermagem ao “ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”. (OE, 2012b, p.15). Para tal é fundamental o estabelecimento de uma relação terapêutica entre enfermeiro e o seu alvo de cuidados, parceria essa que têm de ter em conta o respeito pelas suas capacidades, individualidade e pelo quadro de valores e crenças de ambos os envolvidos nesta relação (OE, 2012a; OE, 2012b).

Assim, o enfermeiro tem competências e capacidades reconhecidas para intervir na área da saúde e doença mental, nomeadamente na LSM, junto de uma

pessoa/grupo/comunidade, perante o reconhecimento de determinada necessidade, definindo um plano de intervenção, avaliando-o e reajustando-o, acompanhando-o ao longo de todo o processo com base numa relação terapêutica, de confiança e participada. Destaca-se ainda a competência para atuar a nível da prevenção dos riscos profissionais particularmente os riscos psicossociais.

A relação que se estabelece entre o enfermeiro e o alvo de cuidados, neste caso a pessoa com perturbação mental, caracteriza-se pela empatia, troca e partilha de emoções, sentimentos na procura da satisfação das suas necessidades com base no cuidar (Chalifour, 2008). Hildegard Peplau centra precisamente a sua Teoria das Relações Interpessoais nesta relação entre ambos, uma vez que esta relação, de carácter dinâmico, é essencial para que enfermeiros e o seu alvo de cuidados cresçam e se desenvolvam juntos no processo de cuidar (Peplau, 1990). Esta relação é caracterizada por alguma indefinição, dependendo em parte do equilíbrio do enfermeiro em oferecer presença e de conseguir o respeito de características como individualidade, autonomia e independência da pessoa que cuida. Implica ainda que o enfermeiro seja capaz de conhecer o outro, permitindo-lhe assim tomar as melhores decisões sobre as possibilidades disponíveis/recursos para atender às necessidades deste. (McCarthy & Aquino-Russell, 2009). A comunicação terapêutica representa assim o veículo necessário para estabelecer esta relação sendo fundamental para o sucesso da intervenção terapêutica, promovendo o crescimento, amadurecimento e equilíbrio não só do alvo de cuidados como também da relação terapêutica estabelecida entre ambos (Lalanda, 1995; Stuart & Laraia, 1998; McCarthy & Aquino-Russell, 2009).

As intervenções de enfermagem permitem à pessoa com perturbação mental, a transição de um estado para outro, desencadeada por um processo de mudança com diferentes fases dinâmicas, marcos ou pontos de viragem e definem-se como processos e/ou resultados finais (Meleis, 2012), tal como é a transição do estado de saúde mental para o estado de doença mental. Estes processos de transição que são resultados de mudança ou resultam em mudanças, são considerados complexos e multidimensionais sendo possível identificar cinco características que se encontram relacionadas entre si, a consciência, envolvimento, mudança, diferença e transição. O desenvolvimento do insight é fundamental nas pessoas a quem foi diagnosticado uma doença mental pois apenas é possível ocorrerem processos de transição em pessoas com insight. Além disso a teoria da transição também pode ser utilizada na abordagem dos membros da família da pessoa com doença mental e no estabelecimento de uma relação interpessoal de proximidade e confiança entre enfermeiro e o alvo de cuidados (Meleis, Sawyer, Im, Messiais & Schumacher, 2000; Meleis, 2012). É importante o enfermeiro conhecer quais

são as condições facilitadoras e inibidoras das transições (como as crenças e as atitudes face à doença mental e o nível de LSM). As intervenções terapêuticas de enfermagem são definidas como ações interventivas continuadas no decorrer do processo de transição, que devem desencadear respostas positivas e possibilitar o restabelecer da sensação de bem-estar (Meleis, 2012; Meleis, 2018).

Esta contextualização do que é o enfermeiro e a base conceptual em que assenta a sua essência do cuidar é fundamental para perceber qual o papel do enfermeiro tanto nos processos de saúde mental como nos de doença mental. O contexto em que o enfermeiro trabalha também pode influenciar o seu próprio processo de saúde mental.

## 2.1. CUIDAR NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais contacto têm com os doentes tendo um papel muito relevante nos seus processos de sofrimento. Esta exposição dos enfermeiros pode comprometer a sua integridade psíquica, uma vez que se encontram expostos a agentes geradores de stresse como a insuficiência de recursos humanos, carga horaria laboral, recursos materiais, instalações físicas inadequadas, trabalho noturno, relação trabalho/vida familiar, relações interpessoais, competitividade e desfasamento entre a teoria e a prática (Estuqui, Guesser, Souza, Lourenço & Souza, 2022). Muniz, Andrade e Santos (2019), corroboram esta ideia de que o trabalho dos enfermeiros provoca desgaste emocional relacionado com o excesso de carga de trabalho e com a ligação com o sofrimento provocado pelos processos de doença.

O enfermeiro que trabalha por sua vez em contexto hospitalar, está exposto a situações com efeitos negativos e o problema tem de ser abordado de forma coletiva e não apenas individual. Em particular, em serviços como os de urgência, a exposição a fatores como a imprevisibilidade podem comprometer ainda mais a integridade psíquica dos enfermeiros (Estuqui et al., 2022).

Além disso, as próprias características físicas e ambientais de um SU caracterizado por serem ambientes fechados, ruidosos e sem luz natural, com alguma complexidade tecnológica, num ambiente stressante, com doentes críticos e com elevadas necessidades de cuidados médicos e de enfermagem em muitos casos altamente especializados e com necessidades específicas de conhecimentos, com necessidades de processos de tomada de decisão céleres e eficazes e elevada possibilidade dor, sofrimento e morte (Rodrigues & Ferreira, 2011) não fomentam ambientes saudáveis.

O trabalho no SU é exigente do ponto de vista mental, a atividade livre reduzida e maior energia acumulada pode se traduzir em maior sofrimento com conseqüente aumento do risco no contexto laboral. Este sofrimento pode surgir pela organização ignorar questões mais subjetivas como a personalidade, projetos pessoais e pressão institucional. O SU caracteriza-se pelo seu dinamismo, funcionamento permanente, acesso livre levando à sobrelotação, sua grande complexidade quer em termos de cuidados prestados, atividades e pessoas. Este contexto exige várias capacidades: pensamento rápido, flexibilidade e capacidade de resolução de problemas. Estes profissionais encontram-se assim num meio propício ao sofrimento psíquico pelas circunstâncias imprevisíveis, descontrolo de situações que levam à frustração e a falta de condições e ferramentas para o exercício profissional (Almeida & Pires, 2007; citado por Brazão et al.; 2016).

Por sua vez os cuidados de enfermagem específicos à pessoa em situação crítica em contexto de SU, são cuidados de elevado nível de especialização e conhecimento prestados de forma contínua a pessoas com funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e tendo como objetivo manter as funções básicas de vida, procurando prevenir possíveis complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2011).

Em Portugal, as urgências psiquiátricas estão habitualmente localizadas nos serviços de urgência dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde e constituem habitualmente a principal porta de entrada no sistema de saúde mental (Garrido, Pereira, Polido, Bastos & Craveiro, 2011). A procura destes serviços tem vindo a crescer assim como os padrões de qualidade, mas ligado à necessidade de diminuição da despesa (Brazão et al., 2016). Os doentes que a elas recorrem padecem de situações urgentes ou mesmo emergentes, doentes em fase aguda da descompensação da sua doença ou episódios iniciais de doenças mentais, com maior predominância para a doença mental grave com esquizofrenia, doente com tentativas de suicídio e doentes que necessitem de observação especializada do ponto de vista técnico científico. Além disso são também avaliados problemas mais específicos como por exemplo o abuso de substâncias, situações psicogeriatricas, situações reativas a episódios de violação, morte ou violência, doente em crise, alterações do padrão do sono (Garrido et al., 2011). De acordo com Garrido et al (2011), as urgências psiquiátricas têm como objetivo estabilizar e orientar os doentes em crise.

Segundo Melo (2015), grande parte dos enfermeiros que tinham recebido formação sobre transtornos mentais, não se sentiam capacitados para trabalhar com estas pessoas nos SU, aumentando assim as barreiras que dificultavam o desenvolvimento de cuidados específicos a esta população. Este autor considera que a implementação de programas sobre o estigma poderá ser uma mais-valia e aplicado de forma continuada.

Logo a prestação de cuidados neste tipo de serviço será sempre um trabalho exigente, complexo, intenso, de permanentemente alerta e capacidade de resposta a pessoas com um elevado risco de vida, exigindo-se que os enfermeiros detenham um elevado conjunto de conhecimentos específicos, sólidos e consistentes, bem como, um enorme poder de decisão em tempo útil (Vargas & Braga, 2006).

Contudo, o SU pode trazer satisfação e realização profissional pelo cuidado do outro nas suas necessidades. Esta dicotomia de sentimentos está presente neste serviço e é necessário encontrar equilíbrio manter saúde e bem-estar (Almeida & Pires, 2007; citado por Brazão et al.; 2016).

## 2.2. SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS

A enfermagem centra a sua atuação no cuidado ao ser humano quer de uma forma individual quer no seio da sua família ou na sua atividade através do desenvolvimento de um conjunto de intervenções e atividades ao nível da promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipa.

Para o desempenho das suas funções é importante que os profissionais de enfermagem possuam níveis de saúde mental elevados uma vez que é um aspeto que influencia a sua eficiência, qualidade no atendimento da pessoa, mas também interfere com a sua satisfação e o bem-estar (Rocha & Almeida, 2000). Torna-se por isso fundamental que este seja capaz de cuidar da sua própria saúde mental procurando manter ou melhorá-la, por forma a que este detenha as condições necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. O enfermeiro deve por isso ter a capacidade de dinamizar e rastrear a própria saúde mental (Cabral & Florentim, 2015).

Contudo o ambiente onde se desenrola a sua atividade bem como a elevada exigência e complexidade dos cuidados provocam um aumento dos níveis de stresse e são muitas vezes causadores de problemas de saúde mental (Hurley, Hutchinson, Kozlowski, Gadd & Vorst, 2020). Os enfermeiros apresentam mesmo mais problemas de saúde mental quando comparados aos demais profissionais de saúde (Wu, Jiang & He, 2020).

No estudo “Saúde mental dos enfermeiros portugueses” de Seabra, Lopes e Calado (2018) noticiado no site do Jornal Publico (Maia, 2018), em que cerca de 60,6% dos enfermeiros mostram ter uma percepção negativa da sua saúde mental, 76% manifestam sintomas de ansiedade e insónia, 94,1% têm noção de terem alguma disfunção social e 22,2% tem a percepção de terem uma depressão grave, o que leva a 36,8% a recorrer a psicofármacos com frequência. Os valores apresentados para a depressão, quando comparados com os da população geral, neste e em outros estudos são superiores (Letvak, Ruhm & McCoy, 2012) sendo que também comparativamente à população em geral os enfermeiros apresentam níveis de saúde mental inferiores (Mendes e Machadeiro, 2014).

Nesse mesmo ano um estudo realizado com enfermeiros de uma unidade hospitalar da região centro de Portugal identificou a prevalência de sintomas graves de depressão em 20,5% da amostra, enquanto 18,1% da amostra apresentava sintomas moderados de depressão. Esse mesmo estudo concluiu que o nível de saúde mental das enfermeiras era inferior aos níveis de saúde mental dos enfermeiros, enquanto os profissionais de enfermagem com maior grau académico apresentavam níveis de saúde mental mais elevados (Carvalho, Querido, Tomás, Gomes & Cordeiro, 2019).

A saúde mental dos enfermeiros é ainda questionada de uma forma mais significativa segundo Perry (2014), citado por Carvalho et al. (2019) quando os enfermeiros estão expostos a situações de maior prevalência de violência no trabalho, onde seja mais frequente os conflitos com os pares e com a equipa, e onde exista maior taxa de mortalidade ou ocorrência de eventos ou situações traumáticas, como é no caso das unidades de cuidados intensivos e SU.

Uma saúde mental dos enfermeiros baixa, potencia a ocorrência de erros de medicação, “near miss” e interfere na satisfação das pessoas/famílias cuidadas. Por isso se pretendemos elevados níveis de qualidade dos cuidados e segurança é necessário a existência de uma boa saúde mental por parte dos enfermeiros e o desenvolvimento de estratégias preventivas da doença mental (Cabral & Florentim, 2015).

Recentemente um relatório da Sociedade de Medicina do Trabalho, divulgado imediatamente antes da pandemia por Covid-19, a saúde mental dos trabalhadores já estava fortemente comprometida com altos níveis de stresse ocupacional devido às más condições de trabalho, à sobrecarga de trabalho e falta de apoio (Lai et al., 2020). Durante a pandemia assistiu-se ao aparecimento ou agravamento de diversos transtornos psíquicos, com destaque para os quadros ansiosos e depressivos, muito por culpa do desenvolvimento de emoções como a impotência, medo e pânico (Orsini et al.,

2020) motivadas pela dificuldade em conciliar o papel, as exigências e as necessidades profissionais e familiares, exaustão física por excesso de trabalho e diminuição do autocuidado, sobrecarga emocional e isolamento social (Orsini et al., 2020; Schmidt, Crepaldi, Bolze, Neiva-Silva, Demenech, 2020).

Um estudo realizado em Portugal durante a primeira vaga da pandemia, concluiu que os enfermeiros portugueses apresentam maiores níveis de depressão, ansiedade e stresse, quando comparados com a população geral portuguesa. Além disso foi demonstrado que enfermeiros que consideravam a quantidade e qualidade dos equipamentos de proteção individual como inadequados, bem como aqueles que trabalharam mais horas apresentavam níveis significativamente maiores de depressão, ansiedade e stresse. No mesmo estudo foram ainda encontradas uma correlação significativa e positiva entre o medo de ser infetado e infetar a família e a depressão, ansiedade e stresse (Sampaio et al., 2020). Um outro estudo realizado por Pappa et al., 2020, parece apontar o mesmo caminho ao referir que os profissionais de saúde que tratam utentes com Covid-19 têm uma prevalência de depressão (22,8%), ansiedade (23,2%) e insónia (38,9%) elevadas, sendo que o mesmo estudo refere que os enfermeiros são aqueles que apresentaram maiores taxas destes sintomas.

Na situação específica dos enfermeiros do SU, Estuqui et al. (2022) num estudo realizado sobre a saúde mental dos enfermeiros em contexto de emergência, metade dos participantes já tinha sido acompanhado por psiquiatra ou por psicólogo, alguns referiram agravamento da sua saúde mental ao atuar num serviço de emergência destacando-se o excesso de funções como principal motivo e cerca de metade dos enfermeiros sentia-se stressado face ao trabalho. Os enfermeiros não tinham perceção do agravamento da sua saúde mental e os contextos de paragem cardiorrespiratória e morte causavam sofrimento psíquico. Estes autores referem que a educação de forma contínua poderá minimizar estes efeitos negativos a nível da saúde mental. Um outro estudo identificou que a prevalência de problemas mentais nestes profissionais foi de 20.5% (Moura et al., 2022), dos quais se destacam o aumento de situações de stresse crônico, ansiedade leve a moderada, stresse pós-traumático, sintomatologia depressiva e sintomatologia somática (Somville, De Gucht & Maes, 2016; Veloso et al, 2016). Veloso et al. (2016) num estudo realizado com amostra de enfermeiros dos serviços de urgência em hospitais brasileiros identificou respetivamente a prevalência 28% de casos de ansiedade ligeira, 13% de ansiedade moderada e 3% de casos de ansiedade graves e de 29% de sintomas de depressão leves a moderados e 7% de sintomas moderados a graves.

Torna-se por isso fundamental a implementação de estratégias para identificação precoce de problemas mentais, para a promoção de saúde mental e a adoção de estratégias que promovam o bem-estar e a satisfação dos enfermeiros, uma vez que se trata de medidas essenciais para a diminuição da prevalência destes sintomas (Moura, et al., 2022).

Pinho et al., (2021), concluiu que a alimentação saudável, a atividade física, o descanso entre turnos de trabalho, a manutenção de vínculos sociais, a verbalização de sentimentos/emoções e o menor tempo gasto em busca de informações sobre a pandemia covid-19 estiveram associados a melhor saúde mental em enfermeiros. Além destas a OMS (2020) incluiu no role de estratégias promotoras da saúde mental dos profissionais de saúde, evitar o uso de substâncias psicoativas (tabaco, álcool ou outras drogas) e estar em contacto com a família e amigos, ainda que virtualmente. É por demais evidente a necessidade de os enfermeiros adotarem estas medidas até como forma de autocuidado emocional.

