

ARTIGO TEÓRICO/ENSAIO

Acerca dessa coisa a que chamamos literacia em saúde mental

About this thing we call mental health literacy

Sobre esa cosa que llamamos alfabetización en salud mental

Luís Manuel de Jesus Loureiro ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2384-6266>

¹ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Coimbra, Portugal

Resumo

Enquadramento: A literacia em saúde mental é um conceito-chave no panorama da promoção e prevenção em saúde mental, contudo tem sido proposto uma expansão do conceito que pode desvirtuar o seu raio de ação.

Objetivo: Analisar criticamente o conceito de literacia em saúde mental e sua evolução, a partir da sua génese e desenvolvimentos posteriores, perspetivando potencialidades e desafios.

Principais tópicos em análise: Literacia em saúde mental; saúde mental positiva; saúde mental preventiva e promoção da saúde mental enquanto tradições onde ancora a génese e desenvolvimento do conceito.

Conclusão: É positivo valorizar a promoção da saúde mental no conceito de literacia em saúde mental, imprimindo-lhe um cunho assente na perspetiva da salutogénese. Contudo, a adição do adjetivo *positiva* no termo inicial serve mais os compromissos e intentos ideológicos de algumas áreas do saber que propriamente a promoção da saúde mental. A redução do estigma associado às doenças e doentes mentais e o aumento da procura de ajuda, são objetivos de ação das intervenções ao nível da literacia em saúde mental.

Palavras-chave: literacia em saúde mental; saúde mental; promoção da saúde; prevenção das doenças

Abstract

Background: Mental health literacy is a key concept in the field of mental health promotion and prevention. However, an expansion of the concept has been proposed that may distort its scope.

Objective: To critically explore the concept of mental health literacy and its evolution, starting from its origin and subsequent developments, and considering its potential and challenges.

Main topics under analysis: Mental health literacy; positive mental health; mental health prevention and mental health promotion as principles anchoring the origin and development of the concept.

Conclusion: The promotion of mental health as part of the concept of mental health literacy is a positive step as it provides a perspective based on salutogenesis. The addition of the adjective *positive* to the original term serves the ideological commitments and agendas of some fields of knowledge more than the actual promotion of mental health. Furthermore, mental health literacy interventions aim to reduce the stigma associated with mental illness and people with mental health conditions and increase help seeking.

Keywords: mental health literacy; mental health; health promotion; disease prevention

Resumen

Marco contextual: La alfabetización en salud mental es un concepto clave en el panorama de la promoción y la prevención de la salud mental. Sin embargo, se ha propuesto ampliar el concepto de una manera que puede distorsionar su ámbito de actuación.

Objetivo: Analizar críticamente el concepto de alfabetización en salud mental y su evolución, partiendo de su origen y desarrollos posteriores, examinando su potencial y sus retos.

Principales temas en análisis: Alfabetización en salud mental; salud mental positiva; salud mental preventiva y promoción de la salud mental como tradiciones que anclan el origen y el desarrollo del concepto.

Conclusión: Es positivo destacar la promoción de la salud mental en el concepto de alfabetización en salud mental, dándole un carácter basado en la perspectiva de la salutogénesis. Sin embargo, la adición del adjetivo *positivo* al término inicial sirve más a los compromisos ideológicos y a las intenciones de algunas áreas de conocimiento que a la promoción real de la salud mental. Reducir el estigma asociado a las enfermedades mentales y a los pacientes, y aumentar la búsqueda de ayuda son los objetivos de las intervenciones de alfabetización en salud mental.

Palabras clave: alfabetización en salud mental; salud mental; promoción de la salud; prevención de enfermedades

Autor de correspondência

Luís Manuel de Jesus Loureiro

E-mail: luisloureiro@esenfc.pt

Recebido 01.02.24

Aceite: 25.07.24



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

fct

Fundada
para a Ciência
& a Tecnologia

Como citar este artigo: Loureiro, L. M. (2024). Acerca dessa *coisa* a que chamamos literacia em saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3), e24.19.34548. <https://doi.org/10.12707/RVI24.19.34548>



Introdução

A literacia em saúde mental (LSM), termo cunhado por Jorm e colaboradores em finais da década de 90 do século XX (Jorm et al., 1997), é considerada um determinante crítico da saúde (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2022) e um conceito-chave para quem pretende envolver-se nas questões da promoção da saúde mental (PSM) e prevenção das doenças mentais (PDM) (Loureiro et al., 2012).

No contexto português, o relatório da Comissão Nacional de Saúde (CNS) de 2019, para lá do mapeamento dos problemas e desafios que se colocam à saúde mental (SM) em Portugal, recomendou, entre outros, a necessidade de

Criar uma estratégia nacional de PSM na população, com particular enfoque na promoção da LSM nos vários contextos, e que faça parte de uma estratégia nacional integrada de promoção da saúde, intersectorial, participada, inclusiva e ao longo do ciclo de vida. (CNS, 2019, p. 97)

A importância crescente que o conceito de LSM tem vindo a assumir ao longo dos últimos 25 anos (Jorm, 2020) tem sido marcada, sobretudo na última década, com o surgir de propostas de refinamento do conceito (Kusan, 2013; Kutcher et al., 2016). Estas propostas consumam-se, por um lado, na necessidade de aproximar e vincular a LSM à sua congénere literacia em saúde (LS), pois a LSM nasceu no seio conceptual da LS, logo deve ser compreendida a partir desta. Por outro, um movimento de expansão do conceito de LSM, propondo que este passe a incluir outras componentes, nomeadamente a saúde mental positiva (SMP), o estigma e a eficácia da procura de ajuda (Kutcher et al., 2016).

