

TERRITÓRIO E SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE CRISE

Paula Santana (Coordenação)

FICHA TÉCNICA

TÍTULO:

Território e Saúde Mental em Tempos de Crise

URL: http://www.uc.pt/imprensa_uc

© Outubro 2015, Imprensa da Universidade de Coimbra

VENDAS ONLINE: <https://lojas.ci.uc.pt/imprensa/>

COORDENADORA:

Paula Santana

Desenvolvido no âmbito do Projeto SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das condicionantes Locais e Económicas. Este trabalho foi financiado por Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, no âmbito do projeto PTDC/ATP-GEO/4101/2012.

IMAGEM DA CAPA:

Luís Campos

COMISSÃO CIENTÍFICA:

João Ferrão | Jordi Alonso

Design gráfico:

Inês Valente | ines.imv@gmail.com

Outubro, 2015

ISBN:

978-989-26-1105-1

Mais informação disponível na página web:

<http://www.uc.pt/fluc/gigs/SMAILE>

DOI:

<http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1>

EDITOR:

Imprensa da Universidade de Coimbra

Envio de comentários:

paulasantana.smaile@gmail.com

EMAIL: imprensa@uc.pt



ÍNDICE

Prefácio: Condicionantes locais e económicas da saúde mental em contexto de crise: um roteiro para uma questão complexa	04
I. CONDICIONANTES DA SAÚDE MENTAL	10
1.1 Condicionantes da saúde mental e os instrumentos de avaliação de impactos <i>Adriana Loureiro, Joana Lima, Maria do Rosário Partidário e Paula Santana</i>	11
1.2 Padrão geográfico e sazonal de internamentos por perturbações mentais <i>Ricardo Almendra, Adriana Loureiro e Paula Santana</i>	28
1.3 Suicídio em contextos de privação social e material nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto <i>Cláudia Costa, Adriana Loureiro, Ângela Freitas e Paula Santana</i>	36
1.4 Saúde mental e território: vulnerabilidades ambientais nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras <i>Adriana Loureiro, Marta Silva, Ricardo Almendra e Paula Santana</i>	51
II. SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE CRISE	60
2.1 A saúde mental e a crise económica <i>Manuela Silva, Graça Cardoso, Benedetto Saraceno e José Caldas de Almeida</i>	61
2.2 Utilização de serviços de saúde mental em Portugal em tempos de crise económica <i>Graça Cardoso, Adriana Loureiro, Pedro Mateus, Manuela Silva, Paula Santana e José Caldas de Almeida</i>	75
2.3 A procura pelos cuidados de urgência de saúde mental em Portugal em tempos de crise <i>Sofia Vaz, Pedro Ramos e João Felgueiras</i>	93
2.4 As características individuais e contextuais na saúde mental em tempos de crise <i>Adriana Loureiro, Ricardo Almendra, Carla Nunes e Paula Santana</i>	104
2.5 Desemprego jovem e auto percepção de saúde mental <i>Pedro Pita Barros, Maria Ana Matias e Ana Moura</i>	119
2.6 Condições sócio-ambientais e relação com a saúde mental auto percebida nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras <i>Adriana Loureiro, Maria Lucília Cardoso, Ricardo Almendra e Paula Santana</i>	132
2.7 O papel dos municípios na promoção da saúde na Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras <i>Adriana Loureiro, Ângela Freitas, Catarina Barros e Paula Santana</i>	147

Condicionantes locais e económicas da saúde mental em contexto de crise: um roteiro para uma questão complexa

João Ferrão

Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa

Apesar do significativo debate científico ocorrido nos últimos anos, a compreensão das condicionantes locais e económicas da saúde mental é ainda insuficiente e, em boa medida, inconclusiva. Os estudos de avaliação dos impactos dessas condicionantes na saúde mental são ainda mais escassos e os resultados obtidos menos robustos.

A primeira explicação para esta situação prende-se com a complexidade das relações em jogo, já que envolve fatores culturais e institucionais que variam bastante não só entre países mas também entre regiões e grupos sociais de um mesmo país. Se é verdade que existem aspetos relativamente recorrentes, não é menos certo que os contextos nacionais, regionais e locais explicam particularidades apenas compreensíveis à luz desses mesmos contextos.

Em segundo lugar, esses contextos não são imunes a tendências mais amplas, supranacionais ou até globais. A crise iniciada em 2007/8, por exemplo, tem uma incidência variável ao longo do globo. Ao mesmo tempo, regiões, grupos sociais e indivíduos estão desigualmente expostos e revelam diferentes sensibilidades aos impactos da crise financeira e económica, ou seja, o seu grau de vulnerabilidade, e também a sua capacidade de adaptação, são desiguais, tornando ainda mais complexa a compreensão das condicionantes locais e económicas da saúde mental e, sobretudo, dos seus impactos.

Finalmente, e para além das questões substantivas que o esclarecimento das relações entre as características locais e económicas e a saúde mental inevitavelmente coloca, existem problemas relacionados com a informação disponível em termos de natureza, quantidade e qualidade. Avaliar impactos pressupõe a existência de dados estatísticos credíveis a várias escalas geográficas e ao longo do tempo, mas também o recurso a outras fontes através de metodologias qualitativas. Os estudos diacrónicos, baseados em séries temporais com uma extensão razoável, e sincrónicos mas comparados, envolvendo distintos territórios, são essenciais para compreender a evolução das dinâmicas de interação entre contextos de âmbito macro e micro.

O projeto de investigação SMAILE, Saúde Mental - Avaliação do Impacto das Condicionantes Locais e Económicas não poderia, por isso, ser mais oportuno. Tendo por base uma equipa interdisciplinar e integrando distintas instituições - universidades, hospitais e unidades de saúde, câmaras municipais e juntas de freguesia -, corresponde a um estudo inovador que procura articular um contexto macro (marcado por uma crise financeira e económica) com diferentes contextos micro (áreas metropolitanas de Lisboa e Porto; quatro municípios da Grande Lisboa) através de sucessivos zooms do ponto de vista dos universos de estudo. Esta diversidade de aproximações ao problema permite uma visão mais rica e abrangente, mesmo correndo o risco - inevitável - de alguma fragmentação que dificulta a construção de uma compreensão sistémica totalizante, apenas tendencialmente alcançável a partir de um conjunto mais alargado de estudos deste tipo.

Na verdade, a investigação realizada, tendo em consideração os resultados obtidos, termina um ciclo de conhecimento e cria um patamar a partir do qual é possível formular novas questões, ou seja, abrir um novo ciclo de conhecimento mas também de diálogo e cooperação com entidades relevantes na área da saúde mental e da administração central e local com intervenção nesse domínio. É face à necessidade de construir este novo ciclo que se apresentam as seguintes seis observações.

Destriçar efeitos: contexto local vs. contexto global

No âmbito deste projeto procura-se identificar dois tipos de impactos na saúde mental: os que resultam de determinantes locais e os que decorrem do atual contexto de crise financeira e económica. Estes dois tipos de análise, desenvolvidos em paralelo, produziram resultados interessantes. Mas o contexto de crise é tão relevante e a geografia da sua incidência é tão diversificada que as determinantes locais não podem ser vistas independentemente dessa incidência. Isto é, os "locais" (bairros, municípios) não são enclaves separados do mundo externo. A saúde mental dos grupos e indivíduos que aí residem é certamente condicionada pela qualidade física e construtiva desses lugares, bem como por fatores mais intangíveis, mas igualmente com um forte enraizamento territorial, como as relações interpessoais ou o tipo de capital social prevalente. Contudo, e face a choques externos violentos como sucede com uma grave crise económica e subsequentes medidas de austeridade, as várias comunidades locais e os indivíduos que as compõem revelam graus diferenciados de vulnerabilidade, capacidade de adaptação e resiliência. Ou seja, as 'determinantes locais', podendo ser muito importantes, sobretudo em casos de escassez extrema (ausência de espaços públicos, habitação degradada, pobreza, etc.), não podem ser interpretadas nem de forma determinística (os fatores locais condicionam, mas não determinam) nem de modo insular (o efeito dos fatores locais devem ser ponderados à luz de contextos sociais, económicos e políticos mais amplos). É por isso que o entendimento dinâmico da relação entre micro contextos ('locais') e macro contextos é decisivo. Este é onexo que exige, agora, maior atenção analítica e empírica, mesmo sabendo que se trata de um difícil alvo em movimento. Por exemplo, torna-se fundamental avaliar comparativamente os impactos das condicionantes locais em contextos tanto estáveis como voláteis do ponto de vista económico. Exercícios de avaliação contra factual, comparando a situação de um mesmo local em contextos contrastados no que respeita à crise, poderão contribuir para dilucidar esta questão.

O papel revelador das análises geográficas: dicotomias em mutação

A segunda observação prende-se com o valor acrescentado decorrente da análise geográfica de distintos fenómenos, neste caso as taxas de suicídio. O que revela a análise de padrões geográficos neste domínio?

O tradicional contraste Norte/Sul, de natureza sobretudo cultural e que se manifesta através de valores, atitudes e comportamentos contrastantes em domínios tão variados como a religião, o voto ou a posição face a temas socialmente 'fraturantes' como a interrupção voluntária da gravidez, continua a observar-se (taxas de suicídio mais reduzidas no Norte e mais elevadas no Sul), mas esbate-se, perdendo intensidade e nitidez. Ao mesmo tempo ganha maior expressão a dicotomia urbano-rural, verificando-se resultados particularmente negativos nas situações em que à ruralidade se associam situações de forte privação material.

A análise geográfica efetuada neste estudo permitiu perceber que durante muito tempo residiu no “Portugal cultural” o fator explicativo principal das várias espacialidades do suicídio. No entanto, com a modernização da sociedade portuguesa e sobretudo com a crise, o “Portugal económico” sobrepôs-se parcialmente ao “Portugal cultural”, reforçando a oposição entre áreas urbanas e rurais no que às taxas de suicídio diz respeito.

Por outro lado, o “Portugal institucional” (qualidade das instituições, tipo e grau de cobertura da oferta de serviços de saúde, etc.) explica, em parte, o facto de os resultados serem globalmente melhores em contexto urbano do que nas áreas rurais.

Ao analisar a evolução das geografias das taxas de suicídio foi possível detetar que, independentemente de fatores pessoais e estruturais de outro tipo, o atual contexto de crise contribuiu para sobrepôr o “Portugal económico” ao “Portugal cultural”, funcionando o “Portugal institucional” como um filtro diferenciador: as populações das áreas rurais mais pobres destacam-se agora como mais vulneráveis, mesmo em regiões do país onde tradicionalmente o suicídio (revelado) não alcançava resultados significativos; pelo contrário, e em termos relativos, as comunidades e os indivíduos das áreas urbanas parecem ser mais resilientes ao suicídio, inclusive em territórios com elevado grau de exposição e de sensibilidade aos efeitos da crise.

Subúrbios metropolitanos de primeira geração: uma realidade pouco destacada

Os resultados apurados tendo por base a análise dos internamentos hospitalares nas áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto indiciam a existência, ao nível das freguesias, de uma relação positiva, ainda que moderada, entre riscos de internamento por doença mental e riscos decorrentes do contexto socio espacial. Ou seja, as freguesias com maior risco de internamento por doença mental são, em geral, as que possuem um risco socio espacial (contexto local) mais intenso.

Verifica-se uma coincidência espacial entre freguesias com maior risco de internamento por doença mental e freguesias com densidades demográficas elevadas. Apesar das exceções, que sugerem a necessidade de aprofundar o trabalho já realizado, o mapeamento efetuado reflete os processos de urbanização de Lisboa e do Porto, destacando as freguesias que correspondem às cidades propriamente ditas mas também a primeira coroa suburbana, isto é, os subúrbios de primeira geração, hoje (quase) tão envelhecidos com os centros históricos das duas cidades centrais. Os subúrbios de primeira geração, sobretudo os de génese industrial ou com forte presença dos grupos socioprofissionais terciários menos qualificados, têm, na verdade, uma composição demográfica e social muito distinta dos subúrbios mais recentes, posteriores a meados dos anos 70. Deste ponto de vista, é como se as cidades de Lisboa e Porto tivessem transbordado para além dos seus limites administrativos, absorvendo as freguesias de municípios contíguos através de processos precoces de suburbanização.

Geografia dos sintomas vs. geografia das causas: implicações para políticas públicas territorializadas de saúde mental

Em quatro municípios da Grande Lisboa (Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras) foi aplicado um inquérito com o objetivo de medir o estado de saúde mental auto avaliado pelos respondentes.

Em termos simples, os resultados obtidos mostram que, excluindo o caso particular dos divorciados, o grupo que pior auto avalia o seu estado de saúde mental possui um perfil bem definido: mulheres idosas, reformadas, com baixa escolaridade, rendimentos reduzidos, capacidade limitada de pagar despesas, quotidianos marcados pelo isolamento físico e social, etc. Aliás, este segmento autonomiza-se recorrentemente em inúmeros estudos sobre a população portuguesa. É um grupo com características específicas, que permite comprovar que determinadas condicionantes sociais de natureza estrutural são decisivas, em matéria de saúde mental como em muitas outras.

Esta observação suscita uma questão crucial: quando se verifica uma incidência geográfica particular de situações negativas de saúde mental em determinadas áreas, ela resulta da influência das características locais? Ou decorre, antes, da sobre concentração de grupos de risco em certos locais? De facto, a geografia dos sintomas não coincide necessariamente com a geografia das causas. Este aspeto é importante para o desenho de políticas e programas públicos, já que a ocorrência geograficamente concentrada (bairros, por exemplo) de determinadas situações críticas raramente pode ser apenas combatida através de soluções localizadas.

Esta clarificação não coloca em causa a importância das condicionantes locais da saúde mental. Mas relembra que a relação entre a geografia das causas e a geografia dos sintomas tem que ser mais estudada e melhor compreendida, para que possa ser adequadamente acolhida por políticas públicas que, para serem eficientes, procurem ser sensíveis às territorialidades dos domínios em que intervêm.

Vulnerabilidade auto avaliada: entre a resiliência e a histerese

A relação entre desemprego jovem e saúde mental auto avaliada apresenta resultados aparentemente paradoxais: são sobretudo os jovens desempregados com um nível educacional mais elevado que revelam um sofrimento superior com a situação de desemprego.

Este facto, certamente inesperado, permite colocar questões interessantes. Na realidade, e tendo em conta as respostas ao inquérito efetuado, a situação de desemprego parece ser vivida de forma mais sofrida pelos que detêm um maior capital educacional. É por certo neste grupo que se verifica uma maior dissonância entre expectativas profissionais e a vivência de situações de desemprego, o que justificará a referida auto avaliação mais negativa em termos de saúde mental. Mas, em geral, são também os membros deste grupo que demonstram uma maior capacidade de adaptação e resiliência, pelas suas características pessoais mas ainda, não raro, pelo capital familiar e relacional que detêm. Ou seja, a análise desenvolvida tem o indiscutível mérito de identificar uma relação inesperada para muitos e de sugerir a necessidade de a avaliar ao longo do tempo. Apenas uma análise diacrónica permitirá efetuar a distinção essencial entre aqueles que, embora sensíveis e vulneráveis a um determinado choque, conseguem recuperar (resiliência) e aqueles que, mesmo quando os efeitos do choque externo - neste caso, a crise – deixaram de se fazer sentir, não são capazes de superar o seu estado de vulnerabilidade (histerese).

Integrar várias janelas de observação: olhares distintos, resultados complementares

Os estudos desenvolvidos olharam para a saúde mental através de janelas de observação sucessivamente mais focadas: auto avaliação de saúde mental (inquérito à população), consultas psiquiátricas, internamentos hospitalares por perturbações mentais, tentativas de suicídio e, por fim, suicídios.

A cada uma destas janelas de observação associaram-se diferentes metodologias e distintos âmbitos geográficos. Os resultados não são, por isso, diretamente comparáveis entre si e fornecem uma visão segmentada. Seria, no entanto, interessante verificar de que modo a composição dos grupos críticos ou de risco se vai alterando à medida que se caminha da inquirição mais genérica (saúde mental auto avaliada) para os casos mais focados e extremos (suicídios). Uma comparação sequencial dos resultados relativos a cada uma das janelas de observação permitiria, talvez, identificar perfis de vulnerabilidade persistentes, outros que vão perdendo relevância e outros ainda que, pelo contrário, vão emergindo à medida que se sobe nesta escala. Por exemplo, os jovens com nível educacional elevado em situação de desemprego destacam-se na saúde mental auto avaliada, mas podem não aparecer com significado nos resultados das consultas psiquiátricas e não ter mesmo qualquer presença nos patamares de observação superiores. No futuro, num contexto pós-criese, esse grupo poderá até revelar um grau de resiliência suficiente que justifique o facto de deixar de ser referido ao nível da auto avaliação do estado de saúde mental.

Fechar um ciclo, abrir outro: da capacidade de formular uma nova geração de questões pertinentes à incorporação do novo conhecimento já produzido nos processos de decisão

Com este trabalho podemos agora ver mais longe e em várias direções. É possível colocar novas questões a partir daquelas a que o estudo dá resposta; das que conseguimos hoje intuir mas que no início do projeto de investigação não eram evidentes ou sequer vislumbráveis; e ainda das que continuam por responder. Mas os resultados obtidos, e o conhecimento daí resultante, permitem desde já incorporar novos dados e informação consistente na formulação de recomendações e nos processos de decisão de todos os que, no seu âmbito de intervenção, lidam com a relação entre condicionantes locais e económicas e saúde mental. Decisores e técnicos de hospitais e unidades de saúde, de serviços da administração central e das autarquias, mas também investigadores e cidadãos, encontrarão neste livro um sábio roteiro para compreender melhor os meandros das condicionantes sociais, económicas e territoriais da saúde mental. Uma tarefa tão complexa quanto urgente.

I. Condicionantes da Saúde Mental

1.1 Condicionantes da saúde mental e os instrumentos de avaliação de impactos

Adriana Loureiro^(1,2), Joana Lima⁽³⁾, Maria do Rosário Partidário⁽⁴⁾ e Paula Santana^(1,2)

(1) Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT), Universidade de Coimbra; (2) Departamento de Geografia e Turismo, Universidade de Coimbra; (3) Departamento de Sociologia, Universidade de Oxford; (4) Instituto Superior Técnico, Universidade de Lisboa.