Assim, avaliar a LSM dos enfermeiros que trabalham no SU poderá dar informações sobre o caminho a seguir de forma a proteger e promover a saúde mental do profissional para que este também possa cuidar da saúde e doença mental dos outros de quem cuidam.

## **CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE INVESTGAÇÃO**

### **1. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO**

Este estudo é um estudo de nível I, descritivo-exploratório, seguindo uma abordagem quantitativa.

### **2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO**

A questão de investigação que norteia este estudo é:

Qual o nível de LSM acerca da depressão, a partir de uma amostra de enfermeiros que trabalham no serviço de urgência do CHL.

### **3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

A população do presente estudo foram enfermeiros que trabalhavam nos vários serviços de urgência do CHL. Este centro hospitalar é constituído por três unidades hospitalares em três cidades distintas tendo todos eles serviços de urgência de diferentes tipologias sendo o estudo aplicado a todos eles:

- Hospital Santo André (HSA) - Leiria: serviço de urgência geral (médico-cirúrgica), urgência pediátrica e urgência ginecológica e obstétrica;
- Hospital Distrital de Pombal (HDP): serviço de urgência básica;
- Hospital Bernardino Lopes de Oliveira (HABLO) - Alcobaça: serviço de urgência básica.

A amostra do estudo foi selecionada de uma forma não probabilística intencional e foi constituída por todos os enfermeiros que aceitaram participar no estudo e que preencheram corretamente o questionário de colheita de dados.

Assim, participaram neste estudo 136 enfermeiros que exercem atividade num SU do CHL, sendo 106 (77,9%) do sexo feminino e 30 (22,1%) do sexo masculino. De acordo com a idade, a média é de 41,10 anos (DP = 10,60) sendo a idade mínima observada de 22 anos e a idade máxima de 62 anos. Relativamente ao estado civil, 32 (23.5%) dos

enfermeiros são solteiros, 95 (69,9%) são casados ou em união de facto e 9 (6,6%) são divorciados.

Abordando características do campo profissional, relativamente ao local de trabalho, 64 (47,1%) enfermeiros são do HSA serviço de urgência geral, com a mesma representatividade encontram-se do HSA urgência pediátrica e urgência ginecológica/obstétrica, o HDP e o HABLO urgências básicas com 18 (13,2%) enfermeiros cada. Quanto à categoria profissional 89 (65,4%) são enfermeiros, 2 (1,5%) enfermeiro gestor e 45 (33,1%) enfermeiro especialista sendo que desses, 5 (3,7%) são enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria.

No que diz respeito ao tempo de experiência profissional, a média é de 18,21 anos (DP= 10,51) sendo o tempo mínimo de experiência profissional <1 ano e o máximo de 40 anos. Particularizado o tempo de experiência profissional em SU, a média é de 12,35 anos (desvio padrão = 9,58) sendo o tempo mínimo <1 ano e tempo máximo de 40 anos.

Relativamente à familiaridade, 56 (53,8%) dos participantes têm familiares com doença mental, 53 (51%) têm amigos com doença mental e 53 (51%) têm colegas de trabalho com doença mental (Tabela 1).

**Tabela 1** - Distribuição absoluta e percentual da variável familiaridade com a doença mental (N=136)

Variável Familiaridade	n.º	%
Tem familiares com doença mental	56	41,2
Tem amigos com doença mental	53	39,0
Tem colegas de trabalho com doença mental	53	39,0

#### 4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados utilizado (anexo I) é constituído por quatro partes. A primeira parte é composta por uma breve contextualização do estudo e instruções de preenchimento do questionário seguido de questões sociodemográficas, uma segunda parte que integra o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental) (Loureiro et al., 2012), a terceira parte diz respeito ao Inventário de Crenças sobre Psicofármacos (ICSP) e por último uma terceira parte constituída pelo Inventário de Crenças sobre a Doença Mental (ICDM) – versão breve (Loureiro, 2008).

As **questões sociodemográficas** integram as características pessoais (sexo, idade, estado civil), características profissionais (local de trabalho, categoria profissional,

tempo de experiência profissional, tempo de experiência em SU, formação na área da saúde mental) e diagnóstico de doença mental em pessoas próximas (familiaridade).

O **Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental)** traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa (Loureiro et al, 2012) a partir do *Survey of Mental Health Literacy in Young People* (Jorm et al., 1997), que avalia o nível de LSM e é constituído por um conjunto de itens que pretendem avaliar as cinco diferentes componentes da LSM (reconhecimento dos problemas e perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda, conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis, conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda, conhecimento e as competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros e o conhecimento do modo de como se podem prevenir as perturbações mentais) utilizando diversos formatos de resposta.

Previamente é apresentado uma vinheta relatando um problema de saúde mental, neste caso a depressão- versão adulto (Tabela 2), de acordo com os critérios de diagnóstico da DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014).

**Tabela 2 –** Vinheta com a descrição de problema/perturbação mental do QuALiSMental

---

**Vinheta - Depressão:**

A Joana tem 33 anos, é casada e tem um filho com 6 anos. Nos últimos dois meses tem-se sentido muito em baixo, sem que motivo o justifique. Acorda de manhã com um peso que permanece ao longo do dia. Não aprecia as coisas que normalmente apreciaria, como brincar com o filho. De facto, nada lhe dá prazer e mesmo quando acontecem coisas boas, não parecem fazê-la feliz. Os seus dias prosseguem, mas tem sido muito difícil. Mesmo as tarefas mais pequenas têm sido difíceis de realizar. Ela diz que lhe é difícil concentrar-se no que quer que seja. Sente-se sem energia e sem força. Embora se sinta cansada, quando chega a noite não consegue adormecer. Sente-se sem valor e sem coragem. A sua família tem reparado que ao longo destes dois últimos meses ela mudou e não parece mais a mesma, ao ponto de se ter afastado. A Joana não tem vontade de falar.

---

As cinco componentes da LSM são avaliadas da seguinte forma:

- **Reconhecimento dos problemas e perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda:** após a leitura da vinheta é questionado “Na sua opinião, o que é que se passa com a Joana? (pode assinalar várias respostas)” existe possibilidade de resposta de 17 itens, entre os quais rótulos de problemas de doença mental como “depressão”, “esquizofrenia”, “psicose”, “doença mental”, “bulimia”, “stress”, “esgotamento nervoso”, “abuso de substâncias (ex.: álcool)”, “é uma crise própria da idade”, “problemas psicológicos/ mentais/ emocionais”, “anorexia”, “alcoolismo” e “cancro”. Ainda existe a possibilidade de escolher “não sei”, “não tem nada”, “tem

um problema” ou “outro” devendo especificar qual. A segunda pergunta está relacionada com a procura de ajuda “Se estivesse a viver atualmente uma situação como a da Joana, procuraria ajuda?”. As opções dividem-se em “sim”, “não” e “não sei”. Por último, avalia-se os obstáculos à procura de ajuda, sendo a questão “O que a poderia impedir de pedir ajuda?” Podendo assinalar várias respostas entre as quais “pensar que a pessoa fica com uma opinião negativa sobre mim”, “pensar que a pessoa não valoriza o que eu digo”, “pensar que a pessoa possa vir a contar a outras pessoas”, “pensar o que a pessoa possa vir a pensar sobre mim”, “pensar que nada me poderá ajudar”, “pensar que se poderá saber que estou a ter ajuda de um profissional de saúde”, “pensar que poderei ter dificuldades em aceder a essa pessoa/profissional de saúde”, “pensar que o tratamento tem efeitos secundários”, “ser tímido, sentir vergonha” ou “outra” especificando qual.

- **Conhecimento sobre a ajuda profissional e tratamentos disponíveis:** para avaliar o conhecimento sobre os profissionais a questão colocada é “Existem diferentes pessoas e profissionais de saúde que poderão ajudar a Joana. Assinale para cada um a tua opinião.” Para cada item (médico de família, professor, psicólogo, enfermeiro, assistente social, psiquiatra, serviço telefónico de aconselhamento, familiar próximo, amigo significativo e resolver sozinha os seus problemas) o participante escolhe uma entre 4 respostas “útil”, “prejudicial”, “nem uma coisa nem outra” ou “não sei”. Para avaliar o conhecimento de tratamentos disponíveis questiona-se “Dos seguintes medicamentos/ produtos quais, na sua opinião, seriam úteis ou poderão ajudar a Joana”. Dos 6 itens (vitaminas, chás, tranquilizantes/calmanes, antidepressivos, antipsicóticos, comprimidos para dormir), é assinalada uma resposta entre “útil”, “prejudicial”, “nem uma coisa nem outra” ou “não sei”.
- **Conhecimento sobre estratégias de autoajuda eficazes:** para esta avaliação é referenciado “Existem diferentes atividades que poderão ajudar a Joana. Assinale para cada um a sua opinião”. Os 12 itens dizem respeito a diversas atividades (fazer exercício físico, praticar treino de relaxamento, praticar meditação, fazer acupuntura, levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol, fazer terapia com um profissional especializado, consultar um site que contenha informação sobre o problema, ler um livro de autoajuda sobre o problema, juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares, procurar ajuda especializada de saúde mental, utilizar bebidas alcoólicas para relaxar, fumar

para relaxar) cujo formato de resposta é “útil”, “prejudicial”, “nem uma coisa nem outra” e “não sei”.

- **Conhecimento e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda aos outros:** a avaliação desta componente é conseguida pela questão “São apresentadas de seguida diferentes opções que podia utilizar para ajudar a Joana. Assinale para cada uma a sua opinião”. As 10 estratégias (ouvir os seus problemas de forma compreensiva, dizer-lhe com firmeza para andar para a frente, sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado, marcar uma consulta no médico de família com o seu conhecimento, perguntar se tem tendências suicidas, sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas, reunir o grupo de amigos para a animar, não valorizar o seu problema ignorando-a até que se sinta melhor, mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas, incentivá-la a praticar exercício físico) têm também como formato de resposta “útil”, “prejudicial”, “nem uma coisa nem outra” ou “não sei”.
- **Conhecimento acerca do modo de prevenção perturbações mentais:** a última componente da LSM é avaliada pela questão e seguintes itens “Acha que o risco de desenvolver uma situação como a da Joana reduziria se as pessoas: praticassem exercício físico, evitassem situações geradoras de stresse, mantivessem o contacto regular com amigos, mantivessem o contacto regular com a família, não utilizassem drogas, não bebessem bebidas alcoólicas, praticassem atividades relaxantes regularmente, tivessem uma crença religiosa ou espiritual”. Para cada um deles tem como opção de resposta “sim”, “não” e “não sei”.

As **crenças sobre os psicofármacos**, nomeadamente os antidepressivos, também foram avaliadas neste instrumento através da aplicação de uma escala composta por 18 itens com resposta tipo Likert: 1 (concordo plenamente), 2 (concordo), 3 (não concordo nem discordo), 4 (discordo) a 5 (discordo totalmente). O participante foi ainda convidado a responder a mais duas questões se “Já recorreu a algum médico ou outro profissional por causa de estar a viver problemas iguais ao da Joana?” e “Se sim, foi-lhe prescrita medicação para o efeito?”. Ambas com formato de resposta “sim” ou “não”. Em caso de resposta afirmativa à última questão foi solicitado nomeação da medicação prescrita.

A última parte do instrumento é constituída pelo **Inventário de Crenças sobre a Doença Mental (ICDM)** – versão breve (Loureiro, 2008), desenvolvido e validado para

a população portuguesa, constituído por 23 itens que se baseiam nas dimensões iniciais do instrumento, particularmente a incurabilidade, o reconhecimento da doença, a doença como causa de estigma e discriminação, a perigosidade, a responsabilidade individual e a doença como condição médica, realizado através de uma escala tipo Likert que varia entre 1 (discordo completamente), 2 (discordo quase completamente), 3 (discordo ligeiramente), 4 (concordo ligeiramente), 5 (concordo quase completamente) e 6 (concordo completamente).

## **5. PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS**

Para a utilização das escalas referidas foi contactado o autor a solicitar autorização para o efeito cujo parecer foi positivo. Finalizado o instrumento de colheita de dados este foi submetido ao Centro de Investigação (que inclui o parecer da Comissão de Ética) do CHL cuja aplicabilidade foi dada como favorável (anexo II).

A colheita de dados foi concretizada durante os meses dezembro de 2020 e janeiro de 2021, assegurado os aspetos de natureza ética durante todas as etapas do processo de investigação. A participação foi de carácter voluntario onde os participantes receberam a informação necessária e adequada para efetuarem o seu consentimento escrito garantindo a confidencialidade dos dados recolhidos.

## **6. TRATAMENTO DOS DADOS**

O tratamento estatístico foi realizado com recurso ao software IBM-SPSS 27.0. Procedeu-se ao cálculo das medidas resumo adequadas (média e desvio padrão), assim como as frequências absolutas e percentuais, nomeadamente para cada componente da LSM. Foi também aplicado o coeficiente de variação no tratamento dos dados sobre as crenças dos psicofármacos e sobre a doença mental.

## CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS DADOS

### 1. LITERACIA EM SAÚDE MENTAL E AS SUAS COMPONENTES

#### 1.1. RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS MENTAIS DE MODO A PROMOVER E FACILITAR A PROCURA DE AJUDA

Relativamente à avaliação da primeira componente que é o reconhecimento dos problemas mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda (Tabela 3), verificamos que a opção que reúne a larga maioria de consenso com a identificação correta, foi a “Depressão” (91,9%), seguido de “Problemas psicológicos/mentais/emocionais” (43,0%), “Tem um problema” (25,2%), e “Doença mental” (20,0%). Com menor expressão a opção “Stresse” (17,8%) e “Esgotamento nervoso” (17,0%).

**Tabela 3** - Distribuição absoluta e percentual dos rótulos assinalados na componente de reconhecimento do problema/perturbação mental (N=136)

Rótulos	n.º	%
Depressão	124	91,9
Doença mental	27	20,0
Stresse	24	17,8
Esgotamento nervoso	23	17,0
Abuso de substâncias	1	0,7
Problemas psicológicos/mentais/emocionais	58	43,0
Tem um problema	34	25,2
Alcoolismo	1	0,7

Em relação à procura de ajuda individual em caso semelhante ao exposto, a maioria dos participantes respondeu que “Sim” (77,9%) procuraria ajuda, à opção “Não sei” (19,9%). Uma minoria dos participantes respondeu “Não” (2,2%).

As barreiras à procura de ajuda mais identificadas pelos enfermeiros (Tabela 4) foram “Pensar que nada me poderá ajudar” (36,4%), “Pensar que a pessoa não valoriza o que eu digo” (31,1%), “Ser tímido, sentir vergonha” (27,3%) e “Pensar que o tratamento tem efeitos secundários” (25,0%). De ressaltar que 12,1% dos enfermeiros escolheram a opção “outra” sendo descrito como barreira a incapacidade individual de reconhecer que está doente, a capacidade de resolver sozinho o problema, acreditar que o problema irá

melhorar com o passar do tempo e os constrangimentos financeiros. A opção menos referida foi “pensar que se poderá saber que estou a ter ajuda de um profissional de saúde” (5,3%).

**Tabela 4** - Distribuição absoluta e percentual dos rótulos assinalados para as barreiras à procura de ajuda em saúde mental (N=136)

Barreiras à procura de ajuda	n.º	%
Pensar que a pessoa fica com uma opinião negativa sobre mim	24	18,2
Pensar que a pessoa não valoriza o que eu digo	41	31,1
Pensar que a pessoa possa vir a contar a outras pessoas	14	10,6
Pensar o que a pessoa possa vir a pensar sobre mim	12	9,1
Pensar que nada me poderá ajudar	48	36,4
Pensar que se poderá saber que estou a ter ajuda de um profissional de saúde	7	5,3
Pensar que poderei ter dificuldades em aceder a essa pessoa/profissional de saúde	15	11,4
Pensar que o tratamento tem efeitos secundários	33	25,0
Ser tímido, sentir vergonha	36	27,3
Outra	16	12,1

## 1.2. CONHECIMENTOS SOBRE A AJUDA PROFISSIONAL E TRATAMENTOS DISPONÍVEIS

Em relação às pessoas e profissionais (Tabela 5), que poderiam ser “úteis” a opção maioritária foi o psicólogo (97,8%) e para o psiquiatra (90,4%) seguindo-se do enfermeiro (83,8%), um amigo significativo (83,8%), o médico de família (80,9%) e um familiar próximo (70,6%). De ressaltar que 16,2% dos enfermeiros responderam “Não sei” ou “Nem uma coisa nem outra” quanto à utilidade do próprio. Ainda em relação aos profissionais de salientar que 75% dos enfermeiros consideram que os assistentes sociais são neutrais relativamente à ajuda que poderiam oferecer. Relativamente ao serviço telefónico de aconselhamento apenas 47,1% acham que tem utilidade. Grande parte dos enfermeiros entenderam que “Resolver sozinha os seus problemas” é “prejudicial” (77,9%).