Na perspetiva dos autores que reivindicam esta mudança (Bjørnsen et al., 2017; Kusan, 2013; Kutcher et al., 2016), a definição proposta por Jorm et al. (1997) está vinculada ao modelo biomédico e apenas valoriza a PDM e psiquiátricas, sendo a SM sinónimo de ausência de doença.

O corolário desta *nouvelle vague* vem a materializar-se na adição do adjetivo *positiva* ao termo LSM, passando a falar-se de uma *literacia em saúde mental positiva* (LSMP) (Bjørnsen et al., 2017), por oposição à LSM que segue em linha com os trabalhos de Jorm et al. (1997).

As críticas estendem-se também ao modo como tem sido avaliado o conceito de LSM e que se materializam no *Survey of Mental Health Literacy in Young People - Interview Version* – (Jorm et al., 1997), instrumento que está na base da maioria da evidência produzida acerca da LSM em termos nacionais (Loureiro, 2015) e internacionais (Jorm, 2019). Contudo, as novas propostas de instrumentos que têm surgido desaguam em avaliações não da LSM, como era seu intento, mas, e em grande parte, numa literacia acerca das doenças mentais (DM), sendo ainda questionável o que medem esses instrumentos (Aller et al., 2021).

Neste contexto, os investigadores e educadores na área da saúde mental que pretendam desenvolver investigação ou intervenções no domínio da LSM podem incorrer em dois tipos de equívocos relacionados com o conceito ou decorrentes deste:

1.º - não ancorar as intervenções numa linha teórica e concetual coerente e adequada. Observa-se, quer na indefinição do conceito de LSM que adotam o que este implica, quer inclusivamente na ausência de teorias orientadoras da ação. Algumas vezes, manifesta-se quase que uma certa apostasia, que pode levá-los a recortar teorias, amputar partes significativas dos conceitos ou esquecer toda a estrutura em que assentam as intervenções conducentes ao incremento da LSM.

2.º - o equívoco relacionado com a definição conceptual de LSM que se defende e em que os investigadores e educadores que advogam uma perspetiva centrada na SMP e salutogénica (são conceitos distintos) da LSM, os leva a cair na “armadilha da patogenia”, quando passam da fase conceptual dos estudos, para a fase metodológica, sobretudo na seleção de instrumentos de colheita de dados. Assim, a necessidade de questionar a edificação e reedificação do conceito e das suas componentes é um forte tónico para este artigo, cujo objetivo é efetuar uma análise crítica do conceito de LSM e a sua evolução, a partir da sua génese (associada à LS) e desenvolvimentos posteriores, elencando as suas potencialidades, de modo a perspetivar os desafios que se colocam ao estudo da LSM, com a possível inclusão da SMP no conceito.

Desenvolvimento

O primeiro manual de literacia aplicada ao campo da saúde surge pela mão de Doak et al. (1985), contudo, a definição de LS e o trabalho de operacionalização do conceito surgem no início da década de 90 do século XX por Nutbeam et al. (1993), que a definem como correspondendo à capacidade do indivíduo para aceder, compreender e utilizar informação (relacionada com a saúde) de modo a promover e manter uma boa saúde. O trabalho de operacionalização do conceito com maior consistência e as medidas que permitem promovê-lo, só irão surgir no final dessa década (Loureiro et al., 2012). Concomitantemente, é apresentado de forma pioneira o conceito de LSM por Jorm e colaboradores (Jorm et al., 1997), criado, como referem os autores, a partir do conceito de LS. A LSM é então definida como as “crenças e conhecimentos acerca das perturbações mentais que ajudam ao seu reconhecimento, gestão ou prevenção (p. 182)”. Os autores operacionalizam a LSM em seis componentes.

Uma constatação emerge a partir da leitura atenta das definições concetuais de LS (Nutbeam et al., 1993) e de LSM (Jorm et al., 1997). Parecem assentar em duas perspetivas ou tradições distintas em termos de educação para a saúde e isso está patente no uso das expressões *prevenção* e *promoção* nas definições.

Enquanto na LS se fala explicitamente de *promoção* da boa saúde, em linha com as orientações emanadas da Declaração de Ottawa, altura em que emergiram também, o modelo biopsicossocial e o conceito de estilo de vida e de bem-estar associado à saúde, Jorm et al. (1997) falam de *prevenção* das perturbações mentais. Ainda que Jorm utilize o termo *prevenção*, em simultâneo com reconhe-

cimento e gestão, parecendo privilegiar a perspectiva da SM preventiva, a definição de LSM não coloca de lado os aspetos da promoção da saúde (PS), muito pelo contrário, a gestão da SM no quotidiano implica a consciência da sua manutenção e valorização, sendo o objetivo a melhoria da SM dos indivíduos (Jorm, 2020). Certo também é que depois de constituídas, as literacias vêm a seguir caminhos autónomos e independentes.