DOI: http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1_1

A saúde mental é uma dimensão intrínseca e menos valorizada da saúde e do bem-estar do indivíduo. Para além de fatores biológicos, genéticos e de circunstâncias pessoais, o(s) ambiente(s) (lugar(es) onde o indivíduo nasce, se desenvolve e envelhece) parece(m) condicionar a saúde e bem-estar mental. Este capítulo explora a evidência científica que procura demonstrar como o lugar influencia o estado de saúde mental dos indivíduos e das comunidades, a diversas escalas e para diferentes populações. A literatura sugere que a distribuição destes fatores que condicionam a saúde mental pode explicar desigualdades e iniquidades em saúde bem como em desenvolvimento e bem-estar. Esta abordagem é particularmente relevante em períodos de crise económica, existindo uma tendência para muitos destes fatores serem significativamente afetados, acentuando-se, em consequência, as desigualdades geográficas e sociais na saúde mental.

Neste texto são ainda apresentados instrumentos disponíveis para avaliar os impactos na saúde mental que têm por base os seus condicionantes.

Mental health is an inherent, and underrated, component of people's overall health and wellbeing. In addition to biologic and genetic factors and personal circumstances, the built and natural environments where an individual is born, lives and ages may crucially determines their health and wellbeing.

This chapter explores the scientific evidence that aims to demonstrate how and to what extent the physical and social environment influence the mental health of individuals and communities, on different scales and on different populations. The literature suggests that the distribution of these determinants of mental health can explain inequalities and inequities in health and wellbeing more broadly. This approach is particularly relevant in periods of economic crisis when many of these determinants are severely affected. Consequently, social and geographical inequalities in mental health are polarized.

Finally, the chapter offers a discussion of the instruments at our disposal to evaluate the mental health impacts of changes in its determinants.

1. Introdução

A saúde mental é intrínseca à saúde e ao bem-estar do indivíduo (Patel et al., 2010; Prince et al., 2007). O entendimento da saúde mental não se esgota apenas na ausência de doença mental. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2014), é um estado de bem-estar em que cada indivíduo percebe o seu próprio potencial, conseguindo lidar com as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e com capacidade de contribuir para a sua comunidade. Nesta definição estão incluídos conceitos de bem-estar subjetivo, autoeficácia percebida, autodeterminação, autonomia, competência social, dependência intergeracional e autorrealização do potencial intelectual e emocional (WHO, 2001). Não existe apenas uma definição de saúde mental. Esta depende em muito da influência cultural na construção do conceito, da subjetividade do próprio conceito e das diversas perspectivas profissionais.

A saúde mental do indivíduo está dependente das suas vivências, estando, em parte, relacionada com os seus lugares e ambientes de vida (residência, estudo, trabalho, lazer, recreação, mobilidade). Para além de fatores biológicos, genéticos e de circunstâncias pessoais, o ambiente no território onde o indivíduo nasce, se desenvolve e envelhece é determinante para a sua saúde e bem-estar mental (WHO & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014). O ambiente é assim entendido num âmbito mais alargado e holístico, interrelacionando-se com o território e suas características sociais, económicas, culturais, físicas, institucionais, entre outras.

A evidência científica tem demonstrado que o território influencia o estado de saúde mental dos indivíduos e das próprias comunidades, a diversas escalas e para diferentes populações, ao considerar a inter-relação complexa de múltiplos fatores que determinam o valor particular de cada lugar (Barcelos & Bastos, 1996; Santana, 2005). Esta abordagem, baseada na distribuição dos fatores determinantes da saúde mental, tem sido utilizada para explicar desigualdades e iniquidades em saúde (Nogueira,

2006; Santana, Santos & Nogueira, 2009). As crises económicas constituem uma alteração da interação normal entre os fatores determinantes da saúde mental, produzindo frequentemente um agravamento das condições sociais e económicas (Stuckler & Basu, 2013).

Neste âmbito, são colocados desafios à governança dos territórios, nomeadamente a nível local, na definição, implementação, avaliação e monitorização de estratégias e políticas com impactos na saúde e bem-estar mental das populações e na equidade em saúde (Fischer, Matuzzi & Nowacki, 2010; De Snyder et al., 2011; Harris-roxas et al., 2012; Todman et al., 2012). As ações de intervenção no território, ordenamento, planeamento e design, com atuação em e.g. recursos, infraestruturas e condições sociais, geram impactos na saúde de uma comunidade, aumentando ou diminuindo as desigualdades em saúde (Santana, 2005).

Nos últimos anos têm sido desenvolvidas abordagens estratégicas que permitem promover os processos de desenvolvimento dos territórios com base nas suas características (Partidário, 2012). Existem instrumentos com capacidade de gerar conhecimento sistemático sobre os fatores que condicionam ou promovem a saúde, que podem apoiar os agentes locais na sua atuação político-estratégica com efeitos na mitigação da doença mental e na promoção de bem-estar (Nowacki, Martuzzi & Fischer, 2009; Fischer, Matuzzi & Nowacki, 2010; Birley, 2011; Harris-roxas et al., 2012; Partidário, 2012).

Este capítulo pretende apresentar e enquadrar, com base em evidência científica presente na literatura, os condicionantes da saúde mental (características dos territórios e dos ambientes de vida dos indivíduos), bem como os fatores que derivam de contextos de crise económica. Refere-se também a instrumentos de avaliação de impactos na saúde mental - Avaliação de Impactos na Saúde e Avaliação Ambiental Estratégica, apresentando os seus conceitos, objetivos e princípios orientadores.

2. Condicionantes da saúde mental¹

Evidência empírica, com destaque para trabalhos de investigação que têm utilizado análises estatísticas multifatoriais, referem que independentemente das características individuais, o contexto (território e ambientes de vida do indivíduo) podem influenciar a sua saúde e bem-estar mental (Drukker & van Os, 2003; Kubzansky et al., 2005; Skapinakis et al., 2005; Araya et al., 2006; Fone & Dunstan, 2006; Sundquist & Ahlen, 2006; Dupéré & Perkins, 2007; Fone et al., 2007a; Fone et al., 2007b; Lee, 2009; Hamano et al., 2010; Rios, Aiken & Zautra, 2012). Considerando a amplitude e a abrangência dos conceitos em causa, a produção de conhecimento científico neste âmbito tem ocorrido através da investigação de diversos resultados em saúde mental: sofrimento psicológico, depressão/sintomas depressivos, ansiedade/sintomas de ansiedade, sintomas psicossomáticos, prevalência de perturbações mentais, internamentos hospitalares psiquiátricos, óbitos por suicídio e lesões autoinfligidas, qualidade de vida/satisfação com a vida, bem-estar e felicidade.

As características dos territórios (onde se nasce, cresce, vive, trabalha e envelhece), funcionando como “determinantes contextuais”, podem produzir impactos positivos ou negativos na saúde em geral (Macintyre & Ellaway, 2000) e na saúde mental individual e coletiva (WHO, 2008, 2013; WHO & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

Alguns autores (Evans, 2003; Almedom, 2005; Sundquist & Ahlen, 2006; Fone & Dunstan, 2006; Miles, Coutts & Mohamadi, 2012; Todman et al., 2013), apoiando-se nesta abordagem holística

dos determinantes da saúde mental, afirmam que para se atingir uma melhor saúde mental terão de ser introduzidas melhorias nas condições de vida, nomeadamente nas características do ambiente físico e construído, socioeconómico e de interação social e cultural em que os indivíduos se inserem.

Estas condições podem representar riscos mais elevados de doença mental em alguns grupos sociais, considerando a sua maior exposição e vulnerabilidade a ambientes sociais, económicos, físicos e construídos desfavoráveis (WHO & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

O quadro seguinte sintetiza as características do contexto que influenciam a saúde mental referidas na literatura. De facto, as desigualdades na vivência

Quadro 1. Condicionantes contextuais (ambiente físico e construído, ambiente socioeconómico e de interação social e cultural) da saúde mental

Características do ambiente físico e construído	Características do ambiente socioeconómico	Características do ambiente de interação social e cultural
Habitação	Pobreza	Redes sociais e de apoio social
Saneamento	Rendimento	Capital social
Poluição	Emprego/Desemprego	Coesão social
Mobilidade e transportes	Educação	Identidade e pertença
Espaço verde e azul	Segurança alimentar	Racismo e discriminação social
Dispersão/concentração da população	Estatuto socioeconómico	Justiça
Desenho do espaço urbano		
Manutenção do espaço urbano		
Uso do solo		
Acesso a equipamentos e serviços		
Segurança		
Presença de pichagem		

Fonte: elaborado a partir da literatura revista

dos ambientes e das suas características (quadro 1) podem traduzir diferenças na saúde mental dos indivíduos e das comunidades, que potenciam iniquidades pelo seu carácter injusto e evitável (WHO, 2008).

1. Esta secção foi adaptada da publicação: Loureiro, A.; Costa, C. & Santana, P. (2015), “Determinantes Contextuais da Saúde Mental”, in Dimenstein, M. (org.), Condições de Vida e Saúde Mental em Assentamentos Rurais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Editora Intermeios, Natal (no prelo).

Todavia, há três aspetos a ter em conta nesta abordagem. Por um lado, a relação de influência raramente é direta e a maioria dos impactos do lugar na saúde mental expressam-se por relações indiretas (Burton, 2015). Por outro lado, a ação num determinante ambiental poderá ter impactos noutros determinantes, motivando alterações em cadeia, cumulativas, através de ações de sobreposição e interação (Nogueira, Santana & Santos, 2007). Por fim, a interação indivíduo-território/ambiente-indivíduo pode não ocorrer do mesmo modo, mesmo considerando indivíduos com as mesmas características biológicas e genéticas.

2.1 Ambiente físico e construído

O Lugar é uma dimensão importante para a saúde mental dos indivíduos e das comunidades (Curtis, 2010). O ambiente físico e construído que nos envolve pode afetar a nossa saúde e bem-estar mental, tendo, por vezes, a capacidade de nos "animar" ou "levantar o espírito" ou, por outro lado, de nos deixar "deprimidos" ou "claustrofóbicos" (Burton, 2015). Neste sentido, o ambiente físico e construído pode atuar sobre os comportamentos e perceções do indivíduo influenciando, por exemplo, a prática de atividade física, a interação social, o contacto com a natureza, a acessibilidade e mobilidade, o sentimento de pertença e a segurança (Brown, Learmonth & Mackereth, 2015; Burton, 2015).

Na última década, vários estudos científicos têm evidenciado associações entre resultados em saúde mental e características ou elementos do ambiente físico e construído como os relativos à habitação (e.g. forma e design, isolamento térmico e acústico, lotação, luminosidade) (Brown, 1995; Weich et al., 2002; Drukker & van Os, 2003; Evans, Wells & Moch, 2003; Galea et al., 2005; Vlahov et al., 2005; Brown et al., 2009; Bond et al., 2012; Barahmand, Shahbazi & Shahbazi, 2013), à densidade residencial e populacional (Walters et al., 2004; Peen et al., 2007), à qualidade ambiental (e.g. recolha e tratamento de resíduos, ruído, qualidade do ar e da água) (Araya et al., 2007; Thomas et al., 2007), ao acesso a infraestruturas e serviços (e.g. espaços verdes, cuidados de saúde) (Takano, 2002 ; Guite, Clark & Ackrill, 2006;

Araya et al., 2007; Gary, Stark & LaVeist, 2007; Sheppard et al., 2012), ao desenho do espaço urbano e usos do solo (e.g. espaço público, configuração das ruas, uso misto, pedonalidade, presença do espaço verde) (Araya et al., 2007; Berke et al., 2007; Annerstedt et al., 2012; Bond et al., 2012; Sheppard et al., 2012), à segurança (e.g. crime) (Whitley & Prince, 2005; Araya et al., 2007; Cromley, Wilson-Genderson & Pruchno, 2012; Sheppard et al., 2012; Wilson-Genderson & Pruchno, 2013) e à manutenção do espaço público (e.g. presença de grafíti não autorizados, sinais de vandalismo) (Semenza & Krishnasamy, 2007).

Em síntese, a literatura tem sugerido que piores resultados em saúde mental estão relacionados com: habitação sobrelotada, com pouca entrada de luz natural, fraco isolamento térmico e acústico, inestética do espaço construído (Drukker & van Os, 2003; Bond et al., 2012; Barahmand, Shahbazi & Shahbazi, 2013); elevadas taxas de crime, perceção de insegurança e crime (Whitley & Prince, 2005; Gary, Stark & LaVeist, 2007; Cromley, Wilson-Genderson & Pruchno, 2012; Sheppard et al., 2012; Wilson-Genderson & Pruchno, 2013); inexistência visual de espaço verde ou de espaço azul (Sugiyama et al., 2008; Annerstedt et al., 2012); acesso inadequado a infraestruturas e serviços (Guite, Clark & Ackrill, 2006; Gary, Stark & LaVeist, 2007); densidade residencial e populacional muito elevadas (Walters et al., 2004; Peen et al., 2007) ou muito baixas (Hempstead, 2006; Jagodic, Agius & Pregelj, 2012; Santana et al., 2015); elevados níveis de ruído (Guite, Clark & Ackrill, 2006) e baixa pedonalidade da área de residência/trabalho (Berke et al., 2007).

2.2 Ambiente socioeconómico

A relação entre as características socioeconómicas do contexto de vida do indivíduo e os seus resultados em saúde mental tem suscitado inúmeras investigações.

Áreas pobres, de baixo estatuto e de privação socioeconómica são espaços onde são geradas poucas oportunidades, onde as situações de vulnerabilidade se multiplicam, conjugando-se

simultaneamente vários fatores (Kaplan, 1996; Nogueira, 2007) que potenciam o risco de piores resultados em saúde mental (Stafford, 2003; Murali, 2004). Genericamente classificam-se como lugares em declínio económico, social e demográfico, tendo por base processos de desqualificação que assentam em mecanismos de acumulação e retroação, ocupados por populações carenciadas e empobrecidas, degradados habitacionalmente, desprovidos de equipamentos públicos e/ou privados, onde se incluem os do comércio e serviços e, conseqüentemente, tendem a constituir-se como territórios de baixa interação social e fraca utilização do espaço público (Nogueira, 2007).

Existe evidência científica que identifica associações estatísticas entre piores resultados em saúde e bem-estar mental e as características sociais e económicas das áreas de residência, destacando: baixos rendimentos (Zhang, Ho & Woo, 2005; Sundquist & Ahlen, 2006; Fone et al., 2007b; Orpana, Lemyre & Gravel, 2009; Roberts, Abbott & Mckee, 2010; Fukuda & Hiyoshi, 2012), níveis elevados de desemprego ou muito baixa atividade económica (Breslin & Mustard, 2003; Comino et al., 2003; Artazcoz et al., 2004; Fone & Dunstan, 2006; Fone et al., 2007a; Thomas, Benzeval & Stansfeld, 2007; Roberts, Abbott & Mckee, 2010; Fukuda & Hiyoshi, 2012; Córdoba-Doña et al., 2014) e falta de capacidade económica para aceder a uma alimentação saudável (Cannuscio, Weiss & Asch, 2010; Yang & Matthews, 2010).

Considerando a multidimensionalidade destes conceitos, alguns estudos utilizam medidas compostas de estatuto socioeconómico (Pringle et al., 2000). Estas medidas agregam um conjunto muito diverso de variáveis relativas ao Lugar: emprego/desemprego, escolaridade, ocupação profissional, estado civil, tipologia da família, participação cívica, acessibilidade geográfica a serviços, acesso a meios de transporte e características da habitação e da alimentação. Neste sentido, pior saúde mental está associada a ambientes com baixo estatuto socioeconómico (Huurre et al., 2005; Lorant et al., 2007; Murata et al., 2008; Myer et al., 2008; Barahmand, Shah-

bazi & Shahbazi, 2013), de pobreza (Ostir et al., 2003; Kubzansky et al., 2005; Ludwig et al., 2012; Cromley, Wilson-Genderson & Pruchno, 2012) e de privação socioeconómica (Drukker & van Os, 2003; Walters et al., 2004; Skapinakis et al., 2005; Fone & Dunstan, 2006; Santana et al., 2015).

2.2.1 Ambiente socioeconómico em períodos de crise económica: evidência e mecanismos para a saúde mental

Evidência

A crise económica mundial que se instalou na sequência da crise financeira de 2008, trouxe consigo o deteriorar das características do ambiente socioeconómico para uma parte significativa da população, não só nos Estados Unidos, onde a crise teve início, mas também na Europa. Como tal, o estudo dos efeitos dos ciclos económicos na saúde têm-se intensificado nos últimos anos, significando um maior leque de conseqüências documentadas para a saúde mental.

Recessões e outras crises económicas em décadas anteriores estiveram associadas com, por exemplo, uma diminuição da mortalidade geral, e com uma particular diminuição da mortalidade associada a acidentes de tráfico (Ruhm 2000, 2003, 2005). A exceção nessa tendência decrescente durante períodos de contração económica é a mortalidade por suicídio que tende a aumentar nestas circunstâncias (Ruhm, 2000, 2003, 2005). O aumento nas taxas de suicídio, já verificado em períodos de crise anteriores, parece ser de novo uma característica da atual crise que atravessamos. Por exemplo, Stuckler e outros (2009) calculam que na Europa um aumento de 1% na taxa de desemprego está associado com um aumento de 0,79% na taxa de suicídio em faixas etárias inferiores a 65 anos de idade. Adicionalmente, estes autores calculam que um aumento do desemprego de 3% tem o maior efeito no aumento de suicídios (4,45%, IC95% 0,65 - 8,24) e no aumento de mortes resultantes de abuso de álcool em indivíduos de idade laboral (Stuckler et al., 2009).