Relativamente aos produtos ou medicamentos (Tabela 5), que são considerados com maior utilidade destaca-se claramente os antidepressivos (78,7%) seguido dos comprimidos para dormir (56,6%). Os antipsicóticos são tidos como prejudiciais em 40,4% e tanto as vitaminas (61,0%) como os chás (60,3%) têm um papel neutral no tratamento mas 23,5% consideram que as vitaminas são uteis no tratamento da depressão assim como os chás (25%).

**Tabela 5** - Distribuição percentual das respostas assinaladas sobre ajuda profissional e tratamentos (N=136)

Ajuda pessoas/profissionais e tratamentos	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Médico de família	80,9	0,7	13,2	5,1
Psicólogo	97,8	0,7	0,7	0,7
Enfermeiro	83,8	0,0	8,1	8,1
Assistente social	13,2	1,5	75,0	10,3
Psiquiatra	90,4	2,2	4,4	2,9
Serviço telefónico de aconselhamento	47,1	4,4	27,9	20,6
Familiar próximo	70,6	2,2	12,5	14,7
Amigo significativo	83,8	2,2	4,4	9,6
Resolver sozinha os seus problemas	4,4	77,9	11,0	6,6
Vitaminas	23,5	0,7	61,0	14,7
Chás (Exs.: camomila ou hipericão)	25,0	0,7	60,3	14,0
Tranquilizantes/calmanantes	27,2	16,9	29,4	26,5
Antidepressivos	78,7	3,7	4,4	13,2
Antipsicóticos	2,9	40,4	23,5	33,1
Comprimidos para dormir	56,6	4,4	16,2	22,8

### 1.3. CONHECIMENTOS SOBRE ESTRATÉGIAS DE AUTOAJUDA EFICAZES

Relativamente a estratégias de autoajuda eficazes (Tabela 6), a maioria identificou “Fazer terapia com um profissional especializado” (97,8%) e “Procurar ajuda especializada de saúde mental” (96,3%) como os mais uteis seguido de “Fazer exercício físico” (86,8%), “Praticar treino de relaxamento” (85,3%) e “Praticar meditação” (72,8%). Como “prejudicial” é identificado de forma em marcada “Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar” (94,9%) e “Fumar para relaxar” (93,4%). De salientar que 48,5% dos enfermeiros responde que é “prejudicial” “Consultar um site que contenha informação sobre o problema”. Menos de metade consideram ser útil “fazer acupuntura (38,2%), “levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol” (47,1%) ou “ler um livro de autoajuda sobre o problema” (47,1%).

**Tabela 6** - Distribuição percentual das respostas assinaladas sobre estratégias de autoajuda (N=136)

Estratégias de autoajuda	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Fazer exercício físico	86,8	0,0	10,3	2,9
Praticar treino de relaxamento	85,3	0,0	8,1	6,6
Praticar meditação	72,8	0,7	11,0	15,4
Fazer acupuntura	38,2	0,7	23,5	37,5
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol	47,1	0,0	33,8	19,1
Fazer terapia com um profissional especializado	97,8	0,7	0,0	1,5
Consultar um site que contenha informação sobre o problema	16,2	48,5	25,0	10,3
Ler um livro de autoajuda sobre o problema	47,1	5,1	27,2	20,6
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares	61,8	1,5	14,0	22,8
Procurar ajuda especializada de saúde mental	96,3	0,7	1,5	1,5
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar	0,0	94,9	4,4	0,7
Fumar para relaxar	0,0	93,4	5,1	1,5

#### 1.4. CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS PARA PRESTAR APOIO E DAR A PRIMEIRA AJUDA A OUTROS

No que diz respeito aos conhecimentos e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda, os participantes identificaram na sua maioria como “útil” “Ouvir os seus problemas de forma compreensiva” (97,8%) e “Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado” (96,3%) seguido de “Marcar uma consulta no Médico de Família com o seu conhecimento” e “Incentivá-la a praticar exercício físico” ambos com 69,9%. Como claro “prejuízo” foi identificado “Sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas” (96,3%) e “Não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor” (95,6%) seguido de “Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente” (43,4%). De ressaltar que apenas 38,2% dos enfermeiros considera útil “perguntar se tem tendências suicidas”.

**Tabela 7** - Distribuição percentual das respostas assinaladas sobre competências para prestar apoio e dar primeira ajuda (N=136)

Prestar apoio e primeira ajuda	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva	97,8	1,5	0,7	0,0
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente	16,2	43,4	31,6	8,8
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado	96,3	0,7	0,7	2,2
Marcar uma consulta no médico de família com o seu conhecimento	69,9	4,4	14,7	11,0
Perguntar se tem tendências suicidas	38,2	25,0	18,4	18,4
Sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas	1,5	96,3	2,2	0,0
Reunir o grupo de amigos para a animar	35,3	11,0	30,9	22,8
Não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor	0,7	95,6	3,7	0,0
Mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas	37,5	13,2	38,2	11,0
Incentivá-la a praticar exercício físico	69,9	2,2	19,1	8,8

#### 1.5. CONHECIMENTO ACERCA DO MODO DE PREVENIR OS PROBLEMAS E PERTURBAÇÕES MENTAIS

Acerca do conhecimento do modo de prevenir os problemas e perturbações mentais (Tabela 8), as opções mais consensuais foram “Praticassem exercício físico” (86,8%), “Praticassem atividades relaxantes regularmente” (86,8%), “Mantivessem o contacto regular com amigos” (80,9%) e que “Mantivessem o contacto regular com a família” (80,1%). Com menor escolha surge “Evitassem situações geradoras de stresse” (69,9%), “Não utilizassem drogas” (66,2%) e “Não bebessem bebidas alcoólicas” (62,5%). Com menor relevância para a prevenção deste tipo de problemas foi “Tivessem uma crença religiosa ou espiritual” (25,0%) e 48,5% desconheciam se ajudaria a prevenir doença mental. De salientar ainda que 20,6% dos enfermeiros participantes consideram que se “não utilizassem drogas” não ajudaria na prevenção de perturbações mentais assim como se “não bebessem bebidas alcoólicas” (22,8%).

**Tabela 8** - Distribuição percentual das respostas assinaladas acerca do modo prevenir problemas e perturbações mentais (N=136)

Prevenção de problemas	Sim	Não	Não sei
Praticassem exercício físico	86,8	8,1	11,8
Evitassem situações geradoras de stresse	69,9	16,2	14,0
Mantivessem o contacto regular com amigos	80,9	6,6	12,5
Mantivessem o contacto regular com a família	80,1	5,9	14,0
Não utilizassem drogas	66,2	20,6	13,2
Não bebessem bebidas alcoólicas	62,5	22,8	14,7
Praticassem atividades relaxantes regularmente	86,8	1,5	11,8
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual	25,0	26,5	48,5

## **2. CRENÇAS DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

### **2.1. CRENÇAS ACERCA DOS EFEITOS DOS PSICOFÁRMACOS**

Sobre as crenças acerca dos psicofármacos os 6 itens que reúnem maior concordância são: “tomar medicamentos e ir a consultas regulares ajuda muito no tratamento” (4,02); “não resolvem o problema, mas ajudam a ultrapassá-lo” (3,83); “podem prevenir as recaídas” (3,54); “têm efeitos secundários, a pessoa pode conviver com eles” (3,45); “têm mais benefícios que riscos” (3,40) e “criam um elevado risco de dependência” (3,28).

Os 5 itens que reúnem maior discordância são: “são prejudiciais porque são químicos que não são naturais” (2,27); “a longo prazo são piores que a própria doença” (2,18); “tornam as pessoas nervosas e irritadas facilmente” (2,15); “devemos tomar quanto menos melhor, inclusive se for receitados” (2,10) e “fazem as pessoas ficar, por exemplo, babadas e sem reação” (1,98).

**Tabela 9** -Estatística resumo relativo aos itens da escala de avaliação das crenças acerca dos psicofármacos (N=136)

Itens	Média	DP
5. Tomar medicamentos e ir a consultas regulares, ajuda muito no tratamento	4,02	0,67
3. Não resolvem o problema, mas ajudam a ultrapassá-lo	3,83	0,74
6. Podem prevenir as recaídas	3,54	0,77
4. Têm efeitos secundários, a pessoa pode “conviver” com eles	3,45	0,73
2. Têm mais benefícios que riscos	3,40	0,77
7. Criam um elevado risco de dependência	3,28	0,92
14. Podem não ser usados, porque existem outras formas de tratar a depressão	3,21	0,98
1. São a melhor maneira de tratar a doença	3,00	0,83
13. São muito caros	2,58	0,79
11. Podem alterar a temperatura corporal	2,57	0,78
17. Fazem com que as pessoas tenham menos vontade de trabalhar	2,43	0,70
15. Fazem as pessoas perder a sua capacidade de resposta	2,40	0,77
9. Servem apenas para acalmar a pessoa	2,34	0,76
8. São prejudiciais, porque são químicos que não são naturais	2,27	0,81
10. A longo prazo são piores que a própria doença	2,18	0,85
16. Tornam as pessoas nervosas e irritadas facilmente	2,15	0,60
18. Devemos tomar quanto menos melhor, inclusive se forem receitados	2,10	0,83
12. Fazem as pessoas ficar, por exemplo, “babadas” e sem reação	1,98	0,85

Formato de resposta: 1= discordo completamente a 5= concordo completamente

## 2.2. CRENÇAS SOBRE A DOENÇA MENTAL

Relativamente às crenças dos enfermeiros sobre a doença mental os 7 itens que reúnem maior concordância são: “as pessoas com doença mental estão aptas para viverem nas suas comunidades se tiverem o apoio adequado” (5,41); “os atrasos nos tratamentos pioram o sucesso de cura das doenças mentais” (5,12); “se os doentes mentais viverem no ambiente familiar e comunitário, isso tem influência na recuperação da sua doença” (5,09); “os mal-entendidos sobre a doença mental fazem com que seja difícil aos doentes mentais viverem em sociedade” (4,93); “a reabilitação é eficaz no melhoramento das doenças mentais” (4,67); “a medicação é eficaz na melhoria dos sintomas na doença mental” (4,45) e “tomar medicamentos ao longo da vida para as doenças mentais torna as pessoas dependentes desses medicamentos” (3,86).

Os 5 itens que revelam maior discordância entre os participantes são: “as doenças mentais das pessoas resultam da falta de cuidados” (2,20); “deve ser difícil para as pessoas com doença mental seguir regras sociais como a pontualidade, ou cumprir as

promessas que fazem” (2,15); “os doentes mentais têm tendência a serem perigosos” (2,07); “a pessoa com doença mental é mais propensa a tornar-se criminosa” (1,79) e “se vier a sofrer de uma doença mental é porque não tive o cuidado que devia ter” (1,78).

É de salientar que em muitos dos itens o desvio padrão é superior a 1, nomeadamente no item “posso vir a sofrer de uma doença mental independentemente do que fizer ou não para isso” (2,02).

**Tabela 10** -Estatística resumo relativo aos itens do Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (N=136)

Itens	Média	DP
3. As pessoas com doença mental estão aptas para viverem nas suas comunidades se tiverem o apoio adequado	5,41	0,69
5. Os atrasos nos tratamentos pioram o sucesso de cura das doenças mentais	5,12	0,80
23. Se os doentes mentais viveram no ambiente familiar e comunitário, isso tem influência na recuperação da sua doença	5,09	1,01
7. Os mal-entendidos sobre a doença mental fazem com que seja difícil aos doentes mentais viverem em sociedade	4,93	0,99
13. A reabilitação é eficaz no melhoramento das doenças mentais	4,67	0,97
16. A medicação é eficaz na melhoria dos sintomas na doença mental	4,45	0,93
20. Tomar medicamentos ao longo da vida para as doenças mentais torna as pessoas dependentes desses medicamentos	3,86	1,13
11. As doenças mentais requerem mais tempo para serem curadas do que as outras doenças	3,82	1,34
1. As doenças mentais são cíclicas	3,66	1,31
14. As pessoas que já receberam tratamento para a doença mental uma vez necessitam de mais tratamentos no futuro	3,33	1,19
2. Se as pessoas tiverem cuidado com elas próprias, podem evitar a doença mental	3,27	1,34
10. O comportamento de uma pessoa com doença mental é imprevisível	3,10	1,10
6. O tratamento inicial das doenças mentais requer o uso de medicamentos*	2,88	1,34
12. Posso vir a sofrer de uma doença mental independentemente do que fizer ou não para isso*	2,79	2,02
22. os indivíduos que são diagnosticados como doentes mentais, terão os sintomas durante toda a vida	2,78	1,20
9. A doença mental é uma doença da cabeça	2,61	1,45
8. Uma pessoa com doença mental deve ter um emprego que exija pouca responsabilidade	2,60	1,18
21. As pessoas com doença mental têm pouca capacidade para viver sozinhas porque não conseguem assumir responsabilidades	2,32	1,09
4. As doenças mentais das pessoas resultam da falta de cuidados	2,20	1,09
15. Deve ser difícil para as pessoas com doença mental seguir regras sociais como a pontualidade, ou cumprir as promessas que fazem	2,15	1,15
19. Os doentes mentais têm tendência a serem perigosos	2,07	1,07
17. A pessoa com doença mental é mais propensa a tornar-se criminosa	1,79	1,01
18. Se vier a sofrer de uma doença mental é porque não tive o cuidado que devia ter	1,78	0,95

\*item invertido; Formato de resposta: 1= discordo completamente a 6=concordo completamente

### 2.3. RESUMO DAS CRENÇAS DOS ENFERMEIROS SOBRE A DOENÇA MENTAL E CRENÇAS RELATIVAS AOS EFEITOS DOS PSICOFÁRMACOS

No que diz respeito aos resultados, a tabela 11 mostra as estatísticas resumo para cada uma das crenças medidas pelo ICDM e das crenças sobre os efeitos dos psicofármacos.

Relativamente às crenças acerca das doenças e doentes mentais, verifica-se que em média a crença mais valorizadas é a crença na reabilitação psicossocial do doente com doença mental ( $\bar{x}=4,94$ ;  $s=0,55$ ) com uma dispersão baixa ( $CV=11,22\%$ ). Ainda a crença sobre a incurabilidade apresenta também ela valores médios elevados ( $\bar{x}=3,60$ ;  $s=0,94$ ), isto é, superiores a 3,5 pontos, mas também ela com uma dispersão média ( $CV=26,18\%$ ). Em contrapartida, a crença na perigosidade é a que apresenta um valor médio inferior ( $\bar{x}=2,00$ ;  $s=0,82$ ) mas com a dispersão mais elevada ( $CV=41,18\%$ ). Tanto a crença de assumir responsabilidades sociais ( $\bar{x}=2,68$ ;  $s=0,83$ ;  $CV=30,91\%$ ), como a crença na responsabilidade individual ( $\bar{x}=2,63$ ;  $s=0,75$ ;  $CV=28,67\%$ ) apresentam valores médios baixos (abaixo de 3,5 pontos) mas ambos com dispersão tendencialmente elevada. Assim, verificamos em todas as crenças avaliadas, à exceção da crença da reabilitação psicossocial, uma dispersão média a elevada ( $>15\%$ ) das respostas.

Quanto às crenças acerca dos efeitos dos psicofármacos no tratamento da depressão é verificado que a crença acerca dos efeitos positivos dos psicofármacos tem uma média mais elevada ( $\bar{x}=3,54$ ;  $s=0,46$ ) com uma baixa dispersão ( $CV=12,99\%$ ), do que as crenças sobre os seus efeitos negativos ( $\bar{x}=2,46$ ;  $s=0,50$ ) contudo com uma dispersão média ( $CV=20,30\%$ ).

**Tabela 11** -Estatística resumo relativo às crenças acerca das doenças e doentes mentais e crenças relativas aos efeitos dos psicofármacos (N=136)

Crenças acerca das doenças e doentes mentais <sup>(a)</sup>	Média	DP	CV
Incapacidade de assumir responsabilidades sociais	2,68	0,83	30,91
Crença da reabilitação psicossocial	4,94	0,55	11,22
Perigosidade	2,00	0,82	41,18
Crença na responsabilidade individual	2,63	0,75	28,67
Incurabilidade	3,60	0,94	26,18
Crenças acerca dos efeitos dos psicofármacos <sup>(b)</sup>			
Crenças acerca dos efeitos positivos	3,54	0,46	12,99
Crenças acerca dos efeitos negativos	2,46	0,50	20,30

(a) Formato de resposta: 1= discordo completamente a 6 concordo completamente;

(b) Formato de resposta: 1= discordo completamente a 5 concordo completamente

CV = coeficiente de variação

Se CV  $>15\%$  dispersão média a elevada

## **CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Após a apresentação dos resultados deste estudo, segue-se a análise destes à luz da evidência científica produzida. De ressaltar a existência de poucos estudos publicados sobre LSM relativamente a enfermeiros e nenhum sobre aqueles que trabalham em SU. A análise e discussão destes resultados tem como base duas perspectivas: LSM do enfermeiro como prestador de cuidados ao outro e LSM do enfermeiro como gestor da sua própria saúde mental.