O caminho que vem consequentemente a ser perseguido pela LS ao longo destes mais de 20 anos é extenso, seja na proliferação de modelos explicativos, seja também de definições concetuais (Sørensen et al., 2012). No campo das definições de LS, encontramos na literatura pelo menos 250 definições do conceito (Malloy-Weir et al., 2016). Ainda que as comunalidades entre estes conceitos sejam muitas, esta proliferação e diversidade de definições, tanto reflete que o conceito é flexível e adaptado aos contextos socioculturais e económicos muito distintos e em constante mutação, como pode tornar-se problemático para decisores políticos, profissionais de saúde, investigadores e, inclusive, para os cidadãos.

Assim, a definição comumente aceite de LS, refere que A LS está ligada à literacia e implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e PS, para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o ciclo de vida. (Sørensen et al., 2012, p. 3)

Expansão do conceito de LSM e aproximação à LS

Ao nível do conceito de LSM, a produção de definições e modelos ao longo do tempo não é, em momento, algum comparável à LS. Ainda que a partir de 2013 tenhamos assistido ao surgir das primeiras críticas ao conceito de LSM (Bjørnsen et al., 2017; Kusan, 2013; Kutcher et al., 2016), apenas se destacam duas “novas” propostas de definição do conceito (Kusan, 2013; Kutcher et al., 2016). Em 2012, Jorm procedeu ao reajustamento do conceito apresentado em 1997 (Jorm et al., 1997). A definição de LSM passou a incluir o conceito de problemas de PSM e uma outra componente relacionada com primeira ajuda em SM. Jorm (2012) afirma também a importância do conhecimento em SM como base a partir da qual se pode agir para a aquisição de um nível adequado de LSM, isto é, para se ligar à ação em SM e consequentemente à melhoria da SM individual e coletiva (Jorm, 2012).

As componentes, em linha com o trabalho prévio (Jorm et al., 1997), são então designadas como:

- conhecimentos sobre quando uma pessoa está a desenvolver uma perturbação ou a vivenciar um problema de SM;
- conhecimentos sobre o modo de prevenir os problemas de SM;
- conhecimentos acerca de opções de procura de ajuda e tratamentos disponíveis;
- conhecimentos acerca da efetividade das estratégias de autoajuda para problemas moderados;
- competências para prestar primeiros socorros aos outros que estão a desenvolver uma perturbação mental ou a vivenciar uma crise re-

lacionada com a sua SM. (Jorm, 2012, p. 231)

Como referimos anteriormente, as primeiras críticas ao edifício conceptual da LSM erigido por Jorm et al. (1997) são apresentadas por Kusan (2013). Para o autor o conhecimento das perturbações mentais no conceito de Jorm é uma tradução do conhecimento dos conteúdos do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) (Kusan, 2013). Na sua perspectiva, a LSM é mais do que sintomas de psicopatologia e “corresponde ao conhecimento autoproduzido e adquirido com o qual as pessoas negociam a sua SM” (Kusan, 2013, p. 14).

O conjunto de críticas que vêm a surgir posteriormente tiveram eco, quer na expansão da definição da LSM e sua aproximação ou mesmo ajustamento à LS (Kutcher et al., 2016), quer no desenvolvimento de novas propostas de instrumentos de colheita de dados.

Kutcher et al. (2016) começam por afirmar que a definição de LSM se deve aquartelar ao campo mais vasto da LS, servindo de suporte à PSM, quando sabemos que a LS e (e a LSM) não se cinge a ser base/fundamento/suporte para a PSM, pois pode ser também “*resultado, parceira, condutora e inclusivamente informante*” (Gugglberger, 2019; p. 888).

Na definição de Kutcher et al. (2016) a LSM passa a ser compreendida como envolvendo:

- compreensão do modo como se pode obter e manter uma boa saúde mental (BSM);
- compreensão das perturbações mentais e seus tratamentos;
- diminuição do estigma relacionado com as perturbações mentais;
- aumento da eficácia da procura de ajuda (saber quando, onde e como obter bons cuidados de SM e desenvolver as competências necessárias para o autocuidado. (Kutcher et al., 2016, p. 155)

É ainda referido por Kutcher et al. (2016) que a LSM engloba três conceitos inter-relacionados, nomeadamente o conhecimento, as atitudes e a eficácia na procura de ajuda, sendo coerente, na perspectiva dos autores, com o conceito de LS proposto por Sørensen et al. (2012) e vigente na atualidade.

À primeira vista, esta proposta de expansão do conceito parece necessária, já que permite incluir de modo explícito as questões da saúde mental na LSM. No entanto, aglutina e implica simultaneamente diferentes teorias e conceitos, que se podem transformar num nó górdio, isto porque implica tradições e áreas de saber diferenciadas, com linhas de ação, saberes e competências muito distintas. A definição original de LSM (Jorm et al., 1997) e as novas orientações propostas para o conceito e sua expansão estão na base do trabalho de análise crítica do construto de LSM efetuado por Spiker e Hammer (2018). Para Spiker e Hammer (2018) a LSM deve ser perspectivada como uma teoria, já que o construto de LSM viola muitos princípios que constituem aquilo que é tido como uma definição de construto aceitável.