Outros indicadores de saúde mental também tendem a variar em resposta a oscilações na economia verificando-se um claro aumento em diversos diagnósticos, nomeadamente de depressão e ansiedade. O consumo de álcool, frequentemente associado a problemas de saúde mental, também tem sido objeto de estudo durante crises económicas. Intuitivamente teria sentido assumir que pudesse existir uma redução no consumo de álcool e de outros produtos nocivos, como tabaco, devido à redução do poder de compra verificado durante crises económicas. No entanto, um escrutínio mais detalhado do efeito da atual crise económica nos Estados Unidos, por exemplo, revela que, enquanto ao nível do agregado se verifica, de facto, uma redução do consumo de bebidas alcoólicas, em sectores da população mais vulneráveis e com uma rede de apoio mais fraca (como homens solteiros de idade inferior a 30 anos que perderam o emprego), este consumo aumenta desproporcionalmente (Bor et al., 2013). Este facto conduz a um aumento de internamentos devido a consumo excessivo de álcool (Bor et al., 2013). Outros autores descrevem um padrão similar no Reino Unido onde, apesar da tendência geral de diminuição do consumo de álcool durante a crise, se verifica um aumento significativo de consumo extremo entre homens desempregados (Harhay et al., 2014).

Mecanismos

O efeito das crises económicas na saúde mental atua fundamentalmente através de dois mecanismos que podem coexistir. O primeiro entra em ação através de choques económicos. Estes choques advêm de uma série de fatores que vão desde a perda de emprego, perda de poupanças, perda da casa ou expulsão da mesma, dívidas ou insolvência. O caso espanhol proporciona uma boa ilustração deste mecanismo. Um estudo (Gili et al., 2012) que acompanhou uma coorte de indivíduos na rede de cuidados de saúde primários no período pré e pós-crise verificou um aumento nos diagnósticos de depressão, ansiedade, transtornos somatoformes, transtornos da alimentação e abuso de álcool. Mas não só. Os autores descreveram adicionalmente um aumento do risco relativo de depressão entre os indivíduos que

se encontravam em situação de despejo eminente, devido ao não pagamento de hipotecas, bem como em situação de desemprego. Podemos encontrar um outro exemplo deste mecanismo na Grécia, onde Barlow e outros (2015) documentaram, também usando uma coorte de indivíduos seguidos no período pré e pós-crise, um aumento do risco relativo (risco relativo de 1,61) de declínio da saúde auto reportada associado com a perda de emprego (Barlow et al., 2015).

A segunda via atua através de medidas de austeridade fiscal que reduzem os recursos disponíveis para manter sistemas de saúde e sistemas de segurança social. Os sistemas que, em circunstâncias normais, garantiriam uma rede de apoio ao indivíduo com problemas de saúde mental e impediriam a degradação da saúde e a possibilidade de uma vida normal, estão debilitados e incapazes de proporcionar esse nível de proteção. Um bom exemplo desta via são os programas de reinserção laboral ativa que ajudam os desempregados a melhorar a sua empregabilidade, dando-lhes não só formação mas também acesso a novas oportunidades de emprego. Estes programas têm efeitos comprovados na proteção da saúde mental verificados em intervenções nos Estados Unidos (van Ryn & Vinokur, 1992; Vinokur et al., 2000) e na Finlândia (Vuori et al., 2002). Quanto à União Europeia, um estudo de 2009 (Stuckler et al., 2009) mostra que por cada aumento de 10 USD em proteção social investido em programas ativos de reinserção, o efeito do aumento do desemprego na taxa de suicídios é atenuado em 0,038% (IC95%, 0,004 - 0,071).

Apesar da proliferação de estudos que ilustram os vários mecanismos, não há consenso na literatura científica sobre a direção causal da associação. A grande maioria destes estudos usa o desemprego como indicador da gravidade da crise, o que causa alguns problemas já que este pode confundir a relação causa-efeito. Há duas interpretações preponderantes. Por um lado, temos a escola que defende que o desemprego causa a perda de saúde mental. Por exemplo, uma pessoa que perde o seu emprego perde não só a sua fonte de rendimento e a segurança material que este proporciona mas também um sentimen-

to de pertença e de utilidade para a sociedade. Adicionalmente, o horário de trabalho também proporciona uma estrutura clara para o dia-a-dia. Consequentemente, a perda de emprego traz consigo o empobrecimento material e emocional. Além disso, a rede social associada ao posto de trabalho pode ser enfraquecida por uma falta de contacto diário, o que contribui para o quadro de isolamento. Igualmente, um aumento nas cifras de trabalho precário em pessoas empregadas que ainda assim estão abaixo do limiar da pobreza pode levar a uma preocupação constante com questões financeiras. Este desgaste leva a um elevado e constante nível de pressão e stress que invariavelmente culmina num desgaste da saúde mental. Há estudos que suportam esta teoria. A nível técnico, a evidência mais sólida a favor é aquela que se apoia em estudos longitudinais em que o indivíduo é seguido ao longo dos anos durante períodos de emprego e períodos subsequentes de desemprego. Murphy e Athanasou (1999) levaram a cabo uma meta-análise da literatura a fim de responder à pergunta de relação causal. Estes autores reviram a literatura que respondia à questão do efeito de entrar no mercado de trabalho, e a que respondia a questão do efeito de perder o emprego, na saúde mental e concluem que entrar no mercado de trabalho, após um período de desemprego, tem um efeito protetor na saúde mental. Paralelamente, a perda de emprego precede o despoletar de problemas de saúde mental (Murphy & Athanasou, 1999).

A outra escola defende que a direção causal tem o sentido inverso: num clima de insegurança laboral criado pela crise económica, em que tanto o sector público como o privado aumentam as taxas de despedimentos ou reduzem o número de renovações de contratos, os indivíduos com problemas de saúde mental serão os primeiros a ser despedidos. Isto pode ser explicado pelo facto de estes indivíduos, no passado, apresentarem menor produtividade ou maior frequência de absentismo laboral em virtude de sofrerem de ansiedade, depressão ou qualquer outro diagnóstico de saúde mental. Outros autores propõem outro mecanismo: pessoas com problemas de saúde mental podem apresentar um maior consumo de álcool bem como revelar maior proba-

bilidade de ter um comportamento agressivo, o que pode prejudicar a harmonia no local de trabalho e consequentemente aumentar o risco de desemprego (Catalano & Bellows, 2005).

2.3 Ambiente de interação social e cultural

A forma de funcionamento da comunidade e a sua organização social são fatores que produzem efeitos na saúde mental da população. A influência positiva destas dimensões pressupõe a interação entre indivíduos, ou seja, a existência de relações de confiança, ajuda e cooperação, o compromisso cívico, a partilha de uma identidade comum, a presença de um sentimento de pertença a uma sociedade/comunidade e a adesão/união dos cidadãos (Baum & Ziersch, 2003). Barton, Grant & Guise (2003) afirmam que a existência de redes locais de suporte mútuo e confiança são fulcrais para a saúde e bem-estar de uma comunidade.

Alguns autores evidenciam a associação entre os resultados em saúde mental e: i) variáveis relacionadas com a participação política e confiança nas instituições, revelada pela população (Poblete, Sapag & Bossert, 2008; Hamano et al., 2010), ii) as relações entre vizinhos (Fone et al., 2007b; Myer et al., 2008; Poblete, Sapag & Bossert, 2008; Rios, Aiken & Zautra, 2012), iii) o associativismo e participação em organizações (Dupéré & Perkins, 2007; Gary, Stark & LaVeist, 2007; Hamano et al., 2010; Myer et al., 2008), iv) a participação em grupos religiosos (Corrêa et al., 2010), v) o acesso a apoio/suporte social (Lee, 2009; Corrêa et al., 2010; Roberts, Abbott & Mckee, 2010; Chou, 2012; Tsai & Thompson, 2013), vi) o voluntariado (Poblete, Sapag & Bossert, 2008) e vii) o isolamento social (Quinn & Biggs, 2010). Neste sentido, a literatura científica tem revelado que piores resultados em saúde mental estão associados a ambientes com redes sociais fracas ou inexistentes (Quinn & Biggs, 2010; Roberts, Abbott & Mckee, 2010; Rios, Aiken & Zautra, 2012), baixo capital social (Myer et al., 2008), baixa coesão social (Fone et al., 2007b).

3. Avaliação estratégica de impactos na saúde mental

Ordenar e planejar lugares mais saudáveis, capazes de promover a saúde e o bem-estar dos seus habitantes é hoje um dos grandes desafios colocados aos atores locais nos seus vários domínios de intervenção no território. Considerando a abordagem complexa, subjetiva, multifatorial e holística que é implícita à saúde e ao território, o planeamento territorial deverá basear-se no conhecimento das características ambientais com efeitos potenciais na saúde, no bem-estar humano e na relação que estabelecem entre eles (Santana, 2009), constituindo-se assim como fatores ambientais da saúde. Neste sentido, os processos de planeamento urbano saudável terão de ter em conta a utilização de variáveis, metodologias e instrumentos adequados para a operacionalização do conceito de território saudável.

Atualmente, a inclusão deste quadro conceptual e relacional nos processos locais de planeamento e ordenamento é obrigatório (Nowacki et al. 2009 e Circular informativa nº 36/DA de 9 de outubro de 2009), exigindo-se, no quadro das avaliações de impacto ambiental e de Avaliação Ambiental Estratégica que a temática “saúde” passe a ir mais além do que os aspetos tradicionais relacionados com rede de equipamentos de cuidados em saúde (Santana, Costa & Loureiro, 2014) e seja abordada de forma mais integrada intersetorialmente (Partidário & Jesus, 2007). Partidário e Jesus (2003) referem as vantagens na sua adoção como: i) a inclusão da saúde na previsão de impactos e prevenção de problemas, ii) a saúde ser considerada um elemento necessário para a sustentabilidade, iii) a saúde ser uma preocupação fundamental da população envolvida, e iv) os ganhos em saúde constituírem uma vantagem política.

Hoje existem abordagens e instrumentos metodológicos integradores e orientados para a sustentabilidade que pretendem avaliar impactos das opções de desenvolvimento tendo em conta as características do território, apoiando os pro-

cessos de decisão – Avaliação de Impactos na Saúde e Avaliação Ambiental Estratégica (Harris-Roxas et al., 2012; Partidário, 2012).

A Avaliação de Impactos na Saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde como uma combinação de procedimentos, métodos e instrumentos que sistematicamente julgam os potenciais efeitos, muitas vezes não intencionais, de políticas, planos, programas ou projetos na saúde de uma população, e na equidade em saúde (WHO, 1999). Com esta abordagem pretende-se identificar de que modo o processo de desenvolvimento produz efeitos nos fatores que condicionam a saúde e verificar as consequências nos resultados em saúde que daí possam advir (Quigley et al., 2006). As melhores práticas de Avaliação de Impactos na Saúde são baseadas em princípios orientadores que assentam em valores de democracia, equidade, desenvolvimento sustentável, uso ético de evidência e aproximação global à saúde (WHO, 1999).

A Avaliação Ambiental Estratégica é um instrumento que, de forma estratégica, visa apoiar a criação de um contexto de desenvolvimento para a sustentabilidade, integrando as características do território e da sustentabilidade nos processos de avaliação de opções de desenvolvimento e nos processos de decisão (Partidário, 2012). Segundo Partidário (2012) esta abordagem de pensamento estratégico tem três objetivos: i) encorajar a integração ambiental e de sustentabilidade (incluindo os aspetos biofísicos, sociais, institucionais e económicos), estabelecendo as condições para acomodar futuras propostas de desenvolvimento, ii) acrescentar valor ao processo de decisão, discutindo as oportunidades e os riscos das opções de desenvolvimento e transformando problemas em oportunidades, iii) alterar mentalidades e criar uma cultura estratégica no processo de decisão, promovendo a cooperação e o diálogo institucionais e evitando conflitos. Tendo em conta a mesma autora (Partidário, 2012), apesar de este instrumento ter origem nos processos de avaliação de impacto, diferencia-se destes por procurar, através da avaliação, a capacidade de criar contextos de desenvolvimento que sejam favoráveis a soluções de sustentabilidade em vez de avaliar os efeitos do desenvolvimento no ambiente.

No quadro 2 apresenta-se um processo de Avaliação Ambiental Estratégica semelhante aos processos de Avaliação de Impacto Ambiental, tal como defendido por vários autores, em seis etapas principais (Diretiva Europeia, 2001/42/CE) (quadro 2).

Quadro 2. Etapas da Avaliação Ambiental Estratégica semelhante à Avaliação de Impacto Ambiental

AVALIAÇÃO AMBIENTAL ESTRATÉGICA	
Etapas	Descrição e Objetivos
1. Identificação	Decidir se é necessário implementar Avaliação Ambiental Estratégica; Determinar se a proposta terá quaisquer efeitos ambientais significativos para a saúde; Ajudar a definir metas e os objetivos da proposta.
2. Definição do âmbito	Determinar como deve ser efetuada a Avaliação Ambiental Estratégica (termos de referência), incluindo: <ul style="list-style-type: none"> - a extensão geográfica, temporal e temática da avaliação; - o nível de pormenor da avaliação e as informações necessárias a serem incluídas na mesma; - uma primeira identificação dos problemas ambientais; - a identificação de alternativas, os métodos e técnicas de avaliação; - a definição das potenciais partes interessadas (<i>stakeholders</i>) e afetadas; - o estabelecimento dos procedimentos de consulta e participação e das modalidades de gestão.
3. Avaliação e Informação	Realizar análises para estabelecer os impactos na saúde mais significativos (considerando os determinantes contextuais da saúde), usando diferentes métodos e técnicas; Compilar a informação em forma de relatório, incluindo alternativas e recomendações.
4. Consulta e Participação	Testar a integridade, validade e fiabilidade da informação relevante; Identificar e mitigar conflitos, tendo em conta as necessidades do público interessado; Facilitar uma melhor compreensão entre os diferentes intervenientes; Melhorar a aceitação da política, plano e/ou programa; Aumentar a transparência.
5. Tomada de decisão	Ponderar os diferentes resultados; Justificar a decisão com base na evidência alcançada.
6. Monitorização e Avaliação	Acompanhar o processo de Avaliação Ambiental Estratégica, através da observação e medição de indicadores pré-definidos (fases anteriores) e dos seus impactos na saúde.

Segundo Partidário (2012) a Avaliação Ambiental Estratégica destina-se a avaliar as condições de desenvolvimento que permitem desencadear soluções de sustentabilidade. Deste modo a autora propõe apenas três fases fundamentais, tal como apresentado no quadro 3: i) compreender o contexto e focagem estratégica, ii) definir caminhos para a sustentabilidade e iii) promover a continuidade do processo de avaliação através de um programa de seguimento.

Com a Avaliação Ambiental Estratégica é possível identificar oportunidades para prevenir a doença e promover a saúde (Quigley et al., 2006; Fischer, Matuzzi & Nowacki, 2010). O envolvimento de atores locais (*stakeholders*), e uma abordagem estratégica tal como promovida por Partidário (2012) garantem a integração de todos os interesses e interessados durante o processo de avaliação no longo prazo, considerando o modo como ações de desenvolvimento podem afetar a saúde humana. Assim, estas abordagens permitem avaliar os potenciais efeitos e impactos de dada proposta de política, plano e/ou programa sobre a saúde, partindo dos determinantes contextuais da saúde (Quigley et al., 2006).

No início do século XX, estes instrumentos de avaliação de impactos – Avaliação de Impactos na Saúde e Avaliação Ambiental Estratégica – surgem como uma oportunidade para a aplicação da ação intersectorial na saúde. Esta ação baseia-se na evidência de que ações e política fora do exclusivo domínio do sector da saúde têm repercussões na saúde e na equidade em saúde (Partidário & Jesus, 2007; Nowacki, Martuzzi & Fischer, 2009; Santana, 2014).

Fonte: adaptado de Nowacki e outros (2009)

Quadro 3. Avaliação Ambiental Estratégica com pensamento estratégico

AVALIAÇÃO AMBIENTAL ESTRATÉGICA	
Etapas	Descrição e Objetivos
1) Contexto da Avaliação Ambiental Estratégica e foco estratégico	Estabelece o contexto e a focagem estratégica. A finalidade é assegurar que a avaliação se concentra apenas no que é importante, que compreende e se adapta ao contexto natural, social, cultural, político e económico do objeto em avaliação. Tem como objetivo criar um marco de avaliação estratégico com base em Fatores Críticos de Decisão.
2) Caminhos e diretrizes para a sustentabilidade	Refere-se à criação de caminhos para a sustentabilidade, e diretrizes que apoiem esse percurso. Caminhos para a sustentabilidade é o termo usado para exprimir as opções estratégicas para o desenvolvimento, que nos ajudam a ir de onde estamos até onde queremos chegar
3) Uma fase contínua de seguimento, ligação de processos e envolvimento	O seguimento, com monitorização, avaliação e comunicação, deve ser um ato contínuo, ou de rotina, num processo de avaliação ambiental e de sustentabilidade estratégica, sistematicamente ligado aos processos de formulação de políticas ou de planeamento e envolvendo os agentes relevantes.

Fonte: Partidário, 2012:33-34

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (2009) sensível a esta temática, preparou uma circular informativa com recomendações para a integração e apreciação da "saúde" ao nível dos instrumentos de gestão territorial municipais, nomeadamente Planos Municipais de Ordenamento do Território. O seu objetivo é "contribuir para um correto ordenamento do território municipal, na perspetiva de que a qualidade de vida das populações passa em primeira instância pela sua saúde e bem-estar" (Circular informativa nº 36/DA de 9 de outubro de 2009, p.2).

Tendo como objetivo a promoção e proteção da saúde mental, a implementação de um instrumento de avaliação estratégica de impactos na saúde mental deverá ainda considerar quatro fatores orientadores: i) aumentar/reforçar o controlo por parte da comunidade (oportunidades para fazer escolhas saudáveis), ii) aumentar a capacidade de resiliência e as valências da comunidade, iii) facilitar a participação e iv) promover a inclusão (Cooke et al., 2011; Lalani, 2011). Não existindo saúde sem saúde mental, e sendo a saúde mental parte integrante da saúde geral de um indivíduo ou comunidade (WHO, 2010), estas abordagens de avaliação de impac-

tos colocam o foco nas implicações da estratégia, intervenção e decisão política para a saúde mental (Todman et al., 2012).