De acordo com a componente da LSM, **o reconhecimento dos problemas e perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda**, o nível de reconhecimento da depressão pelos enfermeiros que trabalham no SU é muito elevado (91,9%) comparativamente com os resultados encontrados em estudos na sua generalidade, contudo, outros estudos mostram que os profissionais de saúde tendem a apresentar índices de reconhecimento das perturbações mentais mais altos. No trabalho por Jorm et al (1997), 72% dos participantes reconheceram algum tipo de transtorno mental, mas apenas 39% rotularam corretamente como depressão. Em estudos desenvolvidos no Japão e Suécia menos de 50% da amostra reconheceram corretamente a depressão (Dahlberg et al, 2008; Jorm, Nakane, et al. 2005; citado por Jorm, 2011) e em estudos no Canadá e Austrália houve reconhecimento da depressão superior a 75% (Jorm, Nakane, et al., Wang, Adair, et al., 2007; citado por Jorm 2011).

Em Portugal, Gouveia (2012) com profissionais de saúde e população em geral apresentaram resultados mais próximos, contudo ainda abaixo do encontrado (69,5%). Já no estudo desenvolvido por Oliveira (2018) com população adulta apresentou resultados muito próximos, sendo que a depressão foi reconhecida por (86,3%) seguido de problemas psicológicos/mentais/emocionais (39,2%), a opção tem um problema (21,6%), esgotamento nervoso (14,7%) e doença mental (14,7%) tal como no presente estudo em que problemas psicológicos/mentais/emocionais (43%), a opção tem um problema (25,2%), doença mental (20,0%) e esgotamento nervoso (17,0%). Num estudo chinês com enfermeiros (Liu et al., 2011) os resultados vão também ao encontro dos resultados encontrados, 87,1% reconheceram a vinheta como depressão, igualmente seguido de outros diagnósticos como stresse, doença mental e problemas psicológicos/mentais/emocionais. Al-Yateem, (2017) realizou um estudo com profissionais de saúde pediátricos (maioritariamente enfermeiros) e estes reconheceram a perturbação em 84,7%. Também em Singapura, um estudo com profissionais de

saúde (maioritariamente constituído por enfermeiros) verificou-se que destes, 80% identificou a depressão seguindo do stresse (16%) similar ao encontrado neste estudo (Parker et al., 2000). Contudo, também encontramos estudos com informação distinta. Um estudo chinês com enfermeiros generalistas (Hao et al., (2020) em que apenas 56,2% identificou corretamente a vinheta como depressão.

O elevado reconhecimento da perturbação mental pelos enfermeiros poderá ser sustentado pelos conhecimentos e formação que detêm na área da saúde. Segundo estudos de Nordt et al. (2006) citado por Oliveira (2018), as perturbações como a depressão foram mais bem reconhecidas pelos profissionais de saúde do que a população em geral. Contudo, houve participantes, apesar de residuais (1,4%), que identificaram a situação como comportamentos aditivos e, no que diz respeito ao rotulo “esgotamento nervoso” (17,0%), segundo Loureiro et al. (2013) trata-se de um termo inespecífico que não é característico de nenhum problema em especial e que caracteriza particamente todas as alterações de saúde mental. Mostra-se assim que apesar de uma elevada identificação da doença mental entre estes enfermeiros ainda existem áreas onde é necessária uma maior clarificação sobre perturbações e doença mental.

No que diz respeito à procura de ajuda individual caso estivessem numa situação semelhante (depressão), os enfermeiros apresentam uma elevada intensão de procurar ajuda (77,9%) resultado este que se encontra em linha com outros estudos nomeadamente de Gouveia (2012) com 75,4%, Oliveira (2018) 81,4% e Hao et al., (2020) 89,2%. No entanto, com valores elevados de reconhecimento da perturbação seria de esperar que a procura de ajuda seria elevada na mesma proporção, mas isso não se verifica e é ligeiramente mais baixa (diferença de 14%), levando a crer que não se pode basear apenas no conhecimento como precursor do sucesso da situação e que o comportamento que se segue é igualmente importante. Segundo Jorm (2011), a LSM não é baseada apenas nos conhecimentos, mas sim na ligação destes com a possibilidade de ação que beneficie o a saúde mental do próprio e dos outros. Esta diferença encontrada pode estar relacionada com as próprias barreiras que os participantes mais identificaram: “Pensar que nada me poderá ajudar” (36,4%), “Pensar que a pessoa não valoriza o que eu digo” (31,1%), “Ser tímido, sentir vergonha” (27,3%) e “Pensar que o tratamento tem efeitos secundários” (25,0%), estas 4 barreiras são também as mais valorizadas no estudo de Oliveira (2018). Tratando-se este estudo de enfermeiros que cuidam do outro, este ter noção de quais os obstáculos que dificultam o pedido de ajuda de uma pessoa permite uma maior atenção à existência ou não destas e planear intervenções que permitem minimizar estas barreiras, como exemplo, desenvolver a escuta ativa, mostrar opções de tratamento e casos de sucesso,

desmistificar possíveis efeitos secundários do tratamento, proporcionar um ambiente acolhedor e seguro, entre outros.

Este diferencial também poderá ser explicado pelas crenças sobre os profissionais e dos tratamentos, pelos acessos e disponibilidade da ajuda, os custos associados, experiências anteriores com a problemática, a familiaridade, ao estigma ligado aos problemas de saúde mental (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010; Jorm, 2012; Loureiro, 2013; Schomerus & Angermeyer, 2008; citado por Loureiro & Abrantes, 2014) e o medo da discriminação (Loureiro, 2013). A possibilidade de estigma e autoestigma do enfermeiro poderá condicionar a procura de ajuda. O enfermeiro como portador de uma perturbação mental, é ainda mais estigmatizado pois para além do estigma associado à doença mental em si acresce o facto de supostamente ter conhecimentos e competências pessoais, sociais e profissionais suficientes para que pudesse prevenir esta situação podendo levar a uma perceção de fraude, fraqueza, incompetência pelos doentes e sobretudo pelos seus pares. O estigma da doença mental entre profissionais de saúde é uma situação gravemente comum, de diferentes prevalências sujeito a fatores culturais, género, contacto com a doença mental sem ser ligada ao contexto profissional, entre outros (Batista, 2013). Em relação ao autoestigma desenvolve-se a partir de uma crença negativa sobre o próprio, baixa autoestima e autoeficácia (Watson e Corringan, 2005). A sensibilização e formação dos enfermeiros e profissionais de saúde para a área da saúde e doença mental, estigma e discriminação e a criação de estruturas com acesso a profissionais de saúde mental no local de trabalho poderá ajudar no aumento de procura de ajuda. Compreendendo a influência do estigma na saúde mental da pessoa, a sua origem e o que ela significa para o indivíduo doente, os enfermeiros, do ponto de vista profissional ou da cidadania, podem desenvolver estratégias específicas com o objetivo da redução e extinção do estigma através de uma mudança de atitude que impõe ao enfermeiro um confronto com os seus preconceitos e conhecimentos de base científica (Ferreira, et al., 2008).

Contudo, verifica-se que cerca de 40% dos enfermeiros que trabalham no SU tiveram ou têm contacto com pessoas com doença mental (amigo, familiares ou colegas de trabalho). A familiaridade da população com indivíduos com doença mental é vista como uma forma de reduzir o estigma e a discriminação (Corringan et al., 2001 citado por Gil, 2010).

Quanto à componente **conhecimentos sobre a ajuda profissional e tratamentos disponíveis**, os enfermeiros em estudo reconhecem que procurariam ajuda clínica e veem nos profissionais de saúde uma mais-valia na ajuda a questões de doença mental,

nomeadamente da depressão, os mais valorizados são o psicólogo (97,8%), o psiquiatra (90,4%) seguido do enfermeiro (83,6%) e do médico de família (80,9%).

Comparativamente com outros estudos, verifica-se também, na sua maioria, a valorização dos profissionais de saúde como pessoa credível para ajudar nestas situações podendo haver uma maior valorização de um outro profissional em detrimento do outro. No estudo de Oliveira (2018) com população adulta valorizam mais o psicólogo, o médico de família e o psiquiatra por esta ordem (>81%), já Hao et al., (2020) os enfermeiros destacam o psicólogo e o psiquiatra como os mais preferidos (>70%) e 66% desta amostra acham que com a ajuda profissional os doentes podem recuperar na sua totalidade mas com eventual recorrência da situação. No estudo de Al-Yateem (2017), os profissionais de saúde reconhecem o psicólogo, o psiquiatra e o enfermeiro de saúde mental com os mais passíveis de ajudar (>77%) assim como os enfermeiros na investigação de Liu et al. (2011) identificando também os enfermeiros como profissional apoiante.

Segundo Jorm (2011) se a pessoa reconhecer o seu problema como uma perturbação mental este poderá procurar ajuda, mas para que tenha ajuda efetiva a pessoa também precisa de saber os profissionais de saúde capazes de proporcionar estes cuidados e os tratamentos com evidência que estão disponíveis. Os enfermeiros, como profissionais de saúde, conhecem melhor o papel de cada profissional e de que tipo de tratamentos tem para oferecer podendo ser um dos motivos pelo qual estes são os mais valorizados por esta amostra.

No entanto a situação do reconhecimento do papel do enfermeiro é menos consensual entre estudos. Analisando ainda os resultados do presente estudo, um elevado número de enfermeiros (83,6%) valoriza o seu papel na ajuda a pessoas com perturbações ou doença mental, contudo, 16,2% respondem não sei ou nem útil nem prejudicial. Este último resultado pode ser explicado por desconhecimento, desvalorização e pouca visibilidade do papel do enfermeiro na área da saúde e doença mental como agente de mudança. Talvez, a existência de apenas 3,7% de enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria esteja relacionado com este resultado sendo que a existência de mais enfermeiros especialistas nesta área poderia contribuir para uma mudança de perspetiva. Segundo Caldwell & Jorm (2000), os enfermeiros tendem recomendar a eles próprios. No estudo de Hao et al., apenas 69% dos enfermeiros consideram-se uteis na ajuda. Numa população adulta apenas 63,4% consideram útil a ajuda do enfermeiro (Oliveira, 2018). O facto de serem profissionais de saúde apenas não chega para assegurar às pessoas afetadas por uma doença mental possam receber qualquer

benefício com o seu atendimento. A população precisa de acreditar que aquilo que os profissionais têm para oferecer irá ajudá-los, caso contrário, eles não irão procurar os seus serviços comprometendo a adesão às recomendações de tratamento (Jorm, 2011). Poderá ser necessário junto dos enfermeiros uma maior educação e treino para melhorar as atitudes para com as pessoas com doença mental (Caldwell & Jorm 2000). No entanto, seria importante, num outro estudo, verificar se haveria diferença no reconhecimento da utilidade do enfermeiro entre 2 opções (enfermeiro e enfermeiro especialista em saúde mental).

É também reconhecido neste estudo pelos enfermeiros, em igual proporção, amigos significativos (83,8%) e a família (70,6%) com fontes de ajuda importantes. Esta informação é consistente com outros estudos em que a população procura fontes informais de ajuda como a família e amigos e são cotadas de forma muito elevada, muitas vezes até são mais valorizadas do que os próprios profissionais de saúde (Burns & Rapee, 2006; Cotton et al., 2006; Jorm et al., 2000; Jorm et al., 2005; Jorm & Wright, 2007; citado por Jorm, 2011). A procura de apoio junto dos amigos e família pode ser benéfico, surge preocupação quando a ajuda profissional é substituída por esta (Jorm, 2011). Contudo, existe evidencia que a recuperação da depressão é presenciada quando a família oferece suporte (Keitner et al., 1995; citado por Jorm, 2011). A valorização dos amigos e família como elementos que poderão ajudar neste contexto são identificados em outros estudos (Liu et al., 2011; Oliveira, 2018; Caldwell & Jorm 2000; Parker et al., 2000; Hao et al., 2020). O enfermeiro reconhecendo a importância destas pessoas do meio social do doente mais facilmente poderá estar alerta para a envolvência destes no processo e, segundo Liu et al, (2011), promover uma relação terapêutica mais efetiva e duradora no tempo com o doente e família.

O assistente social foi o profissional que registou menor utilidade no presente estudo (13,2%), podendo estar associado à perceção de que este profissional atua apenas na resolução de situações de desequilíbrio social ou económico (Loureiro, 2013). Resultados semelhantes no estudo de Oliveira (2018) com apenas 26,7% de utilidade e Hao et al., (2020) com 24,2%.

Relativamente ao serviço telefónico de aconselhamento, cerca de metade reconheceu utilidade no serviço. Um dos motivos pelo qual não é um dos recursos mais valorizado poderá estar relacionado com a confiabilidade e confidencialidade do mesmo (Rickwood, 2005; citado por Loureiro et al., 2014)

Neste estudo foi identificado pelos enfermeiros como sendo prejudicial a pessoa tentar resolver sozinha os problemas (77,9%) que vai ao encontro à necessidade identificada de procurar ajuda (77,9%).

Relativamente aos produtos e medicamentos que podem ajudar no tratamento da depressão tende a existir uma diferença na visão entre os profissionais, que acreditam na sua eficácia, e a população em geral nomeadamente em relação com a medicação psiquiátrica que os vê de forma negativa (Jorm, 2011) devido às crenças sobre os efeitos secundários, a criação de dependência, letargia, danos cerebrais e que a medicação apenas trata dos sintomas e não as causas da doença (Angermeyer et al., 1993; Priest et al., 1996; Fishcher et al., 1999; citado por Jorm, 2011). Neste estudo, os enfermeiros destacam de forma clara os antidepressivos (78,7%) como eficazes, cujo resultado foi encontrado em outros estudos com profissionais de saúde (Caldwel & Jorm, 2000; Parker et al., 2000; Liu et al., 2011; Hao et al., 2020). No estudo desenvolvido por Oliveira (2018), com uma população adulta verifica-se um decréscimo da crença da eficácia dos antidepressivos em relação aos profissionais de saúde em que apenas cerca de metade da amostra vê benefícios com a toma de antidepressivos o que parece corroborar a ideia dos autores anteriores.

Contudo, este resultado também significa que 21,3% dos enfermeiros não reconhecem utilidade dos antidepressivos nesta situação e mostraram-se divididos relativamente à utilidade de comprimidos para dormir e desconhecimento em relação ao uso de medicação antipsicótica pelo que a necessidade de formação sobre medicação psiquiátrica parece ser necessária uma vez que existe muitas crenças negativas em torno deste tipo de medicação que podem comprometer a adesão ao tratamento e a recuperação do doente e o enfermeiro tem um papel importante na desmistificação destas ideias, no ensino e na promoção da adesão do tratamento. O reconhecimento destas crenças por parte dos profissionais é importante para a qualidade dos cuidados de forma integrada (Caldwel & Jorm, 2000).

Em relação à utilização de produtos como vitaminas e chás como tratamento para a depressão, os enfermeiros (cerca de  $\frac{3}{4}$ ) não reconhecem utilidade quanto ao seu uso indo ao encontro a outros estudos (Parker et al., 2000). Este resultado reforça também a ideia da diferença de perspetivas em relação ao público em geral no que diz respeito aos tratamentos para a depressão em que os remédios naturais são mais apreciados (Angermeyer & Matschiger, 1996; Jorm et al., 1997; citado por Jorm, 2011).

Abordando a componente sobre os **conhecimentos sobre estratégias de autoajuda eficazes**, são entendidas como estratégias mais eficazes pela grande maioria dos

enfermeiros deste estudo, estratégias com apoio profissional especializado nomeadamente fazer terapia (97,8%) e procurar ajuda especializada em saúde mental (96,3%) assim como o recurso a intervenções psicoterapêuticas como o treino de relaxamento (85,3%) e a meditação (72,8%). Estes resultados são conducentes com o facto de também terem valorizado igualmente os psicólogos e psiquiatras seguido do enfermeiro. Outros estudos com profissionais de saúde (Parker et al., 2000; Hao et al., 2020) também reconhecem a importância da ajuda especializada, mas em menor escala e equiparadas com outras estratégias menos formais como a prática de exercício físico, leitura acerca de situações similares e saídas para o exterior. Também em outros contextos e grupos amostrais (Loureiro et al., 2013; Oliveira, 2018) os resultados foram similares quanto às quatro estratégias mais valorizadas.