No entanto, visto de outra perspectiva, também podemos considerar que a vigência da definição conceptual de Jorm et al. (1997) se deve ao facto de ser um “bom conceito”, deixando pouco espaço para refinamentos conceptuais. Neste caso, o consenso em torno da definição durante

duas décadas deve-se ao facto de o conceito respeitar as “características da familiaridade, ressonância (distingue-se e “ecoa” diferentemente da LS), parcimónia, coerência, diferenciação, profundidade, utilidade teórica e utilidade para o campo de ação no qual ele foi elaborado” (Gerring, 1999, p. 367).

Da medicalização da saúde mental à boa saúde mental

A componente de “compreensão do modo como se pode obter e manter uma BSM (positiva)” na proposta de Kutcher et al. (2016), mais do que a proposta de inclusão das componentes de redução do estigma e o aumento da eficácia na procura de ajuda, é, a que a nosso ver, mais contribui para o debate em torno da expansão do conceito de LSM.

Ao longo das últimas décadas muitas foram as críticas apontadas à medicalização da saúde e, conseqüentemente, da SM. Esta psiquiatrização da vida quotidiana, traduz-se, por exemplo, na crença de que os psicofármacos criam SM, e reflete-se na procura e uso de psicofármacos como solução para toda a tipologia de sofrimento e desconforto no quotidiano de modo a permitir aos indivíduos suportar a vida e lidar com as frustrações. Mais recentemente, tem sido apregoada a ideia de que basta investir na saúde positiva e conseqüentemente na promoção da SMP para atingir a BSM, tal como é predicado do movimento salutogénico (Bodryzlova & Moullec, 2023). Neste caso, é hipervalorizada a perspetiva individualista da SM com reforço do papel do indivíduo como agente único da sua condição de saúde.

Levanta-se então a questão: o que constitui uma BSM, ou uma SMP?

A tendência será para opor, desde logo, a BSM à DM ou SM má ou em *deficit*.

Um facto torna-se evidente desde logo: a maioria da evidência e que é pública e publicada, tende a falar da SM pelo prisma das DM (“SM negativa”), e por isso em *deficit* ou pobre, comparativamente à BSM. Um exemplo simples ajuda-nos a entender este aspeto. Os estudos epidemiológicos realizados em Portugal com a designação genérica de “saúde mental em números”, mais não são que a distribuição estatística das “perturbações mentais” ou decorrentes destas, nada restando no que respeita à saúde mental que parece abarcar uma imensa massa anónima de indivíduos que supostamente prosperam em silêncio. Em suma, pouco se sabe sobre a saúde mental, já que o investimento é centrado na doença.

Acresce ainda o facto de não existir um consenso generalizado acerca do que constitui a BSM (Fusar-Poli et al., 2020), isto é, que domínios centrais devem ser alcançados. Contudo, existem modelos que consagram o bem-estar como centro de ação, tal como propõe Keyes (2014). O autor vê na potenciação dos sentimentos e do funcionamento positivos os fatores fundamentais para atingir e manter uma SMP (Galderisi et al., 2015).

Neste contexto, para Fusar-Poli et al. (2020), a BSM pode ser entendida como um estado de bem-estar que permite aos indivíduos serem funcionais e produtivos e lidar com o stress normal do seu quotidiano, e inclui diferentes domínios, nomeadamente:

i) LSM; ii) atitudes acerca das DM; iii) autopercepções e valores; iv) competências cognitivas; v) desempenho académico; vi) emoções; vii) comportamentos; viii) estratégias de gestão pessoal; ix) competências sociais; x) relações familiares e com outros significativos; xi) saúde física; xii) saúde sexual; xiii) sentido de vida; xiv) qualidade de vida. (p. 34)

Para lá de enquadrar um conjunto numeroso de domínios, vemos que a BSM, que na definição de Kutcher et al. (2016) é uma componente da LSMP, passa, para Fusar-Poli et al. (2020), a ser considerada uma componente do conceito de BSM. Esta arbitrariedade do estatuto das variáveis não aclara o conceito e pode dificultar a elaboração de modelos explicativos, assim como o desenho de intervenções.

Julgamos que o que se pretende com a inclusão desta componente é valorizar e perspetivar a LSM pelo prisma da SMP. Neste caso, o bem-estar mental constitui-se como um conceito-chave da SMP (Galderisi et al., 2015), daí a relevância que é atribuída à salutogénese por oposição à patogénese.

Concordamos, por isso, que a LSM deve ter na sua ação a maximização das potencialidades dos indivíduos e a promoção da sua integridade, de modo que estes possam prosperar, em consonância com a definição de SM da OMS (2022), quando afirma que

A SM é parte integrante da nossa saúde e bem-estar geral . . . SM significa ser mais capaz de se relacionar, funcionar, lidar com dificuldades e prosperar. A SM existe num complexo processo contínuo, com experiências que englobam desde um estado ótimo de bem-estar até estados debilitantes de grande sofrimento e dor emocional. (OMS, 2022, p. 2)

Como se referiu, são diversas as propostas no que concerne à inclusão da componente da SM no conceito. Uma das soluções propostas, como referimos, passou pelo reabilitar do conceito de saúde mental positiva, tendo como pano de fundo duas perspetivas. Uma, realizada a partir dos trabalhos da psicóloga austríaca Jahoda, mais centrada nos aspetos eudemónicos do bem-estar, outra, em linha com os trabalhos de Gurin et al. (1960), mais centrada nos aspetos hedónicos do bem-estar subjetivo (aspetos subjetivos ou emocionais do bem-estar, reafirmados por Keyes (2014).