Todos os fatores elencados se encontram intimamente relacionados com os determinantes contextuais da saúde mental, podendo ser influenciados por eles, assim como com os conceitos de equidade e justiça social (Lalani, 2011). Neste sentido, os processos de avaliação estratégica de impactos na saúde mental deverão ter em conta a análise do indivíduo, da comunidade e do território, potenciando uma compreensão estratégica e integrada dos fenómenos, que permitirá apoiar os processos de tomada de decisão a nível local.

4. Considerações finais

As características do contexto (onde os indivíduos nascem, crescem, trabalham e passam os tempos livres) influenciam os resultados em saúde mental das populações. A literatura científica sustenta que os ambientes físico, construído, socioeconómico e de interação social e cultural produzem impactos no bem-estar individual e da comunidade. A ocorrência de determinadas doenças mentais é assim justificada como consequência das características dos lugares, sendo esta relação ainda mais expressiva e significativa em períodos de crise económica.

A identificação das características contextuais, que podem influenciar a vida humana, e a sua medição e monitorização é um dos grandes desafios colocados a quem intervém no território, no desenho de intervenções de planeamento saudável (Santana, 2009). A adoção de abordagens de avaliação estratégica de impactos pode contribuir, de forma integrada e participada, para um melhor entendimento dos fatores individuais, ambientais, sociais e institucionais que

influenciam a saúde mental e das suas desigualdades (Macintyre & Ellaway, 2000; Fone & Dunsstan, 2006; Sundquist & Ahlen, 2006; Partidário & Jesus, 2007; Mair, Diez Roux & Galea, 2008; Paczkowski & Galea, 2010).

Em contextos de crise económica, a importância atribuída a estes processos e mecanismos de avaliação de impactos ainda é maior, uma vez que permitem perspetivas e análises objetivas sobre o aumento das situações de vulnerabilidade e de desigualdade, apesar da escassez de recursos. Os impactos da perda de saúde mental em períodos de crise são enormes para os indivíduos afetados, para os empregadores e para a sociedade em geral. Num relatório publicado recentemente pela OCDE (2015) o custo da saúde mental estimado é, em média, 3,5% do PIB dos seus estados membros (33 países), tendo em conta a perda potencial de força laboral, o aumento de taxas de desemprego e de laboral, bem como a perda de produtividade laboral.

Uma série de recomendações são apresentadas no mesmo relatório ao nível da política social e de saúde, reconhecendo-se que a perda de recursos económicos e de produtividade está associada a indivíduos com problemas de saúde de gravidade baixa ou média. Como tal, intervenções atempadas são referidas como o método mais eficaz para prevenir o desenvolvimento de problemas de saúde mental. Exemplos de políticas públicas eficazes neste domínio seriam, por exemplo, o aumento das competências de profissionais fora da área da saúde em questões de saúde mental, através da elaboração e distribuição de guias de melhores práticas para identificar e referenciar indivíduos com sinais de eventuais problemas mentais, considerando também a evolução sintomatológica. É sugerido também a identificação de responsabilidades profissionais dos que lidam com casos de saúde mental, tendo em conta a sua atuação no tratamento de indivíduos. Finalmente, a implementação das boas práticas deverá ser suportada por um sistema de monitorização, que deverá incluir mecanismos sancionatórios para profissionais que não atuem em conformidade com o estabelecido (OECD, 2015). A associação entre choques económicos e degra-

dação da saúde mental não é inevitável e pode ser quebrada ao atuar sobre os mecanismos sociais que medeiam essa associação, com destaque para intervenções políticas de proteção social e laboral e políticas de prevenção ativa e de proteção do acesso a cuidados de saúde atempados e de qualidade.

Em tempos de crise deve ser reforçada a criação de evidência científica sobre os fatores condicionantes da saúde mental, com base numa abordagem compreensiva, transversal e estratégica da saúde, de modo a apoiar os decisores-políticos e a suportar as intervenções no território. Neste âmbito, a observação e análise do Lugar, enquanto espaço apropriado, vivido e sentido pelo homem, é fundamental para assegurar e promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos e das suas comunidades (Cresswell, 2004; Cummins et al., 2007), porque todos têm direito a viver, trabalhar e ocupar o seu tempo livre em locais e comunidades que sejam seguras, saudáveis e livres de quaisquer ameaças (Corburn, 2004).

Agradecimentos

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do projeto de investigação PTDC/ATP-GEO/4101/2012, SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das Condicionantes Locais e Económicas, e da bolsa de doutoramento SFRH/BD/92369/2013, financiados por Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Agradece-se ao grupo de investigação do projeto SMAILE (Benedetto Saraceno, Carla Nunes, Graça Cardoso, João Ferrão, José Caldas de Almeida, Manuela Silva, Pedro Pita Barros) pelos contributos ao longo destes dois anos de desenvolvimento do projeto.

Referências Bibliográficas

- Almedom, A. M. (2005). Social capital and mental health: an interdisciplinary review of primary evidence. *Social Science and Medicine*, 61, 943–964.
- Annerstedt, M., Ostergren, P.-O., Björk, J., Grahn, P., Skärbäck, E., & Währborg, P. (2012). Green qualities in the neighbourhood and mental health - results from a longitudinal cohort study in Southern Sweden. *BMC Public Health*, 12, 337. doi:10.1186/1471-2458-12-337
- Araya, R., Dunstan, F., Playle, R., Thomas, H., Palmer, S., & Lewis, G. (2006). Perceptions of social capital and the built environment and mental health. *Social Science & Medicine*, 62, 3072–83. doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.037
- Araya, R., Montgomery, A., Rojas, G., Fritsch, R., Solis, J., Signorelli, A., & Lewis, G. (2007). Common mental disorders and the built environment in Santiago, Chile. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 190, 394–401. doi:10.1192/bjp.bp.106.024596
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortès, I. (2004). Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health*, 94(1), 82–88. doi:10.2105/AJPH.94.1.82
- Barahmand, U., Shahbazi, H., & Shahbazi, Z. (2013). Implications of perceived physical and social aspects of the environment for self-reported physical and mental health. *International Journal of Environmental Health Research*, 23(1), 31–45.
- Barcellos, C., & Bastos, F. I. (1996). Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível? *Cadernos de Saúde Pública*, 12(3), 389–397. doi:10.1590/S0102-311X1996000300012
- Barlow, P., Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2015). Austerity, precariousness, and the health status of Greek labour market participants: Retrospective cohort analysis of employed and unemployed persons in 2008–2009 and 2010–2011. *Journal of Public Health Policy*, 36(4), 452–68.
- Barton, H., Grant, M., & Guise, R. (2003). *Shaping Neighbourhoods – a guide for health, sustainability and vitality* (Spon Press). New York.
- Baum, F. E., & Ziersch, A. M. (2003). Social capital. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 320–323. doi:10.1136/jech.57.5.320
- Berke, E. M., Gottlieb, L. M., Moudon, A. V., & Larson, E. B. (2007). Protective association between neighborhood walkability and depression in older men. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(4), 526–33. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01108.x
- Birley, M. (2011). *Health Impact Assessment. Principles and Practice* (Earthscan, p. 356). Nova lorque.
- Bond, L., Kearns, A., Mason, P., Tannahill, C., Egan, M., & Whitely, E. (2012). Exploring the relationships between housing, neighbourhoods and mental wellbeing for residents of deprived areas. *BMC Public Health*, 12(48), 1–14.
- Bor, J., Basu, S., Coutts, A., Mckee, M., & Stuckler, D. (2013). Alcohol use during the great recession of 2008–2009. *Alcohol and Alcoholism*, 48(3), 343–348. doi:10.1093/alcalc/agt002
- Breslin, F. C., & Mustard, C. (2003). Factors influencing the impact of unemployment on mental health among young and older adults in a longitudinal, population-based survey. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 29, 5–14.
- Brown, J., Learmonth, A., & Mackereth, C. (2015). *Promoting Public Mental Health and Well-being: Principles into Practice* (p. 304). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Brown, P. (1995). Race, class, and environmental health: a review and systematization of the literature. *Environmental Research*, 69, 15–30. doi:10.1006/enrs.1995.1021
- Brown, S. C., Mason, C. A., Lombard, J. L., Martinez, F., Plater-Zyberk, E., Spokane, A. R., Szapocznik, J. (2009). The relationship of built environment to perceived social support and psychological distress in Hispanic elders: the role of "eyes on the street". *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(2), 234–46. doi:10.1093/geronb/gbn011
- Burton, L. (2015). Mental Well-being and the Influence of Place. In H. Barton, S. Thompson, S. Burgess, & M. Grant (Eds.), *The Routledge Handbook of Planning for Health and Well-Being: Shaping a sustainable and healthy future* (Routledge, p. 617). Oxon: Taylor & Francis.
- Cannuscio, C. C., Weiss, E. E., & Asch, D. A. (2010). The Contribution of Urban Foodways to Health Disparities. *Journal of Urban Health*, 87(3), 381–393. doi:10.1007/s11524-010-9441-9
- Catalano, R., & Bellows, B. (2005). Commentary: If economic expansion threatens public health, should epidemiologists recommend recession? *International Journal of Epidemiology*, 34(6), 1212–1213. doi:10.1093/ije/dyi145
- Chou, K. L. (2012). Perceived discrimination and depression among new migrants to Hong Kong: The moderating role of social support and neighborhood collective efficacy. *Journal of Affective Disorders*, 138(1), 63–70. doi:10.1016/j.jad.2011.12.029
- Comino, E. J., Harris, E., Chey, T., Manicavasagar, V., Penrose Wall, J., Powell Davies, G., & Harris, M. F. (2003). Relationship between mental health disorders and unemployment status in Australian adults. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(2), 230–235. doi:10.1046/j.1440-1614.2003.01127.x

- Cooke, A., Friedli, L., Coggins, T., Edmonds, N., Michaelson, J., O'Hara, K., Scott-Samuel, A. (2011). *Mental Well-being Impact Assessment: A toolkit for well-being* (p. 141). London.
- Corburn, J. (2004). Confronting the challenges in reconnecting urban planning and public health. *American Journal of Public Health*, 94(4), 541–546. doi:10.2105/AJPH.94.4.541
- Córdoba-Doña, J., San Sebastián, M., Escolar-Pujolar, A., Martínez-Faure, J. E., & Gustafsson, P. (2014). Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, southern Spain. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 55. doi:10.1186/1475-9276-13-55
- Corrêa, A., Moreira-Almeida, A., Menezes, P., Vallada, H., & Sczufca, M. (2010). Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(2), 157–164.
- Cresswell, T. (2004). *Place: A Short Introduction* (p. 168). Wiley-Blackwell. doi:10.1139/h2012-055
- Cromley, E., Wilson-Genderson, M., & Pruchno, R. (2012). Neighborhood characteristics and depressive symptoms of older people: Local spatial analyses. *Social Science and Medicine*, 75(12), 2307–2316. doi:10.1016/j.socscimed.2012.08.033
- Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A. V., & Macintyre, S. (2007). Understanding and representing "place" in health research: A relational approach. *Social Science and Medicine*, 65(2007), 1825–1838. doi:10.1016/j.socscimed.2007.05.036
- Curtis, S. (2010). *Space, place and mental health. Geographies of health*. Surrey: Ashgate.
- De Snyder, V., Friel, S., Fotso, J. C., Khadr, Z., Meresman, S., Monge, P., & Patil-Deshmukh, A. (2011). Social conditions and urban health inequities: realities, challenges and opportunities to transform the urban landscape through research and action. *Journal of Urban Health Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 88(6), 1183–93. doi:10.1007/s11524-011-9609-y
- Drukker, M., & van Os, J. (2003). Mediators of neighbourhood socioeconomic deprivation and quality of life. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38(12), 698–706.
- Dupéré, V., & Perkins, D. D. (2007). Community types and mental health: A multilevel study of local environmental stress and coping. *American Journal of Community Psychology*, 39(1), 107–119. doi:10.1007/s10464-007-9099-y
- Evans, G. W. (2003). The built environment and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80(4), 536–55. doi:10.1093/jurban/jtg063
- Evans, G., Wells, N., & Moch, A. (2003). Housing and mental health: a review of the evidence and a methodological and conceptual critique. *Journal of Social Issues*, 59(3), 475–500. doi:10.1111/1540-4560.00074
- Fischer, T., Matuzzi, M., & Nowacki, J. (2010). The consideration of health in strategic environmental assessment (SEA). *Environmental Impact Assessment Review*, 30, 200–210. doi:10.1016/j.eiar.2009.10.005
- Fone, D., Dunstan, F., John, A., & Lloyd, K. (2007). Associations between common mental disorders and the Mental Illness Needs Index in community settings. Multilevel analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 191(2007), 158–163. doi:10.1192/bjp.bp.106.027458
- Fone, D., Dunstan, F., Williams, G., Lloyd, K., & Palmer, S. (2007). Places, people and mental health: a multilevel analysis of economic inactivity. *Social Science & Medicine*, 64(3), 633–45. doi:10.1016/j.socscimed.2006.09.020
- Fone, D. L., & Dunstan, F. D. J. (2006). Mental health, places and people: a multilevel analysis of economic inactivity and social deprivation. *Health & Place*, 12(3), 332–344.
- Fukuda, Y., & Hiyoshi, A. (2012). Influences of income and employment on psychological distress and depression treatment in Japanese adults. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 17(1), 10–17. doi:10.1007/s12199-011-0212-3
- Galea, S., Ahern, J., Rudenstine, S., Wallace, Z., & Vlahov, D. (2005). Urban built environment and depression: a multilevel analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(10), 822–7. doi:10.1136/jech.2005.033084
- Gary, T. L., Stark, S. A., & LaVeist, T. A. (2007). Neighborhood characteristics and mental health among African Americans and whites living in a racially integrated urban community. *Health & Place*, 13, 569–575. doi:10.1016/j.healthplace.2006.06.001
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*, 1–5. doi:10.1093/eurpub/cks035
- Guite, H. F., Clark, C., & Ackrill, G. (2006). The impact of the physical and urban environment on mental well-being. *Public Health*, 120(12), 1117–26. doi:10.1016/j.puhe.2006.10.005
- Hamano, T., Fujisawa, Y., Ishida, Y., Subramanian, S. V., Kawachi, I., & Shiwaku, K. (2010). Social capital and mental health in Japan: A multilevel analysis. *PLoS ONE*, 5 (10). doi:10.1371/journal.pone.0013214

- Harhay, M., Bor, J., Basu, S., Mckee, M., Mindell, J., Shelton, N., & Stuckler, D. (2014). Differential impact of the economic recession on alcohol use among white British adults, 2004-2010. *European Journal of Public Health*, 24(3), 410-415. doi:10.1093/eurpub/ckt134
- Harris-roxas, B., Viliani, F., Bond, A., Cave, B., Divall, M., Furo, P., Winkler, M. (2012). *Impact Assessment and Project Appraisal Health impact assessment: the state of the art. Impact Assessment and Project Appraisal*, 30(1), 45-55.
- Harris-Roxas, B., Viliani, F., Bond, A., Cave, B., Divall, M., Furu, P., Winkler, M. (2012). Health impact assessment: the state of the art. *Impact Assessment and Project Appraisal*, 30(1). doi:10.1080/14615517.2012.666035
- Hempstead, K. (2006). The geography of self-injury: spatial patterns in attempted and completed suicide. *Social Science & Medicine* (1982), 62(12), 3186-96. doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.038
- Huurre, T., Rahkonen, O., Komulainen, E., & Aro, H. (2005). Socioeconomic status as a cause and consequence of psychosomatic symptoms from adolescence to adulthood. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(7), 580-587. doi:10.1007/s00127-005-0930-1
- Jagodic, H., Agius, M., & Pregelj, P. (2012). Inter-regional variations in suicide rates. *Psychiatria Danubina*, 24(1), 82-85.
- Kaplan, G. (1996). People and places: contrasting perspectives on the association between social class and health. *International Journal of Health Services : Planning, Administration, Evaluation*, 26(3), 507-519. doi:10.2190/4CUU-7B3G-G4XR-0K0B
- Kubzansky, L., Subramanian, S., Kawachi, I., Fay, M., Soobader, M., & Berkman, L. (2005). Neighborhood contextual influences on depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 162(3), 253-260. doi:10.1093/aje/kwi185
- Lalani, N. (2011). Mental Well-being Impact Assessment: A Primer (p. 8).
- Lee, M. (2009). Neighborhood residential segregation and mental health: A multilevel analysis on Hispanic Americans in Chicago. *Social Science and Medicine*, 68(11), 1975-1984. doi:10.1016/j.socscimed.2009.02.040
- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliège, D., Mackenbach, J., & Anseau, M. (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 190(4), 293-298. doi:10.1192/bjp.bp.105.020040
- Ludwig, J., Duncan, G., Gennetian, L., Katz, L., Kessler, R., Kling, J., & Sanbonmatsu, L. (2012). Neighborhood Effects on the Long-Term Well-Being of Low-Income Adults. *Science*, 337 (6101), 1505-1510. doi:10.1126/science.1224648
- Macintyre, S., & Ellaway, A. (2000). Ecological Approaches: Rediscovering the Role of the Physical and Social Environment. *Social Epidemiology*, 9(5), 332-348. Oxford University Press.
- Mair, C., Diez Roux, A. V., & Galea, S. (2008). Are neighbourhood characteristics associated with depressive symptoms? A review of evidence. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62, 940-946.
- Miles, R., Coutts, C., & Mohamadi, A. (2012). Neighborhood urban form, social environment, and depression. *Journal of Urban Health*, 89(1), 1-18. doi:10.1007/s11524-011-9621-2
- Murali, V. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(3), 216-224. doi:10.1192/apt.10.3.216
- Murata, C., Kondo, K., Hirai, H., Ichida, Y., & Ojima, T. (2008). Association between depression and socio-economic status among community-dwelling elderly in Japan: The Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). *Health & Place*, 14(3), 406-414. doi:10.1016/j.healthplace.2007.08.007
- Murphy, G., & Athanasou, J. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(1), 83-99. doi:10.1348/096317999166518
- Myer, L., Stein, D., Grimsrud, A., Seedat, S., & Williams, D. (2008). Social determinants of psychological distress in a nationally-representative sample of South African adults. *Social Science and Medicine*, 66(8), 1828-1840. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.025
- Nogueira, H. (2006). *Os Lugares e a Saúde*. Universidade de Coimbra.
- Nogueira, H. (2007). Territórios de Privação Múltipla na Área Metropolitana de Lisboa. In P. Santana (Ed.), *A Cidade e a Saúde* (pp. 133-141). Coimbra: Edições Almedina.
- Nogueira, H., Santana, P., & Santos, R. (2007). Saúde: Vulnerabilidade e Oportunidade na Área Metropolitana de Lisboa. In P. Santana (Ed.), *A Cidade e a Saúde* (pp. 119-132). Coimbra: Edições Almedina.
- Nowacki, J., Matuzzi, M., & Fischer, T. (2009). *Health and strategic environmental assessment* (p. 90). Copenhagen, Denmark.
- OECD. (2015). *Fit Mind, Fit Job. From evidence to practice in mental health and work* (p. 175). Paris.
- Orpana, H., Lemyre, L., & Gravel, R. (2009). Income and psychological distress: The role of the social environment. *Statistics Canada Health Reports*, 20(1), 1-8.
- Ostir, G., Eschbach, K., Markides, K., & Goodwin, J. (2003). Neighbourhood composition and depressive symptoms among older Mexican Americans. *Journal of*

Epidemiology and Community Health, 57(12), 987–992. doi:10.1136/jech.57.12.987

Paczkowski, M., & Galea, S. (2010). Sociodemographic characteristics of the neighborhood and depressive symptoms. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(4), 337–341.