A prática de exercício físico é uma das estratégias de autoajuda mais identificada neste estudo (86,8%) em que os enfermeiros mostram reconhecer a importância do exercício físico para a saúde mental, logo, podendo sensibilizar os outros para a sua prática uma vez que a atividade física é promotora da redução da depressão (Jorm et al, 2002; citado por Jorm, 2011). No entanto, seria interessante perceber se este conhecimento era preditor do comportamento da prática efetiva de exercício físico pelos enfermeiros. Segundo Rosa Batista & Melo (2010), apenas 37% de uma amostra de enfermeiros no seu estudo praticavam regularmente exercício físico. Os motivos pelo qual não praticavam exercício físico passava pela falta de tempo, cansaço e falta de local apropriado para a prática de exercício.

Já o recurso a bebidas alcoólicas e fumar para relaxar foi claramente identificado pelos enfermeiros como sendo prejudicial (94,9% e 93,4%). Estes dados são consistentes com outros estudos (Loureiro et al., 2013; Pedreiro, 2013; Oliveira, 2018). Segundo Jorm (2011) o uso do álcool poderá agravar os sintomas da doença mental a longo prazo. Os enfermeiros têm capacidade para reconhecer problemas relacionados com o uso e abuso de álcool (Tsai et al., (2011); citado por Soares, Vargas & Formigoni, 2013).

O recurso à acupuntura é valorizado apenas por cerca de um terço da amostra seguindo a linha do estudo de Oliveira (2018) e Parker et al., (2000). A acupuntura é uma terapia que foi considerada eficaz no tratamento de uma serie de problemas e doenças, nomeadamente a depressão (NCCAM, 2006; Sadock & Sadock, 2007; citado por Townsend, 2009). O mesmo acontece com a opção levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol em que apenas cerca de metade dos enfermeiros reconhecem utilidade cujo resultado é concordante com Oliveira (2018) mas diferente dos estudos de Hao et al., (2020) que valorizam as saídas para o exterior.

A estratégia ler um livro de autoajuda sobre o problema reúne cerca de metade do consenso entre enfermeiros do estudo, resultados diferentes encontrados nos estudos, também com profissionais de saúde, de Hao et al. (2020) e Parker et al. (2000) que veem utilidade neste recurso. Quanto à opção consultar um site que contenha informação sobre o problema, 48,5% dos enfermeiros acredita ser prejudicial ao tratamento. Estas duas últimas situações prendem-se com as fontes de informação sobre saúde mental como cursos, livros e sites na internet, etc. cujo impacto geral na LSM é ainda desconhecido, havendo necessidade de um maior controlo de qualidade sobre estas fontes de forma a assegurar informação credível para a população (Jorm, 2011). Esta desconfiança para com a credibilidade destes sites pode ser um dos motivos pelo qual os enfermeiros entenderam-no como prejudicial. Para minimizar esta situação os enfermeiros poderão criar uma lista com sites e livros de credíveis que possam aconselhar às pessoas. Um outro motivo poderá partir do resultado do estudo de Christensen, et al., (2006) citado por Jorm (2011) em que as pessoas que consultavam os sites aumentavam o entendimento sobre intervenções e tratamento para a depressão, mas não aumentava a procura de ajuda. Assim, os enfermeiros do presente estudo encontram-se divididos quanto ao benefício destas terapias complementares e atividades menos formais, parece haver necessidade de formação quanto à utilidade das mesmas, em que contextos e para quem.

Relativamente à componente **conhecimentos e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda a outros**, a larga maioria dos enfermeiros deste estudo entenderam que as formas de prestar apoio mais importantes eram ouvir os seus problemas de forma compreensiva (97,8%) e sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado (96,3%) seguido de marcar uma consulta no médico de família com o seu conhecimento (69,9%) e incentivá-la a praticar exercício físico (69,9%). Estes resultados estão em sintonia com os restantes resultados deste estudo no que diz respeito à procura de profissionais de saúde especializados, resposta comum em inquéritos realizados na Austrália (Jorm, Blewitt, et al., 2005; Jorm et al., 2005; citado por Jorm, 2011), e da importância do exercício físico. É importante salientar a opção ouvir os seus problemas de forma compreensiva, pois estamos a abordar a competência da escuta ativa que é uma base fundamental na relação de ajuda com o outro e é a essência da prática da enfermagem (Martins, 2015), logo, é compreensível que esta competência seja muito valorizada pelos enfermeiros em estudo. Esta competência é também valorizada pela população adulta (Oliveira, 2018), querem ser ouvidos de forma compreensiva e os enfermeiros têm essa competência, permitindo uma relação

terapêutica forte e duradoura tornando assim os enfermeiros em profissionais importantes no processo da LSM na população.

Os enfermeiros deste estudo entendem de forma expressiva que é prejudicial sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas (96,3%), coincidente com achar prejudicial beber álcool para relaxar, e não valorizar o seu problema, ignorando-o até que se sinta melhor (95,6%). Em ambas as situações se sugere que a pessoa desvalorize o problema, ignorando-o, o que vai dificultar o reconhecimento do problema, logo, atrasar a procura de ajuda. A rede social do indivíduo com perturbação pode facilitar este reconhecimento e a procura de ajuda (Jorm, 2011) uma vez que existe evidência de que as pessoas com perturbação mental têm maior suscetibilidade em procurar ajuda quando uma pessoa do seu meio envolvente sugere essa mesma procura (Cusack, Deane, Wilson & Ciarrochi, 2004; citado por Jorm, 2011). Estes resultados são coincidentes com os resultados de outros estudos (Oliveira, 2018).

Ainda em relação a estratégias consideradas como desadequadas para prestar primeira ajuda nomeadamente a opção mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas, apenas 13,2% dos enfermeiros entendem esta estratégia com prejudicial. A pessoa ao ficar ocupada apenas ajuda a esquecer temporariamente o problema, não leva à procura de ajuda e ao tratamento (Loureiro et al., 2014). Quanto à opção dizer-lhe com firmeza para andar para a frente, apenas 43,4% da amostra a entende como prejudicial. Segundo Loureiro et al., (2014), falar firmemente não traz benefício e até é desaconselhado uma vez que pode levar ao isolamento do indivíduo e à não partilha dos seus problemas. Esta reserva na informação mais uma vez leva a que o profissional não identifique o problema e não encaminhe para a ajuda mais adequada.

Um dos resultados deste estudo que merece uma leitura mais atenta, é que apenas 38,2% da amostra de enfermeiros que trabalham em SU consideram útil perguntar se a pessoa tem tendências suicidas e 25% consideram prejudicial falar sobre estas questões. O suicídio é um fenómeno de grande complexidade com o envolvimento de múltiplos agentes e que, a sua frequência e seriedade, faz com que faça parte das vivências num SU (Gil et al., 2018). É importante que o enfermeiro determine a gravidade da intencionalidade, se existe um plano, disponibilidade e se o método é letal, perguntando de forma direta se pensou em se magoar? de que forma? Se a resposta for sim, qual é o plano? Se tem meios para a sua concretização? (Townsend, 2011). O medo de questionar a existência de ideias suicidas poderá estar ligado à crença de que abordando a questão do suicídio à pessoa, poderá levá-la a pensamentos suicidas

(Loureiro et al., 2013). O enfermeiro ao não fazer este tipo de perguntas dificulta o reconhecimento do problema e a procura de ajuda adequada.

Apesar de os enfermeiros desta amostra mostrarem conhecimentos efetivos sobre algumas estratégias para a primeira ajuda (escuta ativa, ajuda especializada, o não recurso ao álcool e a importância do exercício físico), existem estratégias desajustadas e que não são amplamente reconhecidas como tal (falar com firmeza para seguir em frente, não abordar ideias suicidas, manter-se ocupada para não pensar nos problemas). É essencial desenvolver programas orientados para enfermeiros (sobretudo os que trabalham no SU pelo elevado número de pessoas que procuram atendimento e pela diversidade de situações que lá ocorrem) e profissionais de saúde sobre LSM mais propriamente a primeira ajuda em saúde mental. Existe evidência em Portugal, sobretudo com jovens, da aplicação de programas de primeira ajuda em saúde mental com resultados muito positivos com incremento da LSM dos seus participantes (Cunha, 2019).

A última componente da LSM é o **conhecimento acerca do modo de prevenir os problemas e perturbações mentais**. Os enfermeiros deste estudo identificaram como formas mais significativas para prevenir problemas mentais a prática de exercício físico (86,8%) e atividades relaxantes (86,8%), manter contacto próximo com amigos (80,9%) e família (80,1%). Estes resultados são coincidentes com os resultados obtidos neste estudo na componente das estratégias de autoajuda e na importância dada à família e amigos. Estes resultados são similares com os encontrados tanto em populações adultas portuguesas (Oliveira, 2018), como em jovens (Loureiro et al., 2014). Existe evidência de que há concordância entre jovens e profissionais sobre estratégias preventivas da doença mental (Jorm, Morgan & Wright, 2010; citado por Jorm, 2011). Segundo estes mesmos autores, a maior diferença entre ambas as visões é que os jovens acreditam que evitar situações geradoras de stresse podem trazer benefícios enquanto os profissionais acham o inverso, pois, o evitamento destas situações poderá trazer prejuízos ao indivíduo como o desenvolvimento de perturbações da ansiedade (Schomerus et al., 2008; citado por Loureiro et al., 2014). Contudo, neste estudo a totalidade desta informação não é validada. Os enfermeiros identificaram evitar situações de stresse como aceitável na prevenção de problemas mentais (69,9%) mas comparativamente com jovens (Loureiro et al., 2014), estes apresentam uma taxa percentual superior.

Os enfermeiros identificaram ainda como formas de prevenção de problemas mentais a não utilização de drogas (66,2%) e de álcool (62,5%). Estes resultados carecem de uma

análise mais cuidada, pois, os resultados obtidos não são coincidentes com outros relativamente ao uso de álcool neste mesmo estudo e tratando-se de profissionais de saúde, seria espectável percentagens superiores. Comparativamente com outros estudos nacionais, tanto em jovens (Loureiro et al., 2014) como em adultos (Oliveira, 2018), ambos apresentam percentagens mais significativas. Estes resultados não deixam de criar alguma preocupação uma vez que é no SU que ocorre com maior frequência o primeiro contacto, e talvez o único, de doentes com problemas ligados ao álcool e drogas. Logo, é fundamental que os profissionais de saúde tenham competências na avaliação, intervenção e também a nível consciencialização de crenças e atitudes do próprio pois estas podem dificultar a abordagem nomeadamente aqueles que têm uma perceção distinta dos problemas ligados ao álcool e drogas como sendo uma doença (Gil et al., 2018). Um dos motivos poderá ser relacionado com a diferença de perceção entre uso ocasional e abuso, uma vez que, segundo Townsend (2011) existe hoje uma aceitação social de algumas substâncias ilegais por diversos grupos da sociedade e de alguma indiferença no abuso ocasional do álcool.

Relativamente se a crença religiosa ou espiritual é preventiva de problemas mentais, cerca de metade dos enfermeiros deste estudo desconhecem a influencia deste na prevenção e a outra metade divide-se entre a sua efetividade ou não. Resultados também encontrados em outros estudos (Loureiro et al., 2014; Oliveira, 2018). Segundo Loureiro et al., (2014), a literatura entende a crença religiosa ou espiritual como um fator protetor contra ideias suicidas.

Verifica-se assim que ainda existe melhoria a fazer em termos de conhecimentos destes enfermeiros relativamente a formas de prevenção de problemas mentais e sendo que o conhecimento está ligado aos comportamentos, pode nos levar a questionar se os próprios enfermeiros deste SU adotam comportamentos preventivos de doença mental.

Os enfermeiros que trabalham em SU deste estudo apresentam níveis satisfatórios de LSM, mais acentuado nas componentes do reconhecimento dos problemas mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda, nos conhecimentos sobre a ajuda profissional e tratamentos disponíveis e na generalidade das estratégias de autoajuda. Em relação aos conhecimentos e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda precisam de formação sobretudo a nível dos comportamentos relacionados com o suicídio e espaço para melhoria na generalidade dos conhecimentos sobre como prevenir os problemas mentais, mas destacando os malefícios do uso do álcool e drogas. Estes resultados trazem contributos importantes para a criação de programas de intervenção em LSM nos enfermeiros, especialmente nos que trabalham em

contextos de urgência assim como outros profissionais de saúde e em outros contextos. O investimento na LSM nestes enfermeiros potência as suas intervenções na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental.

Em relação às **crenças acerca dos efeitos dos psicofármacos**, os enfermeiros que trabalham em SU tendem a acreditar de forma moderada nos efeitos positivos dos psicofármacos ( $\bar{x}=3,54$ ;  $CV=12,99\%$ ) com uma dispersão baixa ( $CV < 15\%$ ) levando a crer numa homogeneidade das respostas, logo, maior consistência. Relativamente às crenças sobre os efeitos negativos dos psicofármacos ( $\bar{x}=2,46$ ;  $CV=20,30\%$ ) os enfermeiros acreditam de forma moderada baixa nestes efeitos negativos, contudo, existe uma dispersão média ( $CV > 15\%$ ) pelo que existe uma maior heterogeneidade nas respostas, ou seja, existem enfermeiros que poderão acreditar nos seus efeitos negativos ou não. Analisando ainda especificamente as respostas de cada item do instrumento verificamos a necessidade de formação e desmistificação de crenças em torno da medicação psiquiátrica.

Foi conduzido um estudo sobre os conhecimentos, atitudes e crenças dos enfermeiros relativamente à medicação com doentes com perturbação psiquiátrica grave (Byrne, Deane & Coombs, 2005), com o intuito de identificar carências de formação. O estudo concluiu que a falta de conhecimentos acerca da terapêutica estava ligada a crenças e atitudes dos próprios enfermeiros. Um conhecimento mais reduzido levava a constrangimentos dos enfermeiros em implementar estratégias de adesão. Esta carência de conhecimentos levava à resistência dos enfermeiros em investir na educação dos doentes e no desenvolvimento de estratégias de adesão à terapêutica instituída (Millar et al., 1999, citado por Cardoso, 2016). Assim, a falta de conhecimentos sobre esta área pode comprometer a adesão do tratamento com consequente prejuízo no tratamento originando complicações de várias ordens que influenciam a qualidade de vida do doente (Cardoso, 2016).

A informação relacionada com os psicofármacos é imensa e de complexidade. O enfermeiro tem a importante função de simplificar esta informação para que a pessoa possa facilmente compreender. Estes devem entender qual a finalidade da medicação, quando deve ser tomada e quais os efeitos secundários associados e possíveis reações adversas. A educação do indivíduo fomenta a cooperação e incentiva uma boa gestão do tratamento (Townsend, 2011).

Uma outra perspetiva de análise dos resultados prende-se com o possível risco de doença mental nos enfermeiros, assumindo algumas crenças erróneas sobre a medicação psiquiátrica, estas poderão levar ao comprometimento da adesão e

tratamento deste caso haja doença mental. Para uma boa adesão à medicação é fundamental que a pessoa reconheça a sua necessidade, as suas vantagens e ter em conta as atitudes e crenças pessoais (Cardoso, 2016). O abandono da terapêutica ocorre devido aos efeitos secundários (Byrne et al., Goff & Freudenreich; citado por Cardoso, (2016).

Relativamente às **crenças acerca das doenças mentais**, foram analisados os resultados segundo as dimensões da incapacidade de assumir responsabilidades sociais, crença da reabilitação psicossocial, perigosidade, crença na responsabilidade individual e a incurabilidade. A crença mais valorizada entre os enfermeiros deste estudo é a crença da reabilitação psicossocial do doente com um valor médio elevado ( $\bar{x}=4,94$ ; CV=11,22%) com menor dispersão, logo, maior homogeneidade nas respostas dos participantes, ou seja, os enfermeiros acreditam na reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental.