No primeiro caso, Jahoda entendia a SMP como compreendendo as atitudes que os indivíduos têm em relação a si mesmos (autorrealização que leva os indivíduos a explorar o seu potencial) e ao domínio do ambiente, assim como as suas capacidades de adaptação às situações (autonomia no sentido de identificar e resolver problemas). Para a autora, a SMP engloba seis dimensões: atitude perante si mesmo; crescimento, desenvolvimento e autorrealização; integração; autonomia; percepção da realidade; e domínio ambiental (Galderisi et al., 2015).

Esta abordagem da saúde positiva vem a ter impacto, sobretudo com o trabalho de Lluch-Canut (2020), que define quatro postulados da SMP: a) a SMP é construído dinâmico e flutuante; b) engloba sentimentos, pensa-

mentos e comportamentos positivos e negativos; c) tem limites que devem ser controlados; e d) os fatores do modelo estão interrelacionados, podendo existir compensações entre eles.

A respeito do postulado c), é de realçar que os estados limite de alerta implicam o conhecimento da duração, da intensidade, da frequência, da incapacidade gerada, da diferença no padrão de resposta habitual da pessoa e das consequências desses estados para o indivíduo.

Ao nível do postulado d), os fatores do modelo (designado de modelo multifatorial de SMP) incluem: satisfação pessoal; atitude pró-social; autocontrolo; autonomia; resolução de problemas e autorrealização; e habilidades de relação interpessoal.

A SMP é então perspetivada de forma global como um estado dinâmico e flutuante em que a pessoa tenta sentir-se e estar o melhor possível dentro das circunstâncias em que se encontra. De uma forma mais específica, corresponde a

Estado em que a pessoa é capaz de manter um certo nível de satisfação pessoal consigo própria e com a sua vida, uma certa capacidade de aceitar os outros, um certo grau de autocontrolo emocional e autonomia, é capaz de ir resolvendo os problemas que vão surgindo, mantendo uma atitude de crescimento e autoatualização e é capaz de estabelecer e manter relações interpessoais satisfatórias. (2020, p.4)

Desta formulação apresentada pela autora, depreende-se que quem pretende atuar ao nível da SMP deve centrar a sua ação, quer nos aspetos da PSM, sobretudo na capacitação individual conducente à manutenção da saúde mental positiva nas suas diferentes componentes ou fatores, quer nos aspetos relacionados a PDM. Esse é, a nosso ver, o mérito da proposta de Lluch-Canut. Potenciar o bem-estar, mas incluir a PDM, sobretudo quando afirma que os indivíduos devem lidar e aceitar os estados de mal-estar, isto é, a SMP, passa a compreender também os estados “negativos”. O conceito de limites de alerta passa a implicar o conceito de problemas de saúde mental referido por Jorm (2012).

Contudo, um campo mais abrangente de estudos associados ao conceito de bem-estar desenvolve-se de modo autónomo na Psicologia. Este trabalho surge sobretudo com a constituição e desenvolvimento da psicologia do bem-estar, a partir da década de 80 do século XX, quando o conceito de bem-estar surge associado ao de saúde e se estende ao conceito de SM.

Este movimento engloba dois movimentos. O do bem-estar subjetivo – perspetiva hedónica e compreende duas dimensões, uma de pendor cognitivo (satisfação com a vida) e outra emocional (afetos positivos e negativos), ou seja, consiste na apreciação que a pessoa faz de si e da sua vida. O do bem-estar psicológico – perspetiva eidaimónica, que se refere à capacidade da pessoa para enfrentar os desafios que tem na vida de modo a atingir o seu funcionamento pleno e a maximização do seu potencial. Estas duas tradições então consubstanciadas na própria definição de SM da OMS (2022), isto porque a SMP engloba emoções positivas, o funcionamento positivo, ao que acresce a perspetiva do bem-estar social (Keyes, 2014).

A SMP é então perspetivada a partir do bem-estar emocional (inclui sentimentos de felicidade e satisfação com a vida); bem-estar psicológico, que inclui a funcionamento individual positivo conducente à autorrealização; e o bem-estar social, que corresponde ao funcionamento social pleno e engloba o funcionamento do indivíduo, em termos do seu envolvimento, integração, aceitação, contribuição, atualização e coerência sociais (Keyes, 2014). Uma operacionalização recente desta proposta está vertida no relatório da OMS (2022, p. 11), em que a SM implica quatro componentes que envolvem as capacidades dos indivíduos em se: a) relacionar (exemplos: manter relações positivas, contribuir para a comunidade); b) desenvolver (exemplos: aplicar as competências cognitivas, tomar decisões saudáveis); c) responder às dificuldades (exemplos: gerir o stress, adaptar-se às mudanças); e d) prosperar ao longo do ciclo vital (exemplos: desenvolver novas capacidades, sentir-se bem).