Partidário, M. do R. (2012). *Guia de melhores práticas para Avaliação Ambiental Estratégica - orientações metodológicas para um pensamento estratégico em AAE* (p. 75). Lisboa.

Partidário, M. do R., & Jesus, J. (2003). *Fundamentos da Avaliação do Impacte Ambiental* (p. 252). Lisboa: Universidade Aberta.

Partidário, M. do R., & Jesus, J. (2007). A Avaliação de Impactes na Saúde. In P. Santana (Ed.), *A Cidade e a Saúde* (pp. 55–68). Coimbra: Edições Almedina.

Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S., Corrigan, J., Funk, M., & Flisher, A. J. (2010). Mental disorders: equity and social determinants. In A. Blas & A. S. Kurup (Eds.), *Equity, Social Determinants and Public Health Programs* (pp. 115–134). Geneva: World Health Organization.

Peen, J., Dekker, J., Schoevers, R., Have, M., de Graaf, R., & Beekman, A. (2007). Is the prevalence of psychiatric disorders associated with urbanization? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(12), 984–989. doi:10.1007/s00127-007-0256-2

Poblete, F. C., Sapag, J. C., & Bossert, T. J. (2008). Capital social y salud mental en comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, em Santiago, Chile. Nuevas formas de entender la relación comunidad-salud. *Revista Médica de Chile*, 136(2), 230–9. doi:10.50034-98872008000200014

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859–877. doi:10.1016/S0140-6736(07)61238-0

Pringle, D., Cook, S., Poole, M., & Moore, A. (2000, January 1). *Cross-Border Deprivation Analysis: a Summary Guide*. Oak Tree Press. Retrieved from <http://eprints.ulster.ac.uk/31917/>

Quigley, R., Broeder, L. den, Furu, P., Bond, A., Cave, B., & Bos, R. (2006). Health Impact Assessment. International Best Practice Principles. *Fargo, USA: International Association for Impact Assessment*, 5, 5–8.

Quinn, N., & Biggs, H. (2010). Creating partnerships to improve community mental health and well-being in an area of high deprivation: lessons from a study with highrise flat residents in east Glasgow. *Journal of Public Mental Health*, 9(4), 16–21. doi:10.5042/jpmh.2010.0699

Rios, R., Aiken, L., & Zautra, A. (2012). Neighborhood contexts and the mediating role of neighborhood social cohesion on health and psychological distress among hispanic and non-hispanic residents. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(1), 50–61. doi:10.1007/s12160-011-9306-9

Roberts, B., Abbott, P., & Mckee, M. (2010). Levels and determinants of psychological distress in eight countries of the former Soviet Union. *Journal of Public Mental Health*, 9(3), 17–26.

Ruhm, C. (2000). Are recessions good for your health? *The Quarterly Journal of Economics*, 115(2), 617–650.

Ruhm, C. (2003). Good times make you sick. *Journal of Health Economics*, 22(4), 637–58. doi:10.1016/S0167-6296(03)00041-9

Ruhm, C. (2005). Healthy living in hard times. *Journal of Health Economics*, 24(2005), 341–363.

Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento - Evolução e Tendências em Portugal* (p. 342). Coimbra: Almedina.

Santana, P. (2009). *Por uma Cidade Saudável*. Janus, 1–7.

Santana, P. (2014). *Introdução à Geografia da Saúde. Território, Saúde e Bem-estar* (p. 192). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Santana, P., Costa, C., Cardoso, G., Loureiro, A., & Ferrão, J. (2015). Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health & Place*, 35, 85–94. doi:10.1016/j.healthplace.2015.07.001

Santana, P., Costa, C., & Loureiro, A. (2014). Os sistemas de informação geográfica e o planeamento urbano saudável na Amadora. *Revista Do Departamento de Geografia – USP, Volume Esp*, 368–389.

Santana, P., Santos, R., & Nogueira, H. (2009). The link between local environment and obesity: a multilevel analysis in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal. *Social Science & Medicine*, 68(4), 601–609. doi:10.1016/j.socscimed.2008.11.033

Semenza, J., & Krishnasamy, P. (2007). Design of a health-promoting neighborhood intervention. *Health Promotion Practice*, 8(3), 243–56. doi:10.1177/1524839906289585

Sheppard, A., Salmon, C., Balasubramaniam, P., Parsons, J., Singh, G., Jabbar, A., O'Campo, P. (2012). Are residents of downtown Toronto influenced by their urban neighbourhoods? Using concept mapping to examine neighbourhood characteristics and their perceived impact on self-rated mental well-being. *International Journal of Health Geographics*, 11(31). doi:10.1186/1476-072X-11-31

- Skapinakis, P., Lewis, G., Araya, R., Jones, K., & Williams, G. (2005). Mental health inequalities in Wales, UK: multi-level investigation of the effect of area deprivation. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 186(5), 417–22. doi:10.1192/bjp.186.5.417
- Stafford, M. (2003). Neighbourhood deprivation and health: does it affect us all equally? *International Journal of Epidemiology*, 32(3), 357–366. doi:10.1093/ije/dyg084
- Stuckler, D., & Basu, S. (2013). *The Body Economic: Why Austerity Kills*. New York: Basic Books.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315–323. doi:10.1016/S0140-6736(09)61124-7
- Sugiyama, T., Leslie, E., Giles-Corti, B., & Owen, N. (2008). Associations of neighbourhood greenness with physical and mental health: do walking, social coherence and local social interaction explain the relationships? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, e9. doi:10.1136/jech.2007.064287
- Sundquist, K., & Ahlen, H. (2006). Neighbourhood income and mental health: a multilevel follow-up study of psychiatric hospital admissions among 4.5 million women and men. *Health & Place*, 12(4), 594–602.
- Takano, T. (2002). Urban residential environments and senior citizens' longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(12), 913–918. doi:10.1136/jech.56.12.913
- Thomas, C., Benzeval, M., & Stansfeld, S. (2007). Psychological distress after employment transitions: the role of subjective financial position as a mediator. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(1), 48–52. doi:10.1136/jech.2005.044206
- Thomas, H., Weaver, N., Patterson, J., Jones, P., Bell, T., Playle, R., Araya, R. (2007). Mental health and quality of residential environment. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 191(6), 500–5. doi:10.1192/bjp.bp.107.039438
- Todman, L., Hricisak, L., Fay, J., & Sherrod Taylor, J. (2012). Mental health impact assessment: population mental health in Englewood, Chicago, Illinois, USA. *Impact Assessment and Project Appraisal*, 30(2), 116–123. doi:10.1080/14615517.2012.659991
- Todman, L., Taylor, J. S., McDowell, T., Driscoll, M., Cooper, D., & Kim, E. (2013). *What are the Social Determinants of Mental Health?* Retrieved October 6, 2015, from <http://www.adler.edu/page/institutes/institute-on-social-exclusion/projects/mhia/social-determinants-of-mental-health>
- Tsai, J., & Thompson, E. (2013). Impact of Social Discrimination, Job Concerns, and Social Support on Filipino Immigrant Worker Mental Health and Substance Use. *American Journal of Industrial Medicine*, 56(9), 1082–1094.
- Van Ryn, M., & Vinokur, a D. (1992). How did it work? An examination of the mechanisms through which an intervention for the unemployed promoted job-search behavior. *American Journal of Community Psychology*, 20(5), 577–97.
- Vinokur, A., Schul, Y., Vuori, J., & Price, R. (2000). Two years after a job loss: long-term impact of the JOBS program on reemployment and mental health. *Journal of occupational health psychology*, 7(4), 302-312. doi:10.1037/1076-8998.5.1.32
- Vlahov, D., Galea, S., Gible, E., & Freudenberg, N. (2005). Perspectives on urban conditions and population health Perspectivas sobre condições urbanas e saúde da população. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 949–957.
- Vuori, J., Silvonon, J., Vinokur, A. D., & Price, R. H. (2002). The Työhön Job Search Program in Finland: Benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(1), 5–19. doi:10.1037//1076-8998.7.1.5
- Walters, K., Breeze, E., Wilkinson, P., Price, G. M., Bulpitt, C. J., & Fletcher, A. (2004). Local area deprivation and urban-rural differences in anxiety and depression among people older than 75 years in Britain. *American Journal of Public Health*, 94(10), 1768–1774. doi:10.2105/AJPH.94.10.1768
- Weich, S., Blanchard, M., Prince, M., Burton, E., Erens, B., & Sproston, K. (2002). Mental health and the built environment: cross-sectional survey of individual and contextual risk factors for depression. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 180(5), 428–433. doi:10.1192/bjp.180.5.428
- Whitley, R., & Prince, M. (2005). Fear of crime, mobility and mental health in inner-city London, UK. *Social Science and Medicine*, 61(8), 1678–1688. doi:10.1016/j.socscimed.2005.03.044
- WHO. (1999). *Health impact assessment: main concepts and suggested approach* (Gothenburg Consensus Paper). Brussels.
- WHO. (2001). *The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope* (p. 178). Geneva.
- WHO. (2008). *Closing the gap in a generation. health equity through action on the social determinants of health* (p. 246). doi:10.1080/17441692.2010.514617
- WHO. (2010). *Mental health: strengthening our response*. Fact sheet 220.

WHO. (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report* (p. 188). Denmark (Copenhagen).

WHO. (2014). *Mental health: a state of well-being*. Retrieved October 6, 2015, from http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

WHO, & Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social Determinants of Mental Health* (p. 52). Geneva.

Wilson-Genderson, M., & Pruchno, R. (2013). Effects of neighborhood violence and perceptions of neighborhood safety on depressive symptoms of older adults. *Social Science and Medicine*, 85, 43–49. doi:10.1016/j.socscimed.2013.02.028

Yang, T.-C., & Matthews, S. A. (2010). The role of social and built environments in predicting self-rated stress: A multilevel analysis in Philadelphia. *Health & Place*, 16(5), 803–810. doi:10.1016/j.healthplace.2010.04.005

Zhang, J. X., Ho, S. C., & Woo, J. (2005). Assessing mental health and its association with income and resource utilization in old-old Chinese in Hong Kong. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 13(3), 236–243. doi:10.1176/appi.ajgp.13.3.236

Legislação e circulares informativas

Diretiva 2001/42/CE: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2001:197:0030:0037:PT:PDF> (consultada em 15 de outubro de 2015)

Circular informativa nº 36/DA de 9 de Outubro de 2009: <http://www.apai.org.pt/m1/1255520754circulardgs-36da091009.pdf> (consultada em 15 de outubro de 2015)

1.2 Padrão geográfico e sazonal de internamentos por perturbações mentais

Ricardo Almendra^(1,2), Adriana Loureiro^(1,2) e Paula Santana^(1,2)

(1) Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT), Universidade de Coimbra;

(2) Departamento de Geografia e Turismo, Universidade de Coimbra

DOI: http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1_2

A incidência da doença mental apresenta variações territoriais, entre países e entre regiões do mesmo país. Apesar disso, o conhecimento sobre a distribuição geográfica da doença mental é ainda insuficiente. O objetivo deste trabalho é analisar o padrão espacial e sazonal da morbilidade hospitalar por perturbações mentais em Portugal Continental, entre 2008 e 2012.

Com base na informação proveniente da base de dados dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) fornecida pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), foram analisados os internamentos hospitalares cuja principal causa foi perturbação mental (CID 9: 290-319) ou causa externa (principal) de suicídio e lesão auto-infligida (CID9: E95), agregando a informação para as 28 NUT III do Continente. Foram calculadas taxas de internamento padronizadas, razões padronizadas de internamento e testou-se a possível existência de aumentos sazonais estatisticamente significativos através do teste *chi-square goodness of fit*.

Verificou-se que a morbilidade hospitalar por perturbações mentais é superior nas mulheres, principalmente nas classes etárias mais envelhecidas. Foram identificados importantes contrastes territoriais, destacando-se a região Centro pelos valores elevados. Contrariamente à maioria das causas de internamento, e de morte, as perturbações mentais são superiores na primavera e verão e muito inferiores no inverno. A identificação de territórios de risco proporciona importantes informações que devem ser incorporadas no desenvolvimento de políticas e estratégias que resultem em melhores resultados em saúde.

The incidence of mental disease has important spatial disparities between countries and even between regions of the same country. Despite this strong spatial behavior, the knowledge about its geography is still scarce. Thus, this research aims to analyze the spatial and seasonal pattern of hospital morbidity through mental disorders in Portugal mainland between 2008 and 2012.

Hospital admissions through mental disorders (ICD 9: 290-319) or with main external cause of suicide and self-inflicted injury (ICD 9: E95), by NUT III, were analyzed. Morbidity records were provided by ACSS and population data by National Statistics. Through these data, standardized hospital admission rate and ratio were calculated and the chi-square goodness of fit teste was used to identify significant seasonal increases in morbidity.

Hospital morbidity by mental disorders is higher in women, mainly in older ages. Important spatial contrasts were identified, highlighting the Center Region by the high hospitalization rates. Unlike the majority of causes of morbidity, and death, mental disorders are higher in spring and summer and lower in winter. Identifying hazardous places provides important insights that should be considered in the development of policies and strategies in order to obtain better health outcomes.

1. Introdução

Os resultados do Inquérito Nacional de Saúde de 2014 indicam que em Portugal 25,4% da população residente, com 15 ou mais anos, apresenta sintomas de depressão. Estima-se que os custos diretos e indiretos associados às perturbações mentais ascendam a cerca de 20% de todos os custos em saúde do orçamento público (DGS, 2013). A sua definição e quantificação são importantes para a comunidade académica, profissionais de saúde e políticos, particularmente na avaliação dos impactos da doença, dos resultados em saúde e na análise dos determinantes em saúde (Moriarty et al., 2009).

A doença mental está associada a diversos factores; na literatura são frequentemente referidos determinantes biológicos (e.g. sexo, idade), comportamentais (e.g. consumo de substâncias) ou relativos às condições ambientais (e.g. acesso a serviços, poluição atmosférica) (Rohrer, Rush Pierce & Blackburn, 2005; Patel et al., 2010; Annerstedt et al., 2012). A identificação das condições associadas ao risco de doença mental é fundamental para o desenvolvimento e aplicação de medidas que visem minorar os impactos e a própria incidência da doença mental.

Apesar da importância da doença mental, em termos de custos sociais e económicos (Whiteford et al., 2013), o conhecimento sobre a sua distribuição geográfica ainda é insuficiente (Moriarty et al., 2009). Segundo Holley (1998), os primeiros estudos remontam ao final do século XIX e analisam o comportamento dos países relativamente à taxa de mortalidade por suicídio. Os estudos de Giles-Sims & Lockhart (2006) e Hsu et al. (2015) identificam importantes diferenças entre territórios, sugerindo contrastes geográficos em termos da saúde mental da população.

Para além da variação espacial verificada na mortalidade por suicídio, sugerindo a importância das condições territoriais e de contexto, são também reportados importantes contrastes temporais e sazonais na doença mental (Ajdacic-Gross et al., 2005; Woo, Okusaga & Postola-

che, 2012) que sugerem, também, a influência das condições meteorológicas (Nogueira et al., 2009) e climáticas (Dixon & Kalkstein, 2009).

A variação sazonal da mortalidade é uma característica partilhada por várias causas de morte (Eurowinter Group, 1997; Burkart et al., 2011; Almenra et al., 2015). Encontram-se padrões sazonais em doenças infecciosas, parasitárias, respiratórias, circulatórias, mas também em causas externas de mortalidade como o suicídio ou os acidentes rodoviários. No entanto, enquanto a maior parte das doenças do aparelho circulatório e respiratório (as principais causas de morte) apresentam um aumento de mortalidade durante os meses mais frios (Eurowinter Group, 1997; Healy, 2003; Rau, 2006) o suicídio tende a ser superior na primavera e no verão (Woo, Okusaga & Postolache, 2012; Christodoulou et al., 2012; Roehner, 2015).

Assim, este trabalho pretende analisar o padrão espacial e sazonal da morbilidade hospitalar por perturbações mentais em Portugal Continental entre 2008 e 2012.

2. Material e métodos

2.1 Dados

Analisou-se a morbilidade hospitalar devida a perturbações mentais, utilizando os registos de internamentos hospitalares presentes na base de dados dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde. Consideraram-se os episódios de internamento urgentes em hospitais públicos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de residentes no Continente, cujo registo de entrada nos serviços hospitalares se verificou no quinquénio 2008-2012. Foram extraídos os episódios de internamento com diagnóstico principal de perturbação mental (CID 9:290-319) ou com causa externa principal de suicídio e lesão auto-infligida (CID9: E95), para cada NUT III do Continente.

Os dados populacionais foram recolhidos no Instituto Nacional de Estatística para o quinquénio de 2008-2012.