Segundo a OMS (2001) a reabilitação psicossocial é um processo que dá às pessoas que estão incapacitados de alguma forma, motivado pela ocorrência de uma perturbação mental, a oportunidade de alcançar um patamar de funcionalidade autónoma no meio social através do aumento das competências pessoais e de mudanças no meio envolvente. Estes resultados vão ao encontro de outras evidências relacionadas com as perspetivas de profissionais da área da saúde (Babinski & Hirdes, 2004) em que a reabilitação psicossocial é vista como um processo em constante desenvolvimento de várias formas de cuidar, vai para além da diferença entre saúde/doença, o envolvimento da família, a interdisciplinaridade e os valores profissionais. Também os enfermeiros de saúde mental do estudo conduzido por Campos (2017), acreditam na reabilitação do doente com doença mental. Os estudos também mostram que programas de reabilitação psicossocial são mais eficazes em relação ao internamento hospitalar e elegidos pelos doentes e famílias, que os participantes nestes programas têm mais possibilidade de empregabilidade, apresentam incremento na qualidade de vida, melhor autoestima, funcionamento social e ocupacional, adesão ao tratamento (Lehman, Possidente, & Hawker, 1986; MacGilp, 1991; Goldberg, 1991; Leff, Dayson, Gooch, Thornicroft, & Wills, 1996; Browne, 1999; Browne, Clarke, Gervin, Waddington, Larkin, O'Callaghan, 2000; Henderson, Phelan, Loftus, Dall'Agnola, & Ruggeri, 1999; McInerney, Finnerty, Avalos, & Walsh, 2010; citado por Violante, 2012).

A literatura e a evidencia produzida mostra benefícios na reabilitação psicossocial, sustentando assim, a crença dos enfermeiros neste estudo. Enfermeiros que acreditam

no potencial de reabilitação do doente pode levar a pensar que serão profissionais mais motivados e envolvidos no processo pois veem vantagens no mesmo. Verifica-se assim uma alteração positiva na forma de encarar as perturbações mentais.

Em relação à dimensão da incurabilidade, crença de que a doença mental é crónica, incurável e para controlo do doente é necessário o recurso à terapêutica farmacológica (Campos, 2017), os enfermeiros deste estudo mostram um valor médio elevado da crença da incurabilidade da doença mental ( $\bar{x}=3,60$ ; CV=26,18%), isto é, superior a 3,5 pontos, contudo, havendo uma dispersão média, significa que há enfermeiros que poderão acreditar na possível cura das doenças mentais, havendo diversidade de opiniões. Estes resultados são similares com outros estudos nomeadamente com enfermeiros de saúde mental que apresentam uma crença moderada baixa da incurabilidade (Campos, 2017) assim como o estudo de Gil (2010) com estudantes de enfermagem. No estudo de Loureiro et al., (2008) com a população adulta de um concelho da região centro de Portugal também encontraram valores médios elevados para a crença da incurabilidade.

Quanto à crença na perigosidade do doente mental, os resultados mostram valor médio baixo ( $\bar{x}=2,00$ ; CV=41,18%), mas com dispersão elevada, a mais elevada de todas as dimensões, ou seja, os enfermeiros não veem os doentes como pessoas perigosas ou com comportamentos imprevisíveis. Contudo, com uma dispersão muito elevada significa que há enfermeiros que têm uma visão contrária. Comparando valores médios da crença de perigosidade, o estudo com enfermeiros de saúde mental apresenta resultados próximos (Campos, 2017). Todavia, no estudo de Gil (2010) e de Loureiro et al., (2008) apresentam valores médios mais elevados. Este resultado do presente estudo poderá estar relacionado com experiências no contexto de exercício profissional destes enfermeiros no SU onde chegam doentes nas fases mais agudas e descompensadas da sua doença.

Relativamente às crenças da incapacidade de assumir responsabilidades sociais ( $\bar{x}=2,68$ ; CV=30,91%) e a crença na responsabilidade individual ( $\bar{x}=2,63$ ; CV=28,67%), ambas as crenças apresentam valores médios baixos, ou seja, apontam para a crença de que o doente é capaz de assumir responsabilidades sociais (ex.: laborais e familiares) apesar das suas incapacidades, no entanto, acreditam que o doente tem dificuldade em assumir responsabilidades individuais quanto à sua própria saúde mental. Contudo, também aqui se verifica uma dispersão elevada em ambas as crenças havendo enfermeiros que têm uma visão contrária quanto à capacidade de responsabilização do doente. Quanto a esta dimensão, o estudo de Campos (2017)

volta a apresentar resultados similares e os estudos de Gil (2010) e Loureiro et al., 2008) apresentam valores médios mais elevados.

## **CONCLUSÃO**

A importância dada à saúde mental pela sociedade é cada vez maior e a prevalência de doenças mentais continua em crescimento sendo uma problemática mundial onde é essencial procurar respostas para esta demanda através de pesquisa e estudo na área da saúde mental como diretiva do Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2030 (OMS, 2013). Os enfermeiros são profissionais de saúde que reúnem conhecimentos e competências primordiais para intervir no processo de saúde/doença no indivíduo, grupo ou comunidade com base numa relação terapêutica e empatia, tanto a nível da promoção da saúde mental, tendo como aposta a melhoria da LSM desta, como a nível da prevenção e tratamento das doenças mentais. Os enfermeiros que trabalham em SU podem ter um papel fundamental em termos do reconhecimento de sinais e sintomas de perturbações mentais e mobilizar recursos para a primeira ajuda em saúde mental. Foi neste âmbito que se realizou este estudo para conhecer o nível de LSM acerca da depressão dos enfermeiros que trabalham em SU.

As limitações deste estudo prendem-se com a escassez de evidência científica sobre a LSM de enfermeiro que trabalham em SU, que possibilite comparar os resultados de um modo mais efetivo. O reduzido número da amostra também não possibilita a generalização. É importante que sejam realizados estudos que permitam a inclusão de amostras superiores e mais representativas, contextos específicos e mais alargados de forma a produzir conhecimentos acerca das realidades e criar estratégias de intervenção para cada contexto.

Os enfermeiros que trabalham em SU que participaram neste estudo mostraram uma elevada capacidade no reconhecimento da depressão comparativamente com outros estudos. A intenção de procura de ajuda numa situação semelhante é também elevada apesar de inferior ao reconhecimento do problema. Os enfermeiros identificam o psicólogo e o psiquiatra como os profissionais mais uteis nesta situação seguido do enfermeiro (83,6%), ou seja, 16,2% dos enfermeiros não reconhecem benefícios na intervenção do próprio. Este resultado poderá estar relacionado com barreiras à procura de ajuda mas também com a necessidade de maior valorização do papel do enfermeiro neste processo e sensibilização deste para a doença mental. Talvez a existência de enfermeiros especialistas de saúde mental e psiquiatria nos serviços de urgência poderiam contribuir para uma mudança de perspetiva. Os enfermeiros identificaram como importantes adjuvantes neste processo ainda o médico de família, os amigos e

família e a toma de antidepressivos. Nas estratégias de autoajuda os profissionais valorizaram muito a ajuda especializada em saúde mental seguido do exercício físico e relaxamento mas necessitam de melhorar o conhecimento a nível de outras formas de autoajuda.

Os participantes apresentam conhecimentos e competências satisfatórios para prestar apoio e dar a primeira ajuda na sua generalidade à exceção dos conhecimentos a nível suicídio em que apenas 38,2% identificou como útil perguntar sobre tendências suicidas e 25,0% da amostra entendia ser prejudicial, mostrando necessidades formativas neste âmbito.

Os enfermeiros mostraram também conhecimentos satisfatórios sobre o modo de prevenir os problemas e perturbações mentais mas existe ainda espaço para melhoria em todas itens identificados, sobretudo em relação à não utilização de drogas e álcool como medidas preventivas carecendo assim de uma maior sensibilização e conhecimentos na área da prevenção.

Quanto às crenças ligados aos psicofármacos, os enfermeiros tendem a acreditar mais nos seus efeitos positivos em detrimento dos seus efeitos negativos. Em relação às crenças associadas às doenças e doentes mentais, a mais evidenciada é sobre a crença da reabilitação psicossocial do doente em que o enfermeiro, de forma muito positiva, acredita no potencial de recuperação. A crença da incurabilidade da doença mental é a segunda crença mais identificada. Os enfermeiros acreditam na capacidade do doente assumir responsabilidades sociais, no entanto, duvidam da sua capacidade em assumir responsabilidades individuais. A crença na perigosidade do doente é a crença menos pontuada, contudo, tem uma dispersão elevada. É necessário conhecer estas crenças destes enfermeiros de forma que estas possam ser desmistificadas para não serem um entrave na LSM.

Assim, os enfermeiros que trabalham em SU apresentam na generalidade níveis satisfatórios de LSM, ou seja, a probabilidade de reconhecer uma doença mental aumenta, assim como a probabilidade do início de uma intervenção por um profissional adequado com conseqüente melhoria dos resultados em saúde. Contudo, tratando-se de profissionais de saúde é expectável uma exigência superior havendo ainda lugar para melhoria dos conhecimentos e competências.

Estes resultados mostram a necessidade de maior sensibilização dos enfermeiros para as doenças mentais e criar programas estruturados e específicos ao contexto, dirigidos a enfermeiros que trabalham em SU.

Estes níveis satisfatórios de LSM são também um indicador quanto à gestão da saúde mental do próprio enfermeiro mostrando ser detentor de alguns conhecimentos e estratégias que pode recorrer em caso de sinais de perturbação mental. Sabendo das dificuldades de varia ordem ligados aos SU e o risco de desenvolvimento de perturbações mentais associados, o facto dos pares com os quais o enfermeiro trabalha terem níveis satisfatórios de LSM pode contribuir para uma melhor identificação de um problema de saúde mental de um colega de trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. [https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/Relatorio\\_Estudo\\_Saude-Mental\\_2.pdf](https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf)
- Al-Yateem, N., Rossiter, R., Robb, W. & Slewa-Younan, S. (2018). Mental health literacy of school nurses in the United Arab Emirates. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(6). Doi:10.1186/s13033-018-0184-4
- Al-Yateem, N., Rossiter, R., Robb, W., Ahmad, A., Elhalik, M., Albloshi, S., Slewa-Younan, S. (2017). Mental health literacy among pediatric hospital staff in the United Arab Emirates. *BMC Psychiatry*, 17(390). Doi:10.1186/s12888-017-1556-z
- Amaral, S. (2016). *Saúde Mental: O conceito e a psicologia positiva*. <https://www.portaldasaudemental.pt/artigos/saude-mental-conceito-psicologia-positiva/>.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5th ed.). Artmed Editora
- Azevedo, S. & Oliveira, A. (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional, *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30, 227-234. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v30n4/v30n4a04.pdf>
- Babinski, T. & Hirdes, A. (2004). Reabilitação psicossocial: a perspetiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. *Texto & contexto – Enfermagem*, 13 (4), 568-576. Doi: 10.1590/S0104-07072004000400009
- Batista, L. (2013). *Os Profissionais de Saúde e o Estigma da Doença Mental*. [Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71844/2/30496.pdf>
- Brazão, M., Nóbrega, S., Bebiano, G. & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(3), 8-14. [https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23\\_n3\\_2016\\_08\\_14.pdf](https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf)
- Byrne, D. & Deane, F. Coombs, T.. (2005). Nurse's beliefs and knowledge about medications are associated with their difficulties using patient treatment adherence

- strategies. *Journal of Mental Health*, 14 (5), 513-521.  
Doi:10.1080/09638230500271378
- Cabral, L. & Florentim, R.. (2015). Saúde mental dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários. *Millennium – Jornal of Education, Technologies and Health*, 49 (20), 195-216. <https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/8085>
- Caldwell, T. & Jorm, A. (2000). Mental health nurses' beliefs about interventions for schizophrenia and depression: a comparison with psychiatrists and public. Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*, 34 (4), 602-611. Doi: 10.1080/j.1440-1614.2000.00750.x.
- Campos, P. (2017). *Crenças, Opiniões e Atitudes dos Enfermeiros de Saúde Mental, Face à Doença Psiquiátrica*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto] <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18192/1/MESTRADO%20PAULA%20CAMPOS.pdf>
- Cardoso, A. (2016). *Adesão ao Tratamento nas Perturbações Psiquiátricas Graves*. [Tese de Doutoramento, Nova Medical School da Universidade Nova de Lisboa]. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/20387/1/Cardoso%20Ana%20Margarida%20TD%202016.pdf>
- Carvalho, D., Querido, A., Tomás, C., Gomes, J., & Cordeiro, M. (2019). A saúde mental dos enfermeiros: um estudo preliminar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 21. Doi: [org/10.19131/rpesm.0237](https://doi.org/10.19131/rpesm.0237)).
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta
- Correia, S. (2012). *Construção e Validação de um Instrumento de Avaliação de Literacia em Saúde Mental para Adolescentes e Jovens*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. [https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=details&id\\_sp=4344&l=1](https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=details&id_sp=4344&l=1)
- Corrigan, P., Watson, A., Warpinski, A. & Gracia, G. (2004). Implications of Educating the Public on Mental Illness, Violence, and Stigma. *Psychiatric Services*, 55 (5), 577-580. Doi:10.1176/appi.ps.55.5.577
- Costa, L. (2018). *Avaliação do impacto do programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental na Literacia em Saúde Mental dos estudantes de Enfermagem*. [Dissertação de

Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].  
<https://repositorio.esenfc.pt/rc/>

Cunha, S. (2019). *Efetividade do programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental em estudantes do 1.º ano de Enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1119922>

De Jacq, K., Norful, A. & Larson E.. (2016). The Variability of Nursing Attitudes Toward Mental Illness: An Integrative Review. *Arch Psychiatr Nurs*, 30(6), 788-796. Doi: 10.1016/j.apnu.2016.07.004.

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. *Int J Environ Res Public Health*, 15 (7), 1318. Doi: 10.3390/ijerph15071318

Estuqui, M., Guessser, R., Souza, T., Lourenço, L. & Souza, W. (2022). Saúde Mental do Enfermeiro Frente ao Setor de Emergência e a Reanimação Cardiopulmonar. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96, 38, 1-10. Doi:10.31011/reaid-2022-v.96-n.38-art.1316

Ferreira, L., Jorge, L., Dias, M., Firmino, P., Narigão, M. & Florido, P. (2008). Estigma: O inimigo invisível. Em *Saúde Mental e Equilíbrio Social* (pp.151-157). Sociedade portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Garrido, P., Pereira, S., Polido, F., Bastos, H. & Craveiro, A. (2011). Abordagem do doente agitado no Serviço de Urgência. *Psiquiatria Clínica*, 32 (3), 169- 183.

Gil, I. (2010). *Crenças e Atitudes dos Estudantes de Enfermagem acerca das Doenças e Doentes Mentais: Impacto do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra].  
<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/18217/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>

Gil, L., Oliveira, C. & Queiroz, L. (2018). Ideação Suicida. Em H Ribeiro & A. Ponte (1ª Ed.) *Urgências Psiquiátricas* (pp. 157-166). Lidel, Lisboa. 1ª edição; 157-166. ISBN: 978-989-752-314-4

Gonçalves, A., Cabral, L., Cruz, C., Chaves, C., Sequeira, C. & Rodrigues, J. (2021). Literacia em Saúde Mental Positiva nos Enfermeiros de Cuidados de Saúde

- Primários. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 71-84. Doi:<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2044>
- Gouveia, M. (2012). *Literacia em saúde mental de profissionais de saúde e população em geral*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]
- Guimarães, C.. (2012). *Crenças dos Profissionais de saúde acerca de determinantes de comportamentos de saúde: Construção de um instrumento de avaliação*. [Dissertação de Mestrado Faculdade de Psicologia da Universidade do Minho]. <https://hdl.handle.net/1822/24300>
- Hao, Y., Wu, Q., Luo, X., Chen, S., Qi, C., Long, J., Xiong, Y., Liao, Y. & Liu, T.. (2020). Mental Health Literacy of Non-mental Health Nurses: A Mental Health Survey in Four General Hospitals in Hunan Province, China. *Frontiers in Psychiatry*, 11. Doi10.3389/fpsy.2020.507969
- Hsiao, C., Lu, H. & Tsai, Y., (2015). Factors influencing mental health nurses attitudes towards people with mental illness. *Int J Ment Health Nurs*, 24 (3), 272-280. Doi: 10.1111/inm.12129
- Hurley, J., Hutchinson, M., Kozlowski, D., Gadd, M. & Vorst, S. (2020). Emotional intelligence as a mechanism to build resilience and non-technical skills in undergraduate nurses undertaking clinical placement. *Int J Ment Health Nurs*, 29 (1), 47-55. Doi: 10.1111/inm.12607
- Jorm, A. & Reavley, N. (2011). National survey of mental health literacy and stigma. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 947-956. <https://pdfs.semanticscholar.org/d96a/e351a5b9ecfe6a519c8e4c2dd947873f426e.pdf>.
- Jorm, A. (2000). Mental health literacy: Public Knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*, 177, 396-401. Doi: 10.1192/bjp.177.5.396.
- Jorm, A. (2012). Mental Health Literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*, 67 (3), 231-243. Doi: 10.1037/a0025957.
- Jorm, A. (2014). Mental health literacy promoting public action to reduce mental health problems. Em L. Loureiro *Literacia em saúde mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (Vol. 8, pp. 27-39). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2420&id\\_revista=19&id\\_edicao=61](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2420&id_revista=19&id_edicao=61)

- Jorm, A. (2020). We need to move from 'mental health literacy' to 'mental health action'. *Mental Health & Prevention*, 18. Doi:10.1016/j.mhp.2020.200179
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166 (4), 182-186. <https://www.mja.com.au/journal/1997/166/4/mental-health-literacy-survey-publics-ability-recognise-mental-disorders-and>
- Jorm, A., Morgan, A. & Wright, A. (2010). Actions that Young People Can Take to Prevent Depression, Anxiety and Psychosis: Beliefs of Health Professionals and Young People. *Journal of Affective Disorders*, 126, 278-281. Doi:10.1016/j.jad.201003.011
- Kelly, C., Jorm, A., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Med J Aust*, 187(7), S26-30. Doi: 10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x.
- Korhonen, J., Axelin, A., Katsjisto, J. & Lahti, M.. (2022). Construct validity and internal consistency of the revised Mental Health Literacy Scale in South African and Zambian contexts. *Nursing Open*, 9 (2), 966-977. Doi.org/10.1002/nop2.1132
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T. & Li, R. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw. Open*, 3, e203976. Doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
- Lakdawala, B., Vankar, G., Panchal, B. & Shah, P. (2016). Schizophrenia literacy amongst nursing students and nursing staff: an exploratory study. *Indian journal of mental Health*, 3 (3), 305-317. Doi:10.30877/IJMH.3.3.2016.305-317.
- Lalanda, P. (1995). A interação enfermeiro-doente. *Nursing*, 88 (8), 28 - 32.
- Letvak, C., Ruhm, T. & McCoy (2012). Depression in hospital-employed nurses. *Clinical Nurse Specialist*, 26. Doi: 10.1097/NUR.0b013e3182503ef0
- Linden, M. & Kavanagh, R.. (2012). Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *J Adv Nurs*, 68 (6), 1359-1368. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05848.x.
- Liu, W., Gerdtz, M. & Liu, T.. (2011). A survey of psychiatrists' and registered nurses' levels of mental health literacy in a Chinese general hospital. *Int Nurs Ver*, 58 (3), 361-369. Doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00883.