Prevenir e/ou Promover? Consensos e dissensos

Para dar resposta a estas preocupações que emanam do conceito de SM, uma questão se coloca: será de privilegiar ou valorar nas ações que visam o incremento da LSM, a perspetiva da PSM ou a SM na lógica preventiva, ou ambas?

Como referimos anteriormente, se a lógica assentar ou tiver como ponto de partida a ação em prol da SM dos cidadãos, isto é, a sua SM e bem-estar, independentemente da fase do ciclo vital em que se encontrem, é necessário ter consciência de que aquilo que sabemos em termos de saúde mental limita-se muitas vezes às incidências e prevalências das DM, estudando a SM a partir da DM. Alguns modelos e conceitos podem ajudar-nos a enquadrar ambas as tradições ao nível da LSM, nomeadamente o modelo do duplo continuum (modelo dual *continuum*) de Keyes (2014). Este modelo pode funcionar como guia, no sentido que permite balizar as ações promotoras da LSM e admite em simultâneo perspetivar a SM e DM, isto é, inclui ambas as tradições de PSM e PDM.

Keyes (2014) argumenta que existem dois contínuos (Figura 1), um para a SM e outro para a DM, que apesar de estarem associados, são distintos.

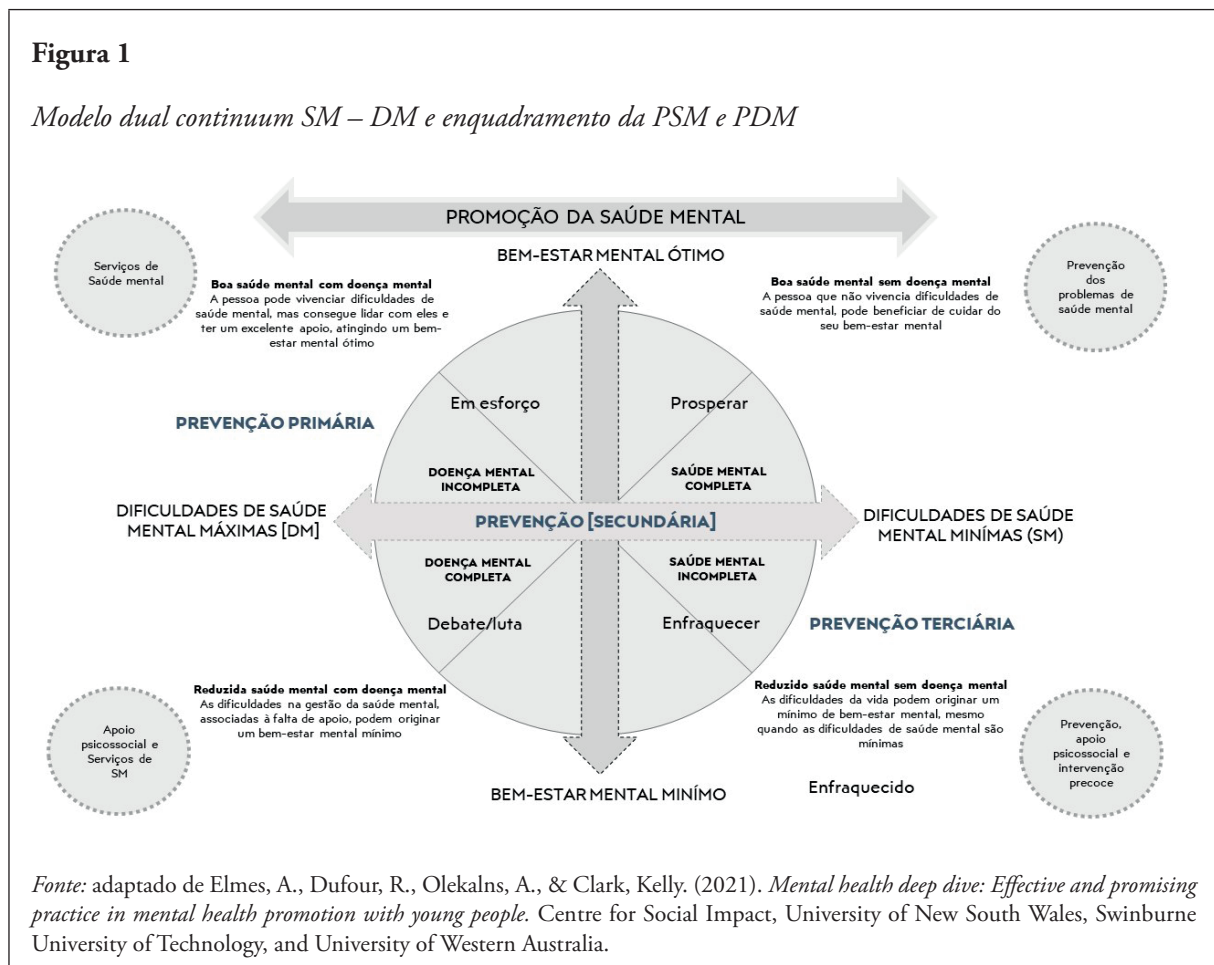
O continuum da SM compreende o indivíduo não estar bem emocionalmente e não funcionar de modo adequado (*languishing*), até o extremo em que o indivíduo apresenta bem-estar emocional ótimo e funcionamento positivo (*flourishing*), ou seja, o continuum da SM consagra a presença e a ausência de saúde mental positiva (sintomas de bem-estar mental). O continuum da DM compreende a presença de sintomatologia psiquiátrica (num extremo) que prejudica o funcionamento do indivíduo, até à ausência desses sintomas no outro extremo. Resumindo, o continuum da DM indica a presença e ausência de sintomatologia.