2.2 Métodos

Para analisar o padrão de internamentos por perturbações mentais calcularam-se Taxas de Internamento Padronizadas (TIP), segundo o método de padronização directo e utilizando a população padrão europeia. A TIP apresenta-se como uma taxa bruta de internamentos que é ajustada considerando as diferenças existentes na estrutura etária da população, através de uma população padrão. Este método de padronização permite comparar territórios com estruturas populacionais díspares (DGS, 2006).

De modo a identificar a geografia do risco de internamento calcularam-se Razões Padronizadas de Internamento (RPI) e respectivos intervalos de confiança a 95%. De acordo com Santana (2005), o cálculo das RPI é realizado em três passos: i) determinam-se, para o Continente, as taxas de internamento para cada grupo etário, que serão as taxas de referência; ii) estimam-se os internamentos esperados para cada grupo de idades e para cada NUT, tendo em conta a taxa de referência apurada; iii) determinam-se as RPI através da relação entre os internamentos esperados e os observados. Considera-se que regiões cujo intervalo de confiança inferior é superior ao valor de referência apresentam elevado risco de internamento; caso o intervalo de confiança superior seja inferior ao nível de referência, pode-se afirmar que essas regiões apresentam baixo risco de internamento.

Para testar a possível existência de sazonalidade de internamentos por perturbações mentais foi analisada a sua distribuição mensal. Os registos mensais de episódios de internamentos foram normalizados de modo a obter resultados padronizados de meses de 30 dias (Pinheiro, 1990). Seguidamente, utilizou-se o teste *chi-square goodness of fit* para identificar a existência de aumentos sazonais estatisticamente significativos. Este método permite comparar a diferença entre os internamentos observados e os esperados, caso se verificasse uma distribuição homogénea ao longo do ano (Alcorn et al., 2013).

3. Resultados e discussão

3.1 Padrão de internamentos

Em Portugal Continental foram identificados 114.690 episódios de internamento por perturbações mentais, no quinquénio 2008-12. O número de internamentos apresenta ligeiras variações no período em estudo, sugerindo, contudo, uma tendência decrescente de 2008 a 2012 (figura 1). Verificam-se mais internamentos nas mulheres (59.872) do que nos homens (54.818), correspondendo a uma taxa de 248 e 226 int. 100.000/hab, respetivamente nos homens e mulheres.

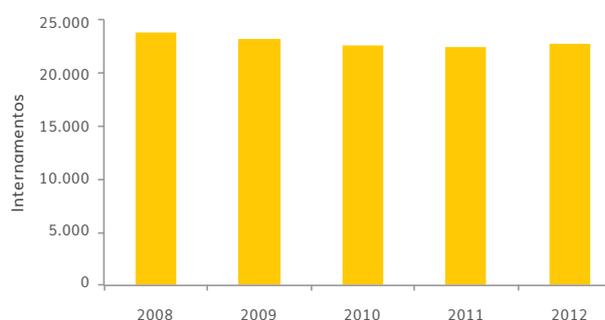


Figura 1. Internamentos por perturbações mentais por ano.

Fonte: elaborado a partir da base de dados dos GDH

Verifica-se que as taxas de internamento são superiores nos homens até à classe etária dos 35 aos 39 anos, após esse grupo etário os valores são sempre superiores nas mulheres (figura 2). Tanto para homens como para mulheres, as taxas de internamentos aumentam com a idade até à classe etária dos 40 aos 44 anos, sendo o grupo que revela valores mais elevado (355 nos homens e 386 int. 100.000/hab nas mulheres). Entre os 45 e os 69 anos verifica-se uma diminuição progressiva da taxa de internamentos. Esta tendência inverte-se a partir dos 70 anos, sendo mais acentuada nas mulheres (figura 2).

A análise da TIP revela um padrão geográfico marcado por grandes disparidades, destacando-se as sub-regiões da região Centro (Baixo Mondego, Pinhal Interior Norte e Sul, Beira interior Sul e Cova da Beira) com valores particularmente elevados (figura 3). Cova da Beira (a sub-região com maior TIP) regista 497 int. 100.000/hab. Em sentido oposto, o Cávado, sub-região com menor

taxa, regista 128 int. 100.000/hab. Ou seja, os resultados observados na Cova da Beira são 290% superiores ao que se verificou no Cávado. O valor do Continente é de 216 int. 100.000/hab.

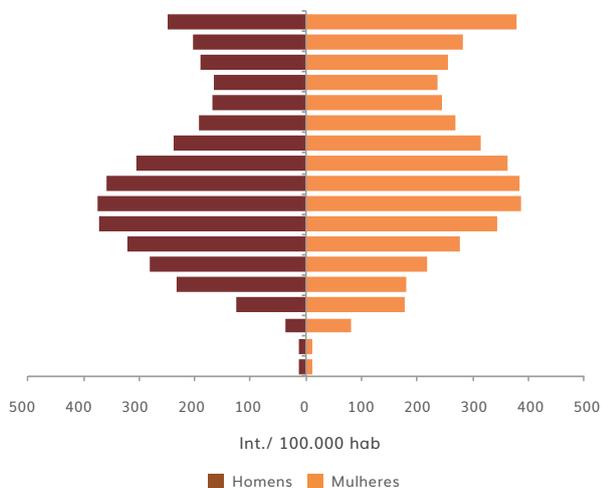


Figura 2. Taxas internamento por perturbações mentais (2008-12) por sexo e grupo idade.
Fonte: elaborado a partir da base de dados dos GDH

3.2 Risco de internamento

A análise do risco de internamento por perturbações mentais destaca a grande amplitude de resultados. Verifica-se que 15 NUT apresentam elevado risco de internamento e 11 registam significativamente menor risco que o Continente (figura 4).

A observação do padrão do Risco de Internamento (RI) coloca em evidência as NUT do Nordeste, Centro e Algarve, como regiões de elevado risco de internamento por perturbações mentais, podendo concluir-se que 39% da população reside em NUT de elevado risco. Contrariamente, 57% da população residente encontra-se em NUT de baixo risco, destacando-se o noroeste, a Área Metropolitana de Lisboa e algumas regiões do Alentejo.

Destaque para o contraste entre as NUT Grande Lisboa e Grande Porto: a primeira revela baixo risco de internamento por perturbações mentais, a segunda risco elevado.

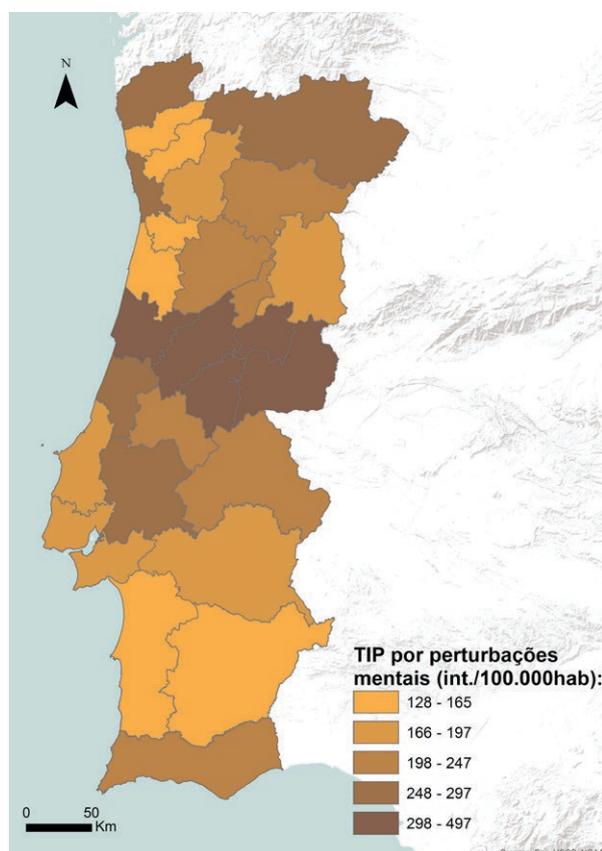


Figura 3. Taxa de internamento padronizada por perturbações mentais (2008-12).
Fonte: elaborado a partir da base de dados dos GDH

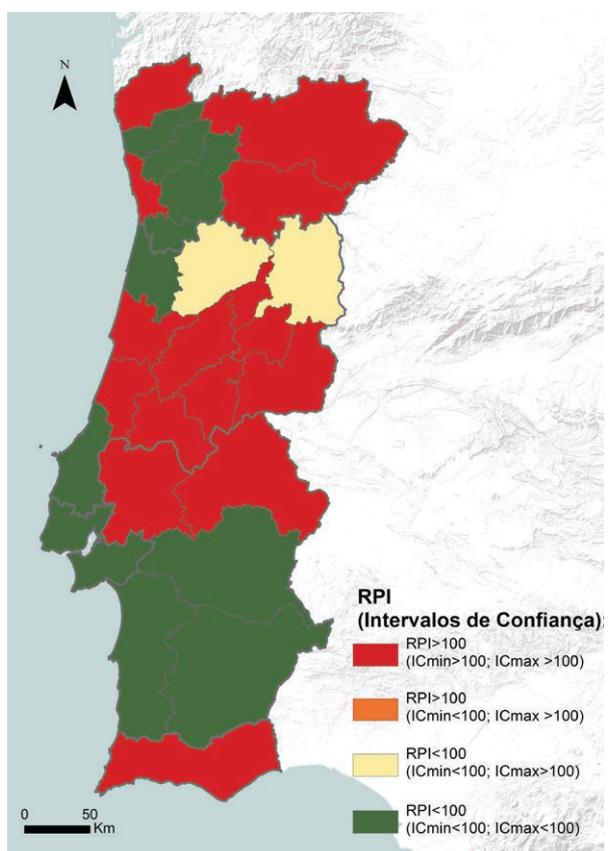


Figura 4 – Razão padronizada de internamentos por perturbações mentais (2008-12).
Fonte: elaborado a partir da base de dados dos GDH

3.3 Variação sazonal

Comparando a distribuição mensal dos internamentos por perturbações mentais e por todas as causas verificam-se comportamentos distintos. Os internamentos por todas as causas aumentam durante os meses de inverno e diminuem nos meses mais quentes. Em sentido oposto, os internamentos por perturbações mentais registam os valores mais baixos (figura 5) em dezembro. De registar que esta tendência parecia atenuar-se ao longo da série temporal



Figura 5 – Evolução da proporção mensal de internamentos por perturbações mentais e todas as causas.

Fonte: elaborado a partir da base de dados dos GDH

em análise, no entanto em 2012 registaram-se valores muito semelhantes aos verificados em 2008. Verifica-se que é mais difícil identificar, claramente, o mês em que se registam mais internamentos por perturbações mentais em virtude da grande variabilidade mensal.

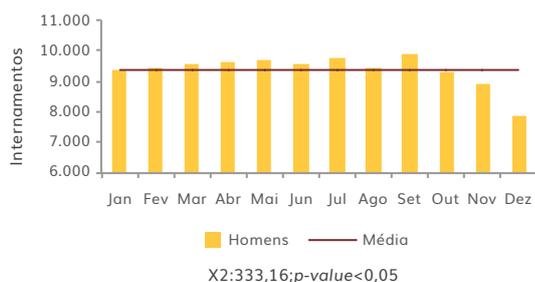
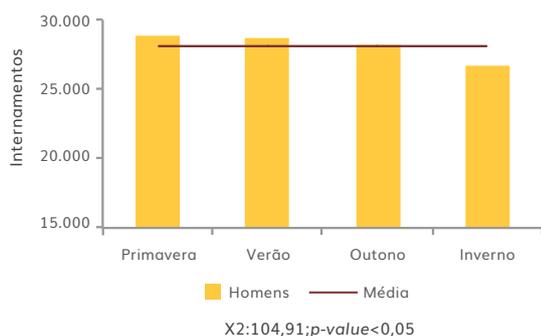


Figura 6 – Internamentos segundo os meses e estações do ano por perturbações mentais, em 2008-2012.

Fonte: elaborado a partir da base de dados dos GDH

Para ultrapassar a variabilidade anual (que pode resultar de fenómenos conjunturais ou de pequenos números) os internamentos foram agrupados para o quinquénio em análise (2008-2012). Desta forma obtêm-se dados mais estáveis, sendo possível verificar que nos meses de setembro e julho se registam significativamente mais internamentos (*p-value* < 0,05) (figura 6). Verifica-se a existência de diferenças entre estações (*p-value* < 0,05), sendo na primavera e no verão que se observam mais internamentos, em oposição ao inverno.

4. Discussão e conclusões

A saúde mental, ou a sua ausência, é frequentemente medida através de *proxys*, sendo comum recorrer-se a eventos mensuráveis e concretos como o óbito ou os internamentos hospitalares por causas selecionadas (e.g. suicídio ou perturbação mental). Neste estudo foram utilizados os internamentos hospitalares por perturbações mentais ou tentativa de suicídio para analisar o padrão geográfico e sazonal da morbilidade por doença mental.

Em Portugal, a morbilidade hospitalar tem sido estudada através da base de dados dos GDH. O principal objetivo deste sistema de classificação é agrupar episódios de internamento de acordo com as características clínicas e de consumos associados de recursos, sendo a base do financiamento do internamento hospitalar. Apesar da sua riqueza, esta base de dados encontra-se sujeita a enviesamentos múltiplos que é necessário ter em conta quando se analisam os dados, principalmente quando se comparam áreas geográficas distintas. Estudos anteriores (Nicolau et al., 2009) revelaram

que a proximidade a hospitais está associada a valores de internamento mais elevados, podendo contribuir para taxas de internamento superiores. Não deve ser desprezada a diferente disponibilidade de camas e a variação do *modus operandi* entre hospitais. Ressaltar ainda que esta informação se refere a episódios de internamento (não pacientes) em hospitais públicos do SNS. Apesar de não serem consideradas as unidades de saúde privadas, de acordo com um estudo Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2008), o SNS é responsável pela maioria dos atos assistenciais e também pelo maior volume de recursos.

Foram analisados os internamentos urgentes por perturbações mentais entre 2008 e 2012, tendo-se verificado uma ligeira diminuição ao longo do período analisado. Estes resultados não estão de acordo com a evolução da mortalidade por suicídio, que aumentou no mesmo período: a Direção Geral de Saúde (2014) revela um aumento da taxa bruta de mortalidade e uma estagnação da taxa de mortalidade padronizada.

Verificaram-se mais episódios de internamentos nas mulheres, principalmente a partir dos 45 anos. Estes resultados estão de acordo com a literatura: Eaton et al (2012) indicam que as mulheres apresentam prevalências superiores de depressão, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e fobias; simultaneamente, as mulheres recorrem mais aos serviços de saúde que os homens (Velde, Boyd & Masfety, 2011). O mesmo foi revelado pelos resultados do Inquérito Nacional de Saúde (INE & INSA, 2015).

Observam-se variações de resultados, na TIP por perturbações mentais, entre NUT: a NUT com maior taxa é 290% superior à NUT com menor. Verifica-se, ainda, que a TIP é superior nas sub-regiões do centro do país, contrariando o padrão geográfico da mortalidade por suicídio. Santana et al (2005) e Santana et al (2015) destacam os municípios do Sul do país pela elevada mortalidade por suicídio.

Partindo da análise do risco de internamento, conclui-se existir grande variabilidade de resultados entre sub-regiões: destaque para o contraste entre a NUT Grande Lisboa e Grande Porto, sendo que o Porto apresenta piores resultados em saúde. Padrão semelhante foi encontrado por Loureiro et al (2014).

Foram encontradas importantes diferenças sazonais, reveladas através da análise da distribuição mensal e estacional dos internamentos hospitalares. O padrão sazonal destaca-se, principalmente, pelo baixo número de internamentos no inverno, particularmente em dezembro. Esta componente sazonal parecia estar a atenuar-se entre 2008 e 2011, no entanto em 2012 verificou-se novamente um grande contraste entre o número de internamentos que se verificaram no inverno e no resto do ano. Hare e Walter (1978), Clarke et al (1999) e Shapira et al (2004) identificaram resultados semelhantes relativamente à distribuição anual de internamentos por doenças mentais. Em Portugal, Monteiro e Velhas (1995) reconheceram um padrão sazonal semelhante relativo à mortalidade por suicídio.

Contrariamente ao que se verifica nas doenças do aparelho respiratório ou circulatório, onde se conhecem as consequências biológicas da exposição a temperaturas adversas, existem ainda dúvidas relativamente aos processos que justificam esta variação sazonal nas perturbações mentais (Rau, 2006; Woo, Okusaga & Postolache, 2012). Ou seja, não existe evidência científica inequívoca sobre qual é o mecanismo bioclimático que dita a sazonalidade da doença mental (Christodoulou et al., 2012; Woo, Okusaga & Postolache, 2012; Roehner, 2015).

A compreensão dos fatores de risco associados à variação sazonal das perturbações mentais são importantes para melhorar as estratégias preventivas e assim promover a saúde mental. Do mesmo modo, o conhecimento adquirido a partir de estudos ecológicos sobre as disparidades geográficas em saúde mental poderão ter importantes implicações para o desenvolvimento de políticas e estratégias que resultem em melhores e mais efetivos resultados em saúde.

Agradecimentos

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do projeto de investigação PTDC/ATP-GEO/4101/2012, SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das Condicionantes Locais e Económicas, e das bolsas de doutoramento SFRH/BD/92568/2013 e SFRH/BD/92369/2013, financiados por Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Agradece-se ao grupo de investigação do projeto SMAILE (Benedetto Saraceno, Carla Nunes, Graça Cardoso, Joana Lima, João Ferrão, José Caldas de Almeida, Manuela Silva, Maria do Rosário Partidário e Pedro Pita Barros) pelos contributos ao longo destes dois anos de desenvolvimento do projeto.