- Loureiro, L., Dias, C. & Ferreira, P.. (2006). Um Inventário de Crenças acerca da Doença Mental. *Revista Investigação Enfermagem*, 14 (8), 36-44. <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:3094>
- Loureiro, L. (2014). Primeira ajuda em saúde mental. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Loureiro, L., & Abrantes, A.. (2014). Estigma e procura de ajuda em saúde mental. Em L. Loureiro *Literacia em saúde mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (Vol. 8, pp. 41-61). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2420&id\\_revista=19&id\\_edicao=61](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2420&id_revista=19&id_edicao=61)
- Loureiro, L., Barroso, T., Mendes, A., Rodrigues, M., Oliveira, R. & Oliveira, N.. (2013). Literacia em saúde mental dos adolescentes e jovens portugueses sobre o abuso de álcool. *Esc Anna Nery*, 17 (3), <https://www.scielo.br/j/ean/a/qBRSjv9V98bJj7zsnsjBcdd/?format=pdf&lang=pt>
- Loureiro, L., Dias, C. & Aragão, R.. (2008). Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista de Enfermagem Referência*. 2(8), 33–44. [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2118&id\\_revista=4&id\\_edicao=24](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2118&id_revista=4&id_edicao=24)
- Loureiro, L., Jorm, A., Mendes, A., Santos, J., Ferreira, R., & Pedreiro, A.. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BMC Psychiatry*, 13, 129. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-129>
- Loureiro, L., Jorm, A., Oliveira, R., Mendes, A., Santos, J., Rodrigues, M. & Sousa, C.. (2014). Mental health literacy about schizophrenia: a survey of portuguese youth. *Early Interv Psychiatry*, 9 (3), 234-241. Doi: 10.1111/eip.12123.
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R. & Ferreira, R.. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (6), 157-166. Doi:10.12707/RIII11112
- 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*, 35, 42-48. <https://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-sinais-vitais/revista-investigacao-enfermagem/49-2012-2015/562-revista-investigacao-enfermagem-n-25?start=4>

- Loureiro, L., Sequeira, C., Amorim, R., & Gomes, S. (2014). Rótulos psiquiátricos: “bem-me-quer, mal-me-quer, muito, pouco e nada...”. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Ed. Esp. 1, 40-45. <https://scielo.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a07.pdf>
- Loureiro, L.. (2015). Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas. *Revista Enfermagem Referência*, 4(4), 79-88. Doi: 10.12707/RIV14031.
- Maia, A. (2018, março 23). Um em cada cinco enfermeiros diz sofrer de sintomas de depressão grave. *Jornal Público*. <https://www.publico.pt/2018/03/23/sociedade/noticia/um-em-cada-cinco-enfermeiros-diz-sofrer-de-sintomas-de-depressao-grave-1807692>.
- Mancuso, J. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, 10 (3), 248-55. Doi:10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x
- Marques, M. (2020). Literacia em Saúde Mental da Puérpera. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Martins, M.. (2019). Opiniões e atitudes dos profissionais de saúde face à doença mental em diferentes serviços de um Hospital Geral. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32289/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Maria%20Isabel%20Martins.pdf~](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32289/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Maria%20Isabel%20Martins.pdf~)
- Martins, P. (2015). Escuta ativa nos cuidados de enfermagem: uma intervenção confortadora. [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/18342>
- McCarthy, C. & Aquino-Russell, C. (2009) A Comparison of Two Nursing Theories in Practice: Peplau and Parse. *Nursing Science Quarterly*, 22, 34-40. Doi: <https://doi.org/10.1177/089431840832933>
- Meira, H. & Coelho, S. (2019). Riscos psicossociais dos enfermeiros que prestam assistência ao doente crítico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (22), 127-138. Doi: <https://doi.org/10.12707/RIV19018>
- Meleis A., Sawyer L., Im E., Messias D. & Schumacher K (2000) Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci*, 23(1),12–28. Doi:10.1097/00012272-200009000-00006

- Meleis, A. (2012) *Theoretical Nursing Development & Progress* (5ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2018) Transitions Theory: Middle-Range and Situation- Specific Theories. *Nursing Research and Practice*.  
[https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf).
- Melo, Z. (2015). *Atitudes e Conhecimentos de Profissionais de Enfermagem Sobre cuidados a Pacientes com Transtornos Mentais*. [Dissertação de Mestrado Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo].  
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-06012016-125820/publico/ZILDAMARIADEMELO.pdf>
- Mendes, A. & Machadeiro, J. (2014). O stress e a saúde dos enfermeiros a trabalhar em serviços de psiquiatria. In Atas da XIV Pan American Nursing Research Colloquium, Cartagena das Índias, Colômbia, 1ª Edição.
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde*. Autor.  
[https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf).
- Moura, R., Chavaglia, S., Coimbra, M., Araújo, A., Scárdua, A., Ferreira, L., Dutra, C. & Ohl, R.. (2022). Common mental disorders in emergency services nursing professionals. *Acta Paulista Enfermagem*, 35 (eAPE03032). Doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03032.
- Muniz, D., Andrade, E. & Santos, W. (2019). A Saúde Mental do Enfermeiro com a Sobrecarga de trabalho. *Revista de Iniciação Científica*, 2 (Esp.2), 274-279. Recuperado de <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/275>
- 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>
- Oliveira, C. (2018). A literacia em saúde mental acerca da depressão numa população adulta. [Dissertação Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].  
<https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Ordem dos Enfermeiros (1998). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República II Série*, 108 (abril): 179-182. [www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento 124/2011. *Diário da República II Série*, 35 (fevereiro): 8656-8657. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124\\_2011\\_competenciasespecificasituacaocritica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecificasituacaocritica.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2012a). *Regulamento de perfil de competências dos enfermeiros de cuidados gerais*. Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2012b). *Repe e Estatutos da Ordem dos Enfermeiros*. Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2022). Regulamento 313/2022. *Diário da República II Série*, 131 (julho): 179-182. <https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (2020). *Saúde Mental e Considerações Psicossociais durante o Surto COVID-19*. Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth>
- Organização Mundial da Saúde (1998). *Health Promotion Glossary*. Autor.
- Organização Mundial da Saúde (2001a). *Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Climepsi Editores.
- Organização Mundial da Saúde (2001b). *Strengthening Mental Health Promotion*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organização Mundial da Saúde (2013). *Plano de ação integral sobre a saúde mental 2013-2030*. World Health Organization. [http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2015/07/PLAN-ACION-S-MENTAL-OMS-9789243506029\\_spa.pdf](http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2015/07/PLAN-ACION-S-MENTAL-OMS-9789243506029_spa.pdf).
- Organização Mundial da Saúde (2021). *Health Promotion Glossary of terms 2021*. Autor. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- Orsini, M., Nascimento, J., Azizi, M., Reis, C., Nunes, N., Eigenheer, J., Moreno, A., Santanna, M., Leite, M., Bastos, V., Teixeira, S., Oliveira, A. & Cardoso, C. (2020). Danos psíquicos durante pandemia por COVID-19 no Brasil. *Enfermagem Brasil*; 19 (3): 196-201. <https://doi.org/10.33233/eb.v19i3.4256>.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V., Papoutsis, E. & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers

- during the Covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behav. Immun*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>.
- Parker, G., Chen, H., Kua, J., Loh, J. & Jorm, A. (2000). A comparative mental health literacy survey of psychiatrists and other mental health professionals in Singapore. *Aust N Z J Psychiatry*, 34 (4), 627-636. Doi: 10.1080/j.1440-1614.2000.00739.x.
- Pedreiro, A. (2013). Literacia em Saúde Mental de Adolescentes e Jovens sobre Depressão e Abuso de Álcool. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra]. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11070/1/ANA\\_PEDREIRO.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11070/1/ANA_PEDREIRO.pdf)
- Peplau, H. (1990) *Relaciones interpersonales en enfermeira: un marco de referencia conceptual para la enfermeira psicodinâmica*. Masson-Salvat
- Pina, C. (2018). A Literacia em Saúde Mental acerca do uso/abuso de álcool. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Pinho L., Correia T., Sampaio F., Sequeira C., Teixeira L., Lopes M. & Fonseca C. (2021). The use of mental health promotion strategies by nurses to reduce anxiety, stress, and depression during the COVID-19 outbreak: A prospective cohort study. *Environ Res. Apr*, 195:110828. Doi:10.1016/j.envres.2021.110828.
- Rocha, M., & Almeida, D. (2000). O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Ver Latino-Am*, 8 (6), 96-101. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/FhrPV8gz3hmsNhtPmMfbpBN/?format=pdf&lang=pt>
- Rodrigues, V. & Ferreira, A.. (2011). Fatores geradores de estresse em enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19 (4). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000400023>).
- Rosa, A., Loureiro, L. & Sousa, C. (2014). *Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes*. Em L. Loureiro *Literacia em saúde mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (Vol. 8, pp. 79-83). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2420&id\\_revista=19&id\\_edicao=61](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2420&id_revista=19&id_edicao=61)
- Rosa, G., Baptista, J. & Mello, D. (2010). A Importância da Prática Regular de Exercício Físico segundo Enfermeiros da Cidade de Mangaratiba – RJ. *Revista de pesquisa Cuidado é Fundamental*, 29, 529-532. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2010.v0i0.%25p>

- Sampaio, F., Sequeira, C. & Teixeira, L. (2020). Impacto do surto de COVID-19 na saúde mental dos enfermeiros: um estudo de coorte prospectivo. *Environmental Research*, 194. <http://dx.doi.org/10.1016/j.envres.2020.110620>
- Schmidt, B., Crepaldi, M., Bolze, S., Neiva-Silva, L., & Demenech, M., (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de psicologia*, 37, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>.
- Soares, J., Vargas, D., Formigoni, M. (2013). Atitudes e conhecimentos de enfermeiros frente ao álcool e problemas associados: impacto de uma intervenção educativa. *Ver Esc Enferm USP*, 47 (5), 1178-1185. Doi: 10.1590/S0080-623420130000500023
- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria (2016). *Informe – Guia Essencial para Jornalistas sobre saúde mental*. Sociedade Portuguesa de Psiquiatria <http://www.sppsm.org/wp-content/uploads/2016/09/informemente-set2016.pdf>.
- Somville, F., De Gucht, V. & Maes, S. (2016). The impact of occupational hazards and traumatic events among Belgian. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 27, 24-59. Doi: 10.1186/s13049-016-0249-9.
- Sousa, C. (2015). *Programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental: Avaliação da Intervenção*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Stuart, G & Laraia, M. (1998). *Principles and practice of psychiatric nursing process*. Mosby.
- Townsend, M. (2009). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica- Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª Eds). Lusociência.
- Vale-Dias, M., Carvalho, M., Martins, M. & Vieira, S. (2014). Mental health literacy, stigma, shame and self criticism: a study among young adults. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 47 - 55. Doi:10.17060/ijodaep.2014.n1.v2.416
- Valery, K. & Prouteau, A.. (2020) Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Res*, 290, 113068. Doi: 10.1016/j.psychres.2020.113068.
- Vargas, D. & Braga, L. (2006). O enfermeiro de unidade de tratamento intensivo: refletindo sobre seu papel. *Rev Fafibe*, 2, 1-6.

<https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/10/19042010093459.pdf>

Vasconcelos, M. (2016). *Literacia em saúde mental e o papel da proximidade a problemas de saúde mental: Follow-up do projeto abrir espaço à saúde mental*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa].

<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20556/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20FINAL%20MARCIA%20VASCONCELOS.pdf>

Veloso, L., Laurindo, L., Sousa, L., Veloso, C., Júnior, F. & Monteiro, C.. (2016). Prevalência de ansiedade em profissionais de enfermagem de urgência e emergência. *Revista de enfermagem UFPE*, 10(11), 3969-3976. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11479>

Violante, C. (2012). *Programas de Reabilitação Psicossocial em Pessoas com Doença Mental Crónica Impacto na Perceção de Qualidade de Vida e de Suporte Social*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1224/1/Carlos\\_Violante.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1224/1/Carlos_Violante.pdf)

Watson, A. & Corrigan, P. (2005). Challenging public stigma: a targeted approach. Em P. Corrigan, P. (ed). *On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change* (pp. 281-295). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10887-013>.

Wong, A., Jia, S., Shi, S., Sun, X., Zhu, Y. & Shen, M. (2022). Validation and Psychometric Testing of the Chinese Version of the Mental Health Literacy Scale Among Nurses. *Front Psychol*, 26 (12). Doi: 10.3389/fpsyg.2021.791883

Wu D., Jiang C. & He C. (2020). Stressors of nurses in psychiatric hospitals during the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res*.2956. Doi:10.1016/j.psychres.2020.112956.

Yeo, S., Parker, G., Yap, H. & Mahendran, R. (2003). Mental health literacy beliefs. A comparison of psychiatric trained nurses and enrolled nurses in Singapore. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41(3), 34-41. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>



## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental



## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe é dirigida, por favor assine este documento.

Eu, Lisa da Conceição Rodrigues Neves, Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra encontro-me a desenvolver um estudo intitulado “Literacia em saúde mental dos enfermeiros dos serviços de urgência”, que têm como objetivo principal caracterizar o nível de literacia em saúde mental dos enfermeiros dos serviços de urgência do Centro Hospitalar de Leiria.

Este estudo que será desenvolvido ao longo de um ano e permitirá conhecer os níveis de literacia em saúde mental, caracterizar as crenças sobre doença mental, identificar a relação entre o nível de literacia em saúde mental e crenças dos enfermeiros dos serviços e analisar a relação entre o nível de literacia em saúde mental dos enfermeiros dos serviços de urgência do Centro Hospitalar de Leiria e as crenças face à doença mental.

A sua participação no referido estudo consiste no preenchimento de um questionário e a sua autorização permitirá tratar e analisar os dados obtidos através do preenchimento do mesmo, que servirão de base para elaboração da tese de mestrado. Estima-se que o preenchimento do mesmo demore em média de resposta é de quinze (15) minutos. O estudo não é financiado por entidades externas aos investigadores e os participantes não receberão qualquer pagamento pela sua participação. O mesmo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética. Será mantido o anonimato e confidencialidade dos dados e serão utilizados exclusivamente para o presente estudo e publicações científicas que dela decorram. Os investigadores responsabilizam-se pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a exposição indevida dos dados do estudo. No final do estudo serão eliminados.