A SMP passa então a ser entendida como compreendendo a presença de sintomas que implicam o funcionamento positivo (psicológico e social) e a presença de bem-estar emocional (emoções positivas).

A propósito do conceito de SM completa, Keyes (2005) define-a como:

“uma síndrome de sintomas de hedonia e de funcionamento positivo, operacionalizada a partir de medidas de bem-estar subjetivo - percepções e avaliações que os indivíduos fazem das suas vidas e qualidade do seu funcionamento” (p. 514). De acordo com Keyes (2014), o modelo permite então categorizar os indivíduos de acordo, quer com o seu estado de DM e simultaneamente de SM (enlanguescimento/moderado/florescimento), e permite falar de SM completa/incompleta e DM completa/incompleta. A primeira implicação do modelo, de acordo com Keyes (2014) é que a ausência de DM não implica a presença de SM, assim como a presença de DM não implica a ausência de SM.

Como se observa na Figura 1, é possível enquadrar os aspetos da prevenção e da promoção em simultâneo com a promoção da SMP (Jay et al., 2017). No caso da prevenção, o investimento contínuo no bem-estar e na SM constituem-se como chaves para prevenir o desenvolvimento das DM (Elmes et al., 2021; Everymind, 2017). O modelo integra a prevenção nas componentes primária, secundária e terciária. Enquanto na prevenção primária os esforços vão no sentido de prevenir o surgir de condições que afetem a SM, na secundária pretende-se reduzir o impacto e desfecho dos PSM. Na prevenção terciária, o foco está centrado no apoio à recuperação (Singh et al., 2022).



No que respeita à proposta de inclusão da diminuição do estigma e aumento da eficácia na procura de ajuda como componentes da LSM (Kutcher et al., 2016), somos em crer que resulta mais da aproximação à LS, já que ambas decorrem ou são objetivos que resultam da ação ao nível da LSM.

No caso do estigma social, este é um campo de estudo autónomo e robusto, sendo constituído por extensa construção teórica e evidência científica. No que respeita à eficácia da procura de ajuda, é claramente uma aproximação às ciências do comportamento.

Conclusão

A expansão do conceito de LSM com a introdução dos contributos da SMP como componente é provavelmente o aspeto com maior relevância na expansão do conceito original de LSM, já que obriga a repensar a lógica da PSM. Ao imprimir um cunho salutogénico nas linhas orientadoras da ação, potencia-se a gestão da SM e bem-estar no quotidiano. Contudo, somos em crer, que poderá ser a componente que levante mais questões e alterações ao nível da educação para a saúde, já que envolve o cruza-

mento de diferentes abordagens teóricas e conceituais, e implica diferentes áreas e saberes profissionais.

No nosso entendimento, a adjetivação de *positiva* na designação original do conceito é mais um exercício desnecessário que nada acrescenta à LSM, ao ponto de lhe consubstanciar uma mudança de nomenclatura, passando a existir uma LSMP.

O ganho para os cidadãos em termos de promoção da LSM decorre, fundamentalmente, da inclusão do conhecimento da SM como uma das componentes da LSM, independentemente da abordagem teórica ou perspectiva conceptual que se adote, e não propriamente da renomeação do termo.

Entendemos também que a redução do estigma e o aumento da autoeficácia na procura de ajuda são dois dos objetivos dos programas que visam promover a LSM. Contrariamente ao que é afirmado muitas vezes, ambos os objetivos estão presentes no trabalho pioneiro de Jorm e colaboradores (Jorm et al., 1997).

É de realçar que muita da investigação realizada na última década sob esta proposta da SMP, centra-se na LSM acerca das DM, isto é, os instrumentos de medidas criados e utilizados acabam por não refletir aquilo que é proposto na renomeação do conceito. Estas questões agudizam-se quando existe uma aparente indiferenciação do conhecimento em saúde/doenças mentais, das crenças acerca das DM e, inclusive, das atitudes.

A LSM, como a entendemos, engloba as crenças, as atitudes e os conhecimentos acerca da SM e das DM, assim como as competências que permitem aos indivíduos, independentemente da sua condição de saúde, agir no quotidiano, gerindo e mobilizando os seus recursos pessoais e comunitários de modo a manter a sua SM e daqueles que os rodeiam. Compreende também o conhecimento relacionado com serviços de saúde e a informação em saúde, e inscrevem-se nos sistemas de crenças e valores das culturas de pertença desses indivíduos.

Investir e cuidar da SM é, pois, um imperativo, e neste sentido a ação da LSM, como determinante da saúde, passará por fornecer instrumentos, estratégias e recursos que permitam aos indivíduos gerir a sua saúde e bem-estar mentais no quotidiano, sendo indissociável das políticas económicas e sociais e especificamente de saúde. É tempo de perspetivar a SM como um investimento e passar à ação no sentido de potenciar a saúde mental das populações.