Referências Bibliográficas

- Ajdacic-Gross, V., Bopp, M., Sansossio, R., Lauber, C., Gostynski, M., Eich, D., Gutzwiller, F., Rössler, W. (2005). Diversity and change in suicide seasonality over 125 years. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(11), 967–972. doi:10.1136/jech.2004.030981
- Alcorn, K., Gerrard, J., Macbeth, D., & Steele, M. (2013). Seasonal variation in health care-associated bloodstream infection: increase in the incidence of gram-negative bacteremia in nonhospitalized patients during summer. *American Journal of Infection Control*, 41(12), 1205–8. doi:10.1016/j.ajic.2013.05.019
- Almendra, R., Santana, P., Vasconcelos, J., & Freire, E. (2015). Seasonal mortality patterns due to diseases of the circulatory system in Portugal. *Geography, environment, sustainability*, 1(8), 71–77.
- Annerstedt, M., Ostergren, P.-O., Björk, J., Grahn, P., Skärbäck, E., & Währborg, P. (2012). Green qualities in the neighbourhood and mental health - results from a longitudinal cohort study in Southern Sweden. *BMC Public Health*, 12, 337. doi:10.1186/1471-2458-12-337
- Burkart, K., Khan, M. H., Krämer, A., Breitner, S., Schneider, A., & Endlicher, W. R. (2011). Seasonal variations of all-cause and cause-specific mortality by age, gender, and socioeconomic condition in urban and rural areas of Bangladesh. *International Journal for Equity in Health*, 10(1), 32. doi:10.1186/1475-9276-10-32
- Christodoulou, C., Douzenis, A., Papadopoulos, F. C., Papadopoulou, A., Bouras, G., Gournellis, R., & Lykouras, L. (2012). Suicide and seasonality. *Acta Psychiatr Scand*, 125(2), 127–46. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01750.x
- Clarke, M., Moran, P., Keogh, F., Morris, M., Kinsella, A., Larkin, C., O'Callaghan, E. (1999). Seasonal influences on admissions for affective disorder and schizophrenia in Ireland: a comparison of first and readmissions. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 14(5), 251–255.
- CNRSSM. (2008). *Relatório da Comissão Nacional para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental - Proposta de Plano de Ação para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental 2007-2016* (p. 156). Lisboa.
- De Velde, S. Van, Boyd, A., & Masfety, V. K. (2011). *The Gender Perspective of Mental Health in Europe*.
- DGS. (2006). *Risco de morrer em Portugal 2004* (p. 229). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- DGS. (2013). *Saúde Mental em números – 2013*. Lisboa.
- DGS. (2014). *Saúde Mental em números – 2014*. Lisboa.
- Dixon, P., & Kalkstein, A. (2009). Climate-suicide relationships: A research problem in need of geographic methods and cross-disciplinary perspectives. *Geography Compass*, 3(6), 1–14. doi:10.1111/j.1749-8198.2009.00286.x
- Eaton, N., Keyes, K., Krueger, R., Balsis, S., Skodol, A., Markon, K., Grant, B., Hasin, D. S. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 282–288. doi:10.1037/a0024780
- Eurowinter Group. (1997). Cold exposure and winter mortality from ischaemic heart disease, cerebrovascular disease, respiratory disease, and all causes in warm and cold regions of Europe. The Eurowinter Group. *The Lancet*, 349(9062), 1341–6. doi:10.1016/S0140-6736(96)12338-2
- Giles-Sims, J., & Lockhart, C. (2006). Explaining Cross-State Differences in Elderly Suicide Rates and Identifying State-Level Public Policy Responses that Reduce Rates. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 36(6), 694–708. doi:10.1521/suli.2006.36.6.694
- Hare, E., & Walter, S. (1978). Seasonal variation in admissions of psychiatric patients and its relation to seasonal variation in their births. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32(1), 47–52.
- Healy, J. (2003). Excess winter mortality in Europe: a cross country analysis identifying key risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(10), 784–789. doi:10.1136/jech.57.10.784
- Holley, H. (1998). Geography and mental health: a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(11), 535–42. doi:10.1007/s001270050091

- Hsu, C., Chang, S., Lee, E., & Yip, P. (2015). Geography of suicide in Hong Kong: Spatial patterning, and socioeconomic correlates and inequalities. *Social Science & Medicine*, 130, 190–203. doi:10.1016/j.socscimed.2015.02.019
- INE, & INSA. (2015). Destaque: Informação à comunicação social. *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa.
- Loureiro, A., Costa, C., Almendra, R., Freitas, Â. & Santana, P. (2015). The socio-spatial context as a risk factor for hospitalization due to mental illness in the metropolitan areas of Portugal, *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 219–231
- Monteiro, A., & Velhas, E. (1995). *Estados de tempo e suicídio: coincidência ou consequência?* Porto: Universidade do Porto.
- Moriarty, D., Zack, M., Holt, J., Chapman, D., & Safran, M. (2009). Geographic Patterns of Frequent Mental Distress. U.S. Adults, 1993–2001 and 2003–2006. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(6), 497–505. doi:10.1016/j.amepre.2009.01.038
- Nicolau, R., Machado, A., Falcão, J., & Lira, M. (2009). *Distribuição dos Internamentos Hospitalares em Portugal Continental: Agregação Geográfica e Determinantes* (INSA). Lisboa.
- Nogueira, P., Nunes, A., Nunes, B., Falcão, J., & Ferrinho, P. (2009). Internamentos hospitalares associados à onda de calor de Agosto de 2003: evidências de associação entre morbilidade e ocorrência de calor. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27(2), 87–102.
- Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S., Corrigan, J., Funk, M., & Flisher, A. (2010). Mental disorders: equity and social determinants. In A. Blas & A. S. Kurup (Eds.), *Equity, Social Determinants and Public Health Programs* (pp. 115–134). Geneva: World Health Organization.
- Pinheiro, C. (1990). Um frio de morrer ou a variação da mortalidade e clima nos distritos de Viana do Castelo e de Faro. *Arquivos Do Instituto Nacional de Saúde*, (15), 61–112.
- Rau, R. (2006). *Seasonality in Human Mortality: A Demographic Approach*. Berlin: Springer.
- Roehner, B. (2015). How can one explain changes in the monthly pattern of suicide? *Physica A: Statistical Mechanics and Its Applications*, 424, 350–362. doi:10.1016/j.physa.2015.01.017
- Rohrer, J., Rush Pierce, J., & Blackburn, C. (2005). Lifestyle and mental health. *Preventive Medicine*, 40(4), 438–443. doi:10.1016/j.ympmed.2004.07.003
- Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento - Evolução e Tendências em Portugal* (p. 342). Coimbra: Almedina.
- Santana, P., Costa, C., Cardoso, G., Loureiro, A., & Ferrão, J. (2015). Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health & Place*, 35, 85–94. doi:10.1016/j.healthplace.2015.07.001
- Shapira, A., Shiloh, R., Potchter, O., Hermesh, H., Popper, M., & Weizman, A. (2004). Admission rates of bipolar depressed patients increase during spring/summer and correlate with maximal environmental temperature. *Bipolar Disorders*, 6(1), 90–3.
- Whiteford, H., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A., Ferrari, A., Erskine, H., Charlson, F., Norman, R., Flaxman, A., Johns, N., Brustein, R., Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575–1586. doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6
- Woo, J., Okusaga, O., & Postolache, T. (2012). Seasonality of suicidal behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(2), 531–47. doi:10.3390/ijerph9020531

1.3 Suicídio em contextos de privação social e material nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto

Cláudia Costa^(1,2), Adriana Loureiro^(1,2), Ângela Freitas^(1,2) e Paula Santana^(1,2)

(1) Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT), Universidade de Coimbra;

(2) Departamento de Geografia e Turismo, Universidade de Coimbra

DOI: http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1_3

O Suicídio é um problema de saúde pública em crescimento em todo o mundo e também em Portugal. Pretende-se identificar o padrão geográfico do risco de morte por suicídio e a associação estatística com a privação social e material nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto.

Foi desenvolvido um estudo ecológico transversal dos óbitos por suicídio e lesões auto-infligidas ocorridos nas freguesias das Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto, entre 2002 e 2012. Aplicou-se um modelo hierárquico bayesiano, de modo a obter a Razão Padronizada de Mortalidade suavizada, a probabilidade estatística do risco de morrer por suicídio e o Risco Relativo de mortalidade por suicídio associado à privação social e material. Os resultados destacam que: i) o padrão geográfico do suicídio é diferenciado nas duas áreas metropolitanas, com uma maior concentração espacial do risco de suicídio na Área Metropolitana do Porto e uma maior dispersão territorial na Área Metropolitana de Lisboa; ii) na Área Metropolitana de Lisboa existe uma associação estatisticamente significativa entre o risco de morrer por suicídio e a privação material e iii) na Área Metropolitana do Porto, existe uma maior proporção de população a residir em áreas consideradas de risco, ou seja, que apresentam, simultaneamente, privação social média, elevada privação material e elevada mortalidade por suicídio.

Pode concluir-se que o ambiente social, económico, físico e construído das duas áreas metropolitanas produzem diferentes tipos de exposições e vulnerabilidades que devem ser tidos em consideração na formulação de políticas e ações que minimizem a incidência do suicídio.

Suicide is a public health problem that is on the rise throughout the world and in Portugal as well. The focus of this paper is to identify the geographical risk pattern for death from suicide and its statistical association to social and material deprivation in the Metropolitan Areas of Lisbon and Oporto.

A transversal ecological study was done on deaths from suicide and self-inflicted wounds in the boroughs of the Metropolitan Areas of Lisbon and Oporto occurring between 2002 and 2012. Bayesian hierarchical modelling was applied to obtain the smooth standardized mortality ratio and to establish the relative risk between suicide mortality and both social and material deprivation indexes. The results highlight that: i) the geographical pattern for suicide is differentiated in the two metropolitan areas, with greater spatial concentration of suicide risk in the Oporto Metropolitan Area and greater territorial dispersion in the Lisbon Metropolitan Area; ii) in the Lisbon Metropolitan Area, there is a statistically significant association between suicide and material privation, and iii) in the Oporto Metropolitan Area there is a larger proportion of the population residing in the material and social deprivation tertile with suicide rates. It can be concluded that the social, economic, physical, and built environment of the two metropolitan areas produce different types of exposures and vulnerabilities which must be taken into account in the formulation of policies and actions to minimize the incidence of suicide.

1. Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012), o suicídio é uma das dez principais causas de morte no mundo, principalmente no grupo etário dos 15 aos 29 anos (WHO, 2014).

Fenómeno complexo e multifacetado, fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social (DGS, 2013), tem sido a justificação para vários estudos que avaliam a relação entre o suicídio e a sociedade (Sher, 2006; Rezaeian et al., 2007; Stark et al., 2007; Congdon, 2010; Chang et al., 2011), principalmente após a divulgação do trabalho de Durkheim (1986). Este autor defendia que o suicídio, apesar de ser um ato individual, é o resultado do meio social em que se insere. Estudos mais recentes confirmam esta tese (Patel et al., 2010; WHO, 2013), apontando fatores de risco inerentes ao contexto individual, social e geográfico das populações. Santana e outros (2015a,b) concluiu que níveis elevados de privação e vulnerabilidade da área de residência podem estar associados a uma maior incidência da mortalidade por suicídio. Esta vulnerabilidade decorre de dois conjuntos de características. O primeiro conjunto agrega características socioeconómicas, nomeadamente a pobreza (Murali, 2004; Ferretti & Coluccia, 2009), o rendimento (Agerbo, Sterne & Gunnell, 2007; Andrés & Halicioglu, 2010; Chang et al., 2011), o estatuto socioeconómico (Ceccherini-Nelli & Priebe, 2011; Milner, McClure & De Leo, 2012) e a condição perante o trabalho (emprego/desemprego) (Agerbo, Sterne & Gunnell, 2007; Andrés & Halicioglu, 2010; Ceccherini-Nelli & Priebe, 2011; Barr et al., 2012). O segundo conjunto é relativo a condições do ambiente construído, tais como a densidade populacional (Gary, Stark & LaVeist, 2007; Chang et al., 2011; Wang et al., 2013), a tipologia do espaço urbano/rural (Middleton, Sterne & Gunnell, 2006; Page et al., 2007; Razvodovsky & Stickley, 2009; Kim et al., 2010; Jagodic, Agius & Pregelj, 2012), o acesso a equipamentos e serviços (Desai, Dausey & Roseneck, 2005; Cheung et al., 2012), a mobilidade (Potter et al., 2001; Haynie, South & Bose, 2006) e a utilização de espaços verdes (Evans, Marsh & Owens, 2005).

A literatura revela que a associação entre características socioeconómicas do local de residência e o suicídio pode ser positiva (Burrows et al., 2010; Gotsens et al., 2011; Middleton, Sterne & Gunnell, 2006) ou negativa (Middleton et al., 2004), podendo concluir-se que a relação entre contexto de maior vulnerabilidade e aumento do suicídio nem sempre foi observada.

Nos últimos dez anos têm vindo a ser desenvolvidos indicadores compósitos que agregam variáveis, relativas à privação, com influência no suicídio (Murali, 2004; Gary, Stark & LaVeist, 2007; Rezaeian et al., 2007; Burrows et al., 2010; Kim et al., 2010; Burrows et al., 2011). Segundo Townsend (Townsend, 1987) a privação pode ser de dois tipos: material ou social. A privação material refere-se à falta de acesso a bens, serviços ou recursos e às características do ambiente físico que a sociedade considera como importantes (por exemplo, habitação com retrete). A privação social refere-se à não participação em papéis, relações, funções, direitos e responsabilidades implícitas à integração do indivíduo na sociedade (por exemplo, não votar nas eleições). Deste modo, para quantificar a privação material são necessários indicadores diretos que descrevam as condições de vida, enquanto que a privação social envolve o cálculo de variáveis indiretas que expressem o nível de marginalização e exclusão social dos indivíduos (Testi & Ivaldi, 2009). Apesar desta distinção, a maioria dos estudos utiliza apenas índices de privação material ou a agregação de ambos (Testi & Ivaldi, 2009).

A privação social e material constitui uma das mais poderosas determinantes sociais da saúde (WHO, 2008). O índice de privação é dos indicadores mais utilizados em estudos epidemiológicos ou de saúde pública (Testi & Ivaldi, 2009), nomeadamente nos estudos que procuram compreender a associação entre o contexto e o suicídio (McLoone & Boddy, 1994; Gunnell et al., 1995; Congdon, 1996; Lewis & Sloggett, 1998; Middleton et al., 2003; Rezaeian et al., 2005; Rehkopf & Buka, 2006; Pearce, Barnett & Jones, 2007; Gary, Stark & LaVeist, 2007; Rezaeian et al., 2007; Burrows

et al., 2010; Congdon, 2010; Kim et al., 2010; Li et al., 2011; Burrows et al., 2011; Singh et al., 2013; Santana et al., 2015a).

Alguns trabalhos de investigação revelam taxas mais elevadas de suicídio em espaços rurais (Singh & Siahpush, 2002; Hempstead, 2006; Razvodovsky & Stickley, 2009; Kim et al., 2010; Cheung et al., 2012; Jagodic, Agius & Pregelj, 2012; Liu et al., 2012; Wang et al., 2013; Santana et al., 2015b). Todavia, em alguns países do continente asiático e no Reino Unido, os centros urbanos apresentam os valores mais altos de suicídio (Qin, 2005; Middleton, Sterne & Gunnell, 2006; Chang et al., 2011; Choi & Kim, 2015). De facto, existem características diferenciadoras que opõem espaço rural e urbano, nomeadamente de cariz económico, organizacional, infraestrutural e, principalmente, de ações interpessoais que protegem ou, pelo contrário, vulnerabilizam a população residente (Loureiro, Costa & Santana, 2016).

Considerando alguns estudos realizados no continente europeu verifica-se que há diferenças entre países, motivadas, principalmente, pela escala de análise e o nível de urbanidade. Considerando os resultados de um estudo europeu (Gotsens et al., 2013), que avaliou o padrão do suicídio em quinze cidades europeias, verifica-se que algumas apresentam áreas de elevado risco no centro, enquanto noutras se verificou o oposto: o centro apresenta um risco baixo. Ainda segundo os autores, nem todas as cidades apresentam associação estatisticamente significativa entre o suicídio e a privação material (Gotsens et al., 2013).

Em Portugal, alguns estudos, realizados principalmente na Área Metropolitana de Lisboa, têm concluído a existência de uma associação clara e direta entre as condições de privação material do lugar de residência e resultados em saúde (Harding et al., 2006; Machado et al., 2006; Nogueira, 2007). No entanto, ainda não existe muita evidência em Portugal, utilizando informação desagregada por área de residência, que permita estabelecer uma associação entre suicídio e as características socioeconómicas do local de residência. O primeiro, que

se conhece, avaliou várias causas de morte, incluindo o suicídio, na Área Metropolitana de Lisboa, tendo identificado que as freguesias com maior incidência de suicídio encontram-se fora do centro da cidade e da primeira coroa de urbanização, isto é, concentram-se na margem sul, concretamente nos territórios mais rurais e desfragmentados desta área metropolitana (Santana et al., 2015a). Posteriormente, Santana e outros (2015b) avaliaram a evolução do suicídio em Portugal Continental, à escala do município, concluindo que a oposição urbano/rural se tem vindo a intensificar, com as áreas metropolitanas a apresentarem a mortalidade por suicídio mais baixa, quando comparadas com as do restante território. As características do contexto foram também avaliadas nestes dois estudos, enquanto determinantes do suicídio (Santana et al., 2015a,b). Apesar de serem relativos a escalas geográficas diferentes, os estudos identificaram uma associação positiva, estatisticamente significativa, com a privação material e a ruralidade.

O objetivo deste trabalho é analisar o padrão geográfico do risco de mortalidade por suicídio nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto e avaliar a associação estatística entre o risco relativo de morte por suicídio e a privação social e material.

2. Metodologia

2.1 Dados

Foi aplicado um estudo ecológico transversal nas freguesias das Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto, tendo por base os óbitos por suicídio e lesões auto-infligidas (CID10: X60-X84), provenientes dos registos vitais recolhidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), que ocorreram no período 2002 - 2012, estratificados por grupo etário (menos de 15, 15-29, 30-44, 45-59, 60-74 e mais de 74 anos).

A população em estudo é relativa aos indivíduos residentes nas freguesias das Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto, registados nos Censos de 2011, estruturados pelos mesmos grupos etários dos óbitos.