A sua participação no estudo é voluntário e não traz riscos. Será assegurado em todos os momentos a sua privacidade. Pode recusar participar no estudo, interromper a sua participação ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e sem quaisquer consequências. Se tiver dúvidas e necessitar de esclarecimentos adicionais antes, durante ou após o preenchimento do questionário poderá fazê-lo através do contacto disponibilizado em baixo.

Obrigado pela sua colaboração

### Parte declarativa do investigador/profissional de saúde:

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento.

Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão.

Também garanti que, em caso de recusa, será assegurado o respeito pelos seus direitos, assim como informei que a qualquer momento pode retirar o consentimento.

Nome Legível do investigador:		Serviço/Departamento: Urgência Geral
Data:	Hora:	N.º Cédula Profissional
Contacto Institucional do investigador/profissional de saúde:	Assinatura:	

### Parte declarativa da pessoa que consente:

*Por favor leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.*

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pela(s) pessoa(s) que acima assina(m) este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, bem como o tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

**AUTORIZO**  **NÃO AUTORIZO**, participar neste estudo e que tomo a minha decisão de forma inteiramente livre, e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Data:	Assinatura(s): _____
-------	----------------------

Se o menor tiver discernimento, deve também assinar

**SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE** (se o menor tiver discernimento e 16 ou mais anos, deve também assinar)

**Representante legal;**  **Pessoa de relação próxima com o (a) Participante**

Pai/Mãe  Filho/Filha  Cônjuge  Tutor  Outro (especificar)

Nome \_\_\_\_\_

Cartão Cidadão/BI  Passaporte  Carta de condução N.º \_\_\_\_\_ Data Emissão ou validade:

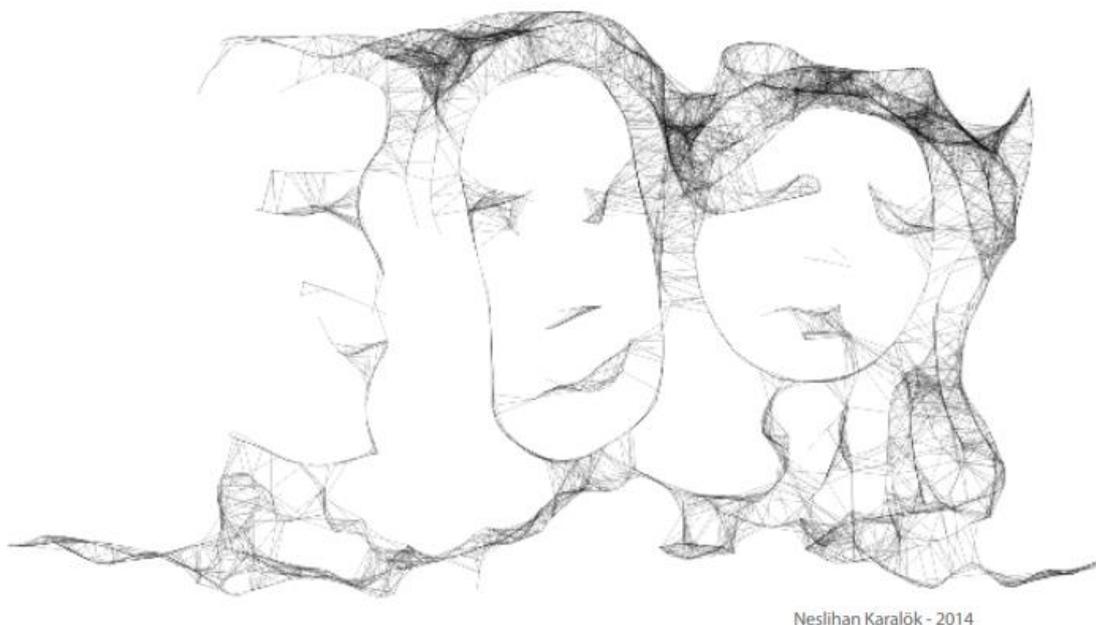
Assinatura \_\_\_\_\_ Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Consentimento Informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação nos termos da Norma N.º 015/2013 da Direcção-Geral da Saúde, de acordo com: Declaração de Helsínquia, Convenção de Oviedo e respeitando o estabelecido no Regulamento Geral de Protecção de Dados.*

## LITERACIA EM SAÚDE MENTAL - QuALiSMental\*

O presente questionário<sup>1</sup> insere-se no Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e destina-se a colher dados com objetivo de caracterizar e compreender aquele que é o entendimento e conhecimento das pessoas relativamente a algumas questões de saúde. Ao aceitar responder a este questionário deve ler todas as questões e preencher cada questão conforme as diretrizes, assinalando com uma cruz (x) quando lhe é solicitado, ou ainda manifestando a sua opinião em questões para o efeito. Não há respostas certas ou erradas, apenas a sua opinião.



Neslihan Karalök - 2014

\* Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

<sup>1</sup> Versão adaptada e autorizada para Portugal do National Survey of Mental Health Literacy in Young People - Interview version.

**Orientanda:** Lisa Neves (lisacrn@hotmail.com)

**Investigador Responsável e Orientador:** Luís Loureiro, Ph.D. (luisloureiro@esenfc.pt);

## Parte I

### Género:

Masculino

Feminino

Idade: \_\_\_\_\_ anos

### Estado Civil:

Solteiro

Casado/União de

Viúvo

Divorciado

### Local de Trabalho:

SUG-Leiria

UB HDP

UB HABLO

Urg. Pediátrica

Urg. Obstétrica/Ginecológica

### Categoria Profissional:

Enfermeiro

Enfermeiro Gestor

Enfermeiro Especialista

Qual a especialidade? \_\_\_\_\_

Tempo de experiência profissional como enfermeiro: \_\_\_\_\_ anos completos

Tempo de experiência profissional em serviço de urgência: \_\_\_\_\_ anos completos

**Possui formação pós-graduada na área da saúde mental** (Doutoramento, Mestrado, Pós-Graduação, outro)

Não

Sim

Qual? \_\_\_\_\_

**Já participou em cursos de curta duração, workshops ou formações na área da saúde mental e psiquiatria**

Não

Sim

Qual? \_\_\_\_\_

**Já participou em algumas jornadas cuja temática principal fosse na área da saúde mental e psiquiatria**

Não

Sim

Qual? \_\_\_\_\_

**Tem familiares com Doença Mental**

Não

Sim

**Tem amigos com Doença Mental**

Não

Sim

**Tem colegas de trabalho com Doença Mental**

Não

Sim

## Parte II

### Questionário de Avaliação de Literacia em Saúde Mental (QualiSMental)

(Loureiro et al, 2012)

Esta parte do questionário é constituída por diferentes grupos de questões, tendo por base dois casos/histórias que se encontram no início de cada grupo. De seguida é apresentada a história de uma jovem chamada Joana. Não se trata de uma pessoa real, no entanto existem pessoas em situação semelhante. Leia a história atentamente e depois responda a todas as questões conforme as diretrizes.

A Joana tem 33 anos, é casada e tem um filho com 6 anos. Nos últimos dois meses tem-se sentido muito em baixo, sem que motivo o justifique. Acorda de manhã com um peso que permanece ao longo do dia. Não aprecia as coisas que normalmente apreciaria, como brincar com o filho. De facto, nada lhe dá prazer e mesmo quando acontecem coisas boas, não parecem fazê-la feliz. Os seus dias prosseguem mas tem sido muito difícil. Mesmo as tarefas mais pequenas têm sido difíceis de realizar. Ela diz que lhe é difícil concentrar-se no que quer que seja. Sente-se sem energia e sem força. Embora se sinta cansada, quando chega a noite não consegue adormecer. Sente-se sem valor e sem coragem. A sua família tem reparado que

#### 1. Na sua opinião, o que é que se passa com a Joana? (Pode assinalar várias respostas)

Não sei	
Não tem nada	
Depressão	
Esquizofrenia	
Psicose	
Doença mental	
Bulimia	
Stresse	
Esgotamento nervoso	
Abuso de substâncias (ex.: álcool)	
É uma crise própria da idade	
Problemas psicológicos/mentais/emocionais	
Anorexia	
Tem um problema	
Alcoolismo	
Cancro	
Outro (Especifique qual)	

#### 2. Se estivesse a viver atualmente uma situação como a da Joana, procuraria ajuda?

Sim	
Não	
Não sei	

#### 3. O que a poderia impedir de pedir ajuda? (Pode assinalar várias respostas)

Pensar que a pessoa fica com uma opinião negativa sobre mim.	
Pensar que a pessoa não valoriza o que eu digo.	
Pensar que a pessoa possa vir a contar a outras pessoas.	

Pensar o que a pessoa possa vir a pensar sobre mim.	
Pensar que nada me poderá ajudar.	
Pensar que se poderá saber que estou a ter ajuda de um profissional de saúde.	
Pensar que poderei ter dificuldades em aceder a essa pessoa/profissional de saúde.	
Pensar que o tratamento tem efeitos secundários.	
Ser tímido, sentir vergonha.	
Outra. Especifique qual:	

**4. São apresentadas de seguida diferentes opções que podia utilizar para ajudar a Joana. Assinale para cada uma a sua opinião.**

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva.				
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente.				
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado.				
Marcar uma consulta no Médico de Família com o seu conhecimento.				
Perguntar se tem tendências suicidas.				
Sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas.				
Reunir o grupo de amigos para a animar.				
Não valorizar o seu problema, ignorando até que se sinta melhor.				
Mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas.				
Incentivá-la a praticar exercício físico.				

**5. Existem diferentes pessoas e profissionais de saúde que poderão ajudar a Joana. Assinale para cada um a sua opinião.**

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Um médico de família				
Um psicólogo				
Um enfermeiro				
Um assistente social				
Um psiquiatra				
Um serviço telefónico de aconselhamento				
Um familiar próximo				
Um amigo significativo				
Resolver sozinha os seus problemas				

**6. Dos seguintes medicamentos/produtos quais, na sua opinião, seriam úteis ou poderão ajudar a Joana. Assinale para cada um a sua opinião.**

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Vitaminas				
Chás (Exs.: Camomila ou Hipericão)				
Tranquilizantes/Calmantes				
Antidepressivos				
Antipsicóticos				
Comprimidos para dormir				

**7. Existem diferentes atividades que poderão ajudar a Joana. Assinale para cada uma a sua opinião.**

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Fazer exercício físico				
Praticar treino de relaxamento				
Praticar meditação				
Fazer acupuntura				
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol				
Fazer terapia com um profissional especializado				
Consultar um site que contenha informação sobre o problema				
Ler um livro de autoajuda sobre o problema				
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares				
Procurar ajuda especializada de saúde mental				
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar				
Fumar para relaxar				

**8. Acha que o risco de desenvolver uma situação como a da Joana reduziria se as pessoas:**

	Sim	Não	Não sei
Praticassem exercício físico			
Evitassem situações geradoras de stress			
Mantivessem o contato regular com os amigos			
Mantivessem o contato regular com a família			
Não utilizassem drogas			
Não bebessem bebidas alcoólicas			
Praticassem atividades relaxantes regularmente			

Tivessem uma crença religiosa ou espiritual			
---	--	--	--

**9. As próximas afirmações dizem respeito aos medicamentos usados para o tratamento da depressão. Leia cada uma das afirmações e de seguida indique a sua opinião usando a grelha para o efeito.**

**Os medicamentos para a depressão (ex. Prozac)**

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1. São a melhor maneira de tratar a doença					
2. Têm mais benefícios que riscos					
3. Não resolvem o problema, mas ajudam a ultrapassá-la					
4. Têm efeitos secundários, a pessoa pode “conviver” com eles					
5. Tomar medicamentos e ir a consultas regulares, ajuda muito no tratamento					
6. Podem prevenir as recaídas					
7. Creiam um elevado risco de dependência					
8. São prejudiciais, porque são químicos que não são naturais					
9. Servem apenas para acalmar a pessoa					
10. A longo prazo são piores que a própria doença					

11. Podem alterar a temperatura corporal					
12. Fazem as pessoas ficar, por exemplo, "babadas" e sem reação					
13. São muito caros					
14. Podem não ser usados, porque existem outras formas de tratar a depressão					
15. Fazem as pessoas perder a sua capacidade de resposta					
16. Tornam as pessoas nervosas e irritadas facilmente					
17. Fazem com que as pessoas tenham menos vontade de trabalhar					
18. Devemos tomar quanto menos melhor, inclusive se forem receitados					

**10. Já recorreu a algum médico ou outro profissional por causa de estar a viver problemas iguais ao da Joana?**

Sim	
Não	

**11. Se sim, foi-lhe prescrita (receitada) medicação para o efeito.**

Sim	
Não	

**12. Se respondeu sim, pode indicar o nome dos medicamentos?**

--

### Parte III

## Inventário de Crenças sobre a Doença Mental (ICDM)

(Loureiro et al, 2008)

Encontra de seguida um conjunto de afirmações relativas à doença mental. Leia cada uma delas e a seguir assinale na grelha a sua opinião colocando uma cruz sobre o número que melhor corresponde à sua opinião. Não há respostas certas ou erradas, apenas a sua opinião sincera.

①	②	③	④	⑤	⑥
Discordo completamente	Discordo quase completamente	Discordo ligeiramente	Concordo ligeiramente	Concordo quase completamente	Concordo completamente

1. As doenças mentais são cíclicas (voltam de tempos a tempos) ..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
2. Se as pessoas tiverem cuidado com elas próprias, podem evitar a doença mental..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
3. As pessoas com doença mental estão aptas para viver nas suas comunidades se tiverem o apoio adequado..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
4. As doenças mentais das pessoas resultam da falta de cuidados..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
5. Os atrasos nos tratamentos pioram o sucesso de cura das doenças mentais..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
6. O tratamento inicial da doença mental requer o uso de medicamentos..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
7. Os mal-entendidos sobre a doença mental fazem com que seja difícil aos doentes mentais viverem em sociedade..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
8. Uma pessoa com doença mental deve ter um emprego que exija pouca responsabilidade..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
9. A doença mental é uma doença da cabeça..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
10. O comportamento de uma pessoa com doença mental é imprevisível..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
11. A doença mental requer mais tempo para ser curada do que as outras doenças..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
12. Posso vir a sofrer de uma doença mental independentemente do que fizer ou não para isso..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
13. A reabilitação é eficaz no melhoramento das doenças mental..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
14. As pessoas que já receberam tratamento para a doença mental uma vez necessitam de mais tratamentos no futuro..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
15. Deve ser difícil para as pessoas com doença mental seguir regras sociais como a pontualidade, ou cumprir as promessas que fazem..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
16. A medicação é eficaz na melhoria dos sintomas na doença mental..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
17. A pessoa com doença mental é mais propensa a tornar-se criminosa..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

18. Se vier a sofrer de uma doença mental é porque não tive o cuidado que devia ter..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
19. Os doentes mentais têm tendência a serem perigosos..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
20. Tomar medicamentos ao longo da vida para a doença mental torna as pessoas dependentes desses medicamentos..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
21. As pessoas com doença mental têm pouca capacidade para viver sozinhas porque não conseguem assumir responsabilidades..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
22. Os indivíduos que são diagnosticados como doentes mentais, terão os sintomas durante toda a vida..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
23. Se os doentes mentais viverem no ambiente familiar e comunitário, isso tem influência na recuperação da sua doença..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

**Grata pela disponibilidade demonstrada!**



**ANEXO II**

Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação do  
Centro Hospitalar de Leiria



CENTRO  
HOSPITALAR  
LEIRIA

Comissão de Ética

Ref. CE – Nº 35/20

Exma. Senhora  
Enf.ª Lisa da Conceição Rodrigues Neves  
Urgência Geral  
Centro Hospitalar de Leiria

Leiria, 28 de outubro de 2020

**Assunto:** Trabalho Académico - Literacia em Saúde Mental dos Enfermeiros do Serviço de Urgência

A Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria vem por este meio informar V. Exa., do parecer da reunião desta Comissão realizada dia 2020.10.22 e enviado ao Gabinete de Apoio Técnico do Centro de Investigação Clínica, sobre o estudo mencionado em epígrafe:

- Foi rececionado nesta Comissão um pedido de parecer submetido pela Enf.ª Lisa da Conceição Rodrigues Neves, a exercer funções na Urgência Geral do CHL, para realização de um trabalho académico, no âmbito do seu Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, intitulado "Literacia em Saúde Mental dos Enfermeiros do Serviço de Urgência". Este estudo será para realizar nas várias Urgências do CHL, tendo como investigadora principal a proponente. Após análise do estudo, esta Comissão decidiu dar parecer favorável à sua realização.

Mais se informa, que este estudo carece de autorização por parte do Conselho de Administração.

Sem outro assunto de momento

Com os melhores cumprimentos,

Paulo Lopes  
Vice-Presidente