Contribuição de autores

Conceptualização: Loureiro, L. M.

Tratamento de dados: Loureiro, L. M.

Análise formal: Loureiro, L. M.

Aquisição de financiamento: Loureiro, L. M.

Investigação: Loureiro, L. M.

Metodologia: Loureiro, L. M.

Administração do projeto: Loureiro, L. M.

Recursos: Loureiro, L. M.

Software: Loureiro, L. M.

Supervisão: Loureiro, L. M.

Validação: Loureiro, L. M.

Visualização: Loureiro, L. M.

Redação - rascunho original: Loureiro, L. M.

Redação - análise e edição: Loureiro, L. M.

Referências bibliográficas

- Aller, T. B., Fauth, E. B., Novak, J. R., & Schwartz, S. (2021). Measuring mental health literacy: Development of the mental health awareness and advocacy assessment tool. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, 17(39), 15–31. <https://doi.org/10.56645/jmde.v17i39.671>
- Bjørnsen, H. N., Eilertsen, M.-E., Ringdal, R., Espnes, G. A., & Moksnes, U. K. (2017). Positive mental health literacy: Development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*, 17, Article 717. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4733-6>
- Bodryzlova, Y., & Moullec G. (2023) Definitions of positive health: A systematic scoping review. *Global Health Promotion*, 30(3) 6-14. <https://doi.org.10.1177/17579759221139802>
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder: Saúde mental em Portugal: Um desafio para a próxima década*. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
- Doak, C. C., Doak, L. G., & Root J. H. (1985) *Teaching patients with low literacy skills*. J.B. Lippincott.
- Elmes, A., Dufour, R., Olekalns, A., & Clark, Kelly. (2021). *Mental health deep dive: Effective and promising practice in mental health promotion with young people*. <https://doi.org.10.25916/8qh9-cp11>
- Everymind. (2017). *Prevention first: A prevention and promotion framework for mental health: Version 2*. <https://everymind.imgix.net/assets/Uploads/EM-0026-Prevention-First-Framework.pdf>
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European neuropsychopharmacology*, 31, 33–46. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
- Galderisi, S., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Towards a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231-233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Gerring, J. (1999). What makes a concept good? A criterial framework for understanding concept formation in the social sciences. *Polity*, 31(3), 357–393. <https://doi.org/10.2307/3235246>
- Gugglberger, L. (2019). The multifaceted relationship between health promotion and health literacy. *Health Promotion International*, 34(5), 887–891. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz093>
- Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. (1960). *Americans view of their mental health*. Basic Books.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books.
- Jay, L., Macadam, B., Gardner, P., & Mahboub, L. (2017), Hope headquarters: Recovery college. *Health Promotion Journal of Australia*, 28(2), 170-173. <https://doi.org/10.1071/HE17034>
- Jorm, A. (2020). We need to move from ‘mental health literacy’ to ‘mental health action’. *Mental Health & Prevention*, 18, 200179. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2020.200179>
- Jorm, A. F. (2019). The concept of mental health literacy. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Eds.), *International handbook of health literacy* (pp. 53–66). Policy Press; University of Bristol. <https://doi.org/10.51952/9781447344520.ch004>

- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, *166*(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Keyes C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. (2014). Mental health as a complete state: How the salutogenic perspective completes the picture. In G. F. Bahuer & O. Hammig (Eds.), *Bridging occupational, organizational and public health* (pp. 179-192). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3_11
- Kusan, S. (2013). Dialectics of mind, body, and place: Groundwork for a theory of mental health literacy. *Sage Open*, *3*(4), 215824401351213. <https://doi.org/10.1177/2158244013512131>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *61*(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Lluch, M. T. (2020). Cuida la salud mental positiva: Un abordaje para afrontar con más fuerza mental la situación generada por la pandemia de coronavirus Covid-19. Deposito Digital de la Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/155397>
- Loureiro, L. M. (2015). Questionnaire for assessment of mental health literacy: QuALiSmental: Study of psychometric properties. *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(4), 79–88. <https://doi.org/10.12707/RIV14031>
- Loureiro, L. M., Mendes, A. M., Barroso, T. M., Santos, J. C., Oliveira, R. A., & Ferreira, R. O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: Conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, *3*(6), 157–166.
- Malloy-Weir, L. J., Charles, C., Gafni, A., & Entwistle, V. (2016). A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *Journal of Public Health Policy*, *37*(3), 334–352. <https://doi.org/10.1057/jphp.2016.18>
- Nutbeam, D., Wise, M., Bauman, A., Harris, E., & Leeder, S. (1993). *Goals and targets for Australia's health in the year 2000 and beyond*. Australian Government Publishing Service.
- Singh, V., Kumar, A., & Gupta, S. (2022). Mental health prevention and promotion: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, Article 898009. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.898009>
- Sørensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*, Article 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Spiker, D. A., & Hammer, J. H. (2019). Mental health literacy as theory: Current challenges and future directions. *Journal of Mental Health*, *28*(3), 238–242. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1437613>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/item/9789240049338>