2.2 Métodos

2.2.1 Indicadores de contexto

Construíram-se dois índices compósitos de privação (privação social e privação material), seguindo teórica e metodologicamente o índice de privação de Carstairs e Morris (Carstairs & Morris, 1990). A informação utilizada é proveniente do Instituto Nacional de Estatística (INE, Censos de 2011) e da Direção-Geral da Administração Interna (DGAI, 2013).

O índice de privação social agrega três variáveis: i) abstenção eleitoral nas eleições autárquicas para a Assembleia de Freguesia, ii) população idosa (idade igual ou superior a 65 anos) que vive só e iii) população com 15 ou mais anos cujo principal meio de vida é o Rendimento Social de Inserção.

A construção do índice de privação material é, igualmente, composto por três variáveis: i) analfabetismo, ii) desemprego e iii) alojamentos familiares de residência habitual sem retrete.

Índices de valores positivos representam áreas de privação alta e índices de valores negativos correspondem a áreas com privação baixa.

2.2.2 Indicadores de mortalidade

Foi construída a Razão Padronizada de Mortalidade (RPM), com base no método indireto, tomando como referência a estrutura populacional de cada uma das áreas metropolitanas, por grupo etário. A RPM é dependente do tamanho da população e, por isso, as áreas geográficas com pouca população tendem a ter valores estimados muito elevados. Para controlar a variabilidade na estimação do risco de mortalidade, optou-se por aplicar o modelo hierárquico bayesiano proposto por Besag, York e Mollié (Besag, York & Mollié, 1991), tendo sido calculada a Razão Padronizada de Mortalidade suavizada (RPMs). Este modelo tem em conta dois tipos de efeitos aleatórios: espacial e heterogéneo. O primeiro tem em conta a auto-correlação espacial dos dados e o segundo é relativo à variabilidade não-espacial dos dados (as estimações obtidas entre áreas são indepen-

des entre si) (Santana et al., 2015a). Com base na RPMs foi, ainda, calculada a probabilidade estatística do risco de morrer por suicídio, definida por uma RPMs superior a 100.

De modo a analisar a associação entre a mortalidade por suicídio e os índices de privação, foi aplicado um modelo de regressão ecológico, que introduz a privação como co-variável em tercís. Isto é, o índice de privação é dividido em três grupos iguais: T1 corresponde ao tercil de menor privação, T2 é o tercil de privação intermédia e T3 identifica as freguesias onde a privação é mais elevada. Este cálculo permite identificar o risco acrescido de mortalidade por suicídio da população a residir nas freguesias de maior privação (T3), quando comparada com o conjunto de freguesias de menor privação.

Para a operacionalização de ambos os modelos, utilizou-se o método INLA (Integrated Nested Laplace Approximations), através da biblioteca INLA, no software R.2.15.2.

2.3 Limitações

Este estudo apresenta algumas limitações, associadas tanto à informação de base utilizada como aos métodos aplicados.

Ao nível da informação de base, existem quatro limitações: i) a subnotificação dos registos de suicídio, que pode ser mais elevada no Norte e ter influência nos resultados da Área Metropolitana do Porto, mesmo após melhorias no processo de codificação (Chishti et al., 2003; Gusmão & Quintão, 2013); ii) a utilização de indicadores com periodicidade decenal (provenientes dos Censos) para calcular os índices de privação; e iii) a não utilização de outros determinantes referidos na literatura que poderão ter um maior poder explicativo do padrão do suicídio.

Relativamente aos aspetos metodológicos existem limitações relacionadas com as opções tomadas, nomeadamente: i) a padronização que, ao utilizar dados para seis grupos etários, não retira totalmente o efeito da idade e ii) o processo de construção dos índices que não tem em conta a importância das variáveis.

Por fim, é importante referir que os resultados obtidos não podem ser interpretados em termos de causalidade, mas têm potencial para apoiar a tomada de decisão na formulação de ações sobre o território que minimizem a incidência do suicídio.

3. Resultados

A população residente nas duas principais áreas metropolitanas de Portugal representa mais de um terço da população portuguesa (INE, 2011), distribuindo-se heterogeneamente por 477 freguesias (quadro 1). Nestas áreas verifica-se uma concentração da população nas freguesias dos municípios de Lisboa e Porto e concelhos mais próximos: mais de metade da população reside em 21% das freguesias da Área Metropolitana de Lisboa e 14% das freguesias da Área Metropolitana do Porto. De acordo com a tipologia de áreas urbanas, definida pelo INE, a maioria das freguesias que compõem as áreas metropolitanas são predominantemente urbanas, sendo esta proporção superior na Área Metropolitana de Lisboa (85%) quando comparada com a Área Metropolitana do Porto (67,3%). Não obstante, as duas áreas incluem freguesias de características predominantemente rurais: cerca de 10% na Área Metropolitana do Porto e 5% na de Lisboa.

Quadro 1. População residente nas freguesias das Áreas Metropolitanas do Porto (AMP) e Lisboa (AML), em 2011

		AML	AMP
Freguesias (Nº)		211	266
População residente	Valor total (Nº)	2.821.876	1.759.524
	Valor percentual na população portuguesa (%)	26,7	16,7
	Valor mínimo (Nº)	355	103
	Valor médio (Nº)	13.374	6.615
	Valor máximo (Nº)	66.250	50.713

Fonte: elaborado a partir de INE, Portugal, 2011

No período 2002-2012 ocorreram 3.784 óbitos por suicídio nas duas áreas metropolitanas; 77% dos quais na Área Metropolitana de Lisboa. A Área Metropolitana do Porto apresenta valores mais baixos de suicídio: em média, em cada 10 óbitos de residentes nas áreas metropolitanas, apenas 2 residiam na Área Metropolitana do Porto. A Área Metropolitana de Lisboa tem uma taxa bruta de suicídio de 9,4 por 100.000 habitantes, enquanto que na Área Metropolitana do Porto esta taxa desce para menos de metade (4,5 por 100.000 habitantes). Analisando a mortalidade por grupo etário, verifica-se que no conjunto das áreas metropolitanas, o suicídio ocorre nas idades mais avançadas (mais de 75 anos). Ainda assim, na Área Metropolitana do Porto, o grupo etário entre os 45 e 59 anos é o que apresenta a taxa bruta de mortalidade mais elevada (6,7/100.000 hab.) (quadro 2).

Entre 2002 e 2012, cada pessoa que morreu por suicídio antes dos 75 anos perdeu, em média, 25,9 anos na Área Metropolitana do Porto e 30,1 anos na Área Metropolitana de Lisboa.

Nas duas áreas metropolitanas, os índices de privação social e material apresentam um padrão geográfico distinto (figura 1 e 2), embora exista uma concentração espacial de níveis de privação semelhantes: freguesias com maior privação social localizam-se no centro de ambas as áreas metropolitanas e no primeiro anel de urbanização. No caso da privação material existe maior dispersão, sendo evidente que os valores mais elevados se concentram nas freguesias localizadas a sul e mais distantes geograficamente do centro das cidades de Lisboa e Porto. Ainda assim, a amplitude da privação social e material (diferença entre os valores máximos e mínimos) é menor na Área Metropolitana de Lisboa quando comparada com a Área Metropolitana do Porto.

Quadro 2. Número de óbitos por suicídio e lesões auto-infligidas, por grupo etário, nas Áreas Metropolitanas do Porto (AMP) e Lisboa (AML), em 2002-2012

	Área Metropolitana de Lisboa		Área Metropolitana do Porto		Total	
	Nº	Taxa (por 100.000 hab.)	Nº	Taxa (por 100.000 hab.)	Nº	Taxa (por 100.000 hab.)
Menos de 14 anos	4	0,1	1	0,0	5	0,1
15 - 29 anos	251	4,8	77	2,3	328	7,1
30 - 44 anos	591	8,1	221	4,9	812	13
45 - 59 anos	711	11,7	284	6,7	995	18,4
60 - 74 anos	736	14,7	190	6,5	926	21,2
Mais de 75 anos	625	24,2	91	6,4	716	30,6
Total	2920	9,4	864	4,5	3784	13,9

Fonte: elaborado a partir de INE, Portugal, 2002 a 2012

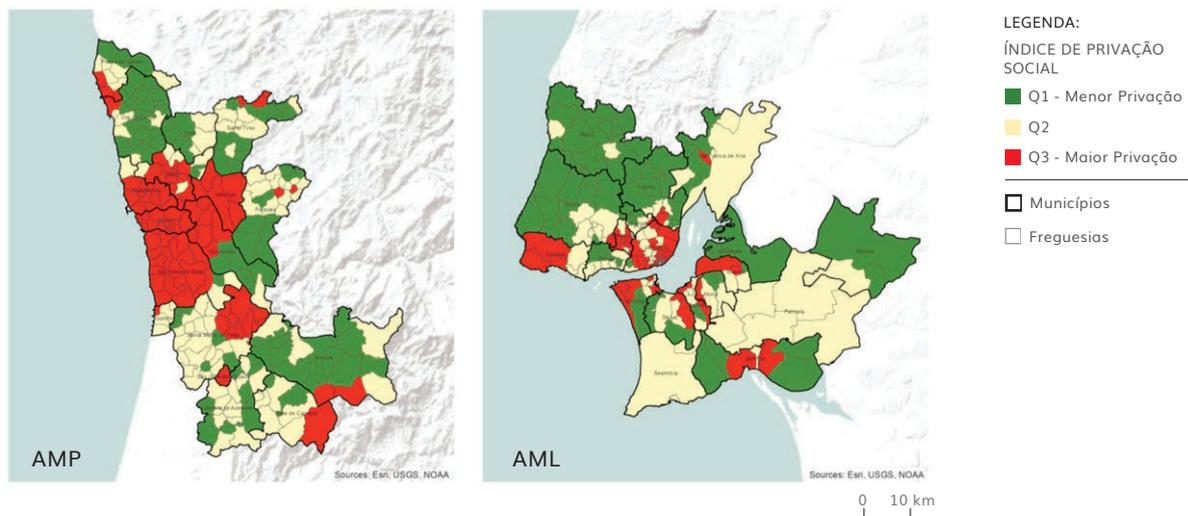


Figura 1. Índice de privação social nas Áreas Metropolitanas do Porto (AMP) e Lisboa (AML), em 2011
Fonte: elaborado a partir de INE, Portugal, 2011

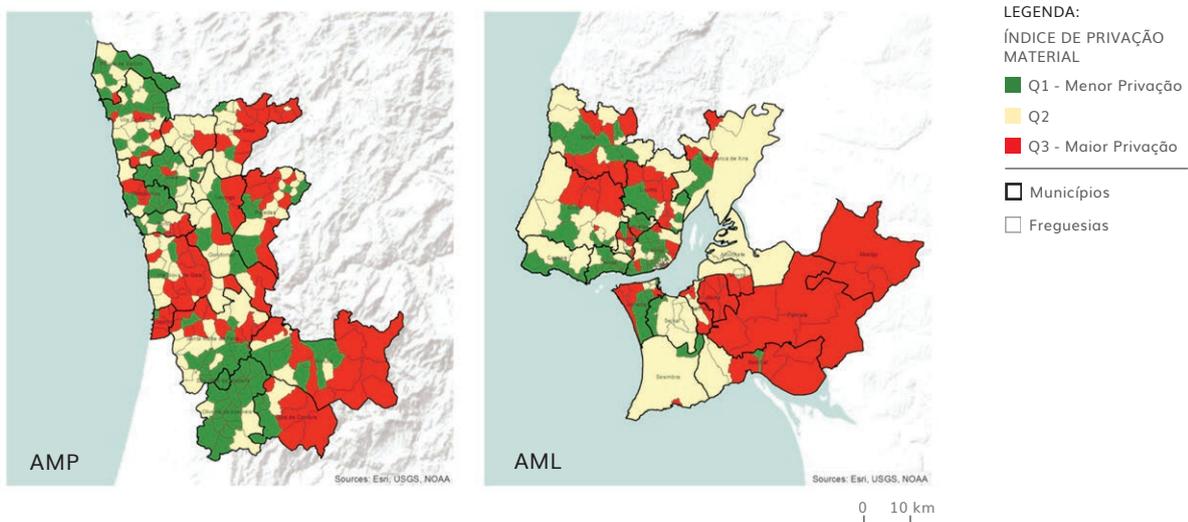


Figura 2. Índice de privação material nas Áreas Metropolitanas do Porto (AMP) e Lisboa (AML), em 2011
Fonte: elaborado a partir de INE, Portugal, 2011

Mais de metade da população da Área Metropolitana do Porto reside em freguesias com elevada privação social (67,3%) e cerca de 40% em freguesias de média privação material (quadro 3). Na Área Metropolitana de Lisboa a maioria da população concentra-se em freguesias com baixa privação material (40,6%) e com um índice de privação social médio (44,1%) (quadro 4).

Cruzando os dois índices de privação verifica-se que 26,7% da população da Área Metropolitana do Porto reside em freguesias que, simultaneamente, apresentam índices de privação material média e privação social elevada (quadro 3). Na Área Metropolitana de Lisboa esse valor é menor (12,2%) e a maioria da população reside em freguesias com privação material baixa e privação social média (20,1%) (quadro 4).

Quadro 3. Proporção de população residente por tercil de privação social e material na Área Metropolitana do Porto, em 2011

		Índice de Privação Material			Total
		T1 (menor privação)	T2	T3 (maior privação)	
Índice de Privação Social	T1 (menor privação)	3,1	4,5	3,1	10,8
	T2	8,2	7,9	5,9	21,9
	T3 (maior privação)	24,0	26,7	16,6	67,3
Total		35,3	39,0	25,7	100,0

Fonte: elaborado a partir de INE, Portugal, 2011

Quadro 4. Proporção de população residente por tercil de privação material e social na Área Metropolitana de Lisboa, em 2011

		Índice de Privação Material			Total
		T1 (menor privação)	T2	T3 (maior privação)	
Índice de Privação Social	T1 (menor privação)	13,5	6,8	2,3	22,7
	T2	20,1	17,6	6,4	44,1
	T3 (maior privação)	7,2	12,2	13,8	33,2
Total		40,8	36,6	22,6	100

Fonte: elaborado a partir de INE, Portugal, 2011

À semelhança dos índices de privação, o suicídio apresenta um padrão geográfico distinto nas duas áreas metropolitanas. No caso da Área Metropolitana de Lisboa, as RPMs mais elevadas localizam-se em freguesias da cidade de Lisboa e em áreas rurais e distantes da capital, tanto a norte como a sul. As freguesias com RPMs mais baixa encontram-se dispersas pelo território (figura 3). Na Área Metropolitana do Porto as freguesias com RPMs por suicídio mais baixo concentram-se no centro da cidade do Porto e principalmente nos municípios mais distantes a norte. Deste modo, ao contrário da Área Metropolitana de Lisboa, não se identifica uma associação tão clara entre as áreas rurais e mais distantes do centro e elevada RPMs (figura 3).

Nas áreas metropolitanas existem municípios em que o conjunto das freguesias apresenta uma RPMs por suicídio elevado, nomeadamente Ma-

fra e Montijo, na Área Metropolitana de Lisboa, e São João da Madeira, Oliveira de Azeméis, Vale de Cambra, Arouca e Paredes, na Área Metropolitana do Porto. No entanto, quando se analisa a probabilidade estatística de a RPMs por suicídio ser superior ao padrão de cada área metropolitana, verifica-se que alguns municípios deixam de apresentar risco elevado de mortalidade por suicídio, nomeadamente na Área Metropolitana do Porto (figura 4). De facto, nesta área metropolitana, as freguesias a noroeste da cidade do Porto apresentam um risco muito baixo de suicídio (inferior a 10%), verificando-se um risco elevado (superior a 90%) nas freguesias a sul e a este da cidade do Porto. Na Área Metropolitana de Lisboa há uma maior dispersão das freguesias com elevado risco de mortalidade por suicídio. Em sentido oposto, a quase totalidade das freguesias com baixo risco de

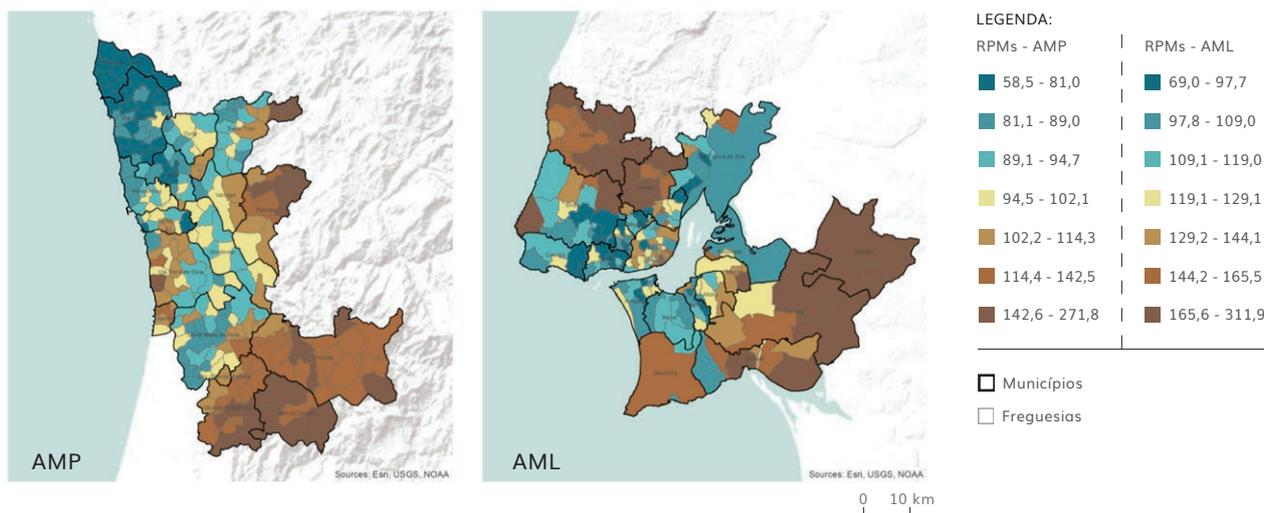


Figura 3. Razão Padronizada de Mortalidade suavizada por Suicídio (RPMs) nas Áreas Metropolitanas do Porto (AMP) e Lisboa (AML), em 2002-2012

Fonte: elaborado a partir de INE, Portugal, 2002 a 2012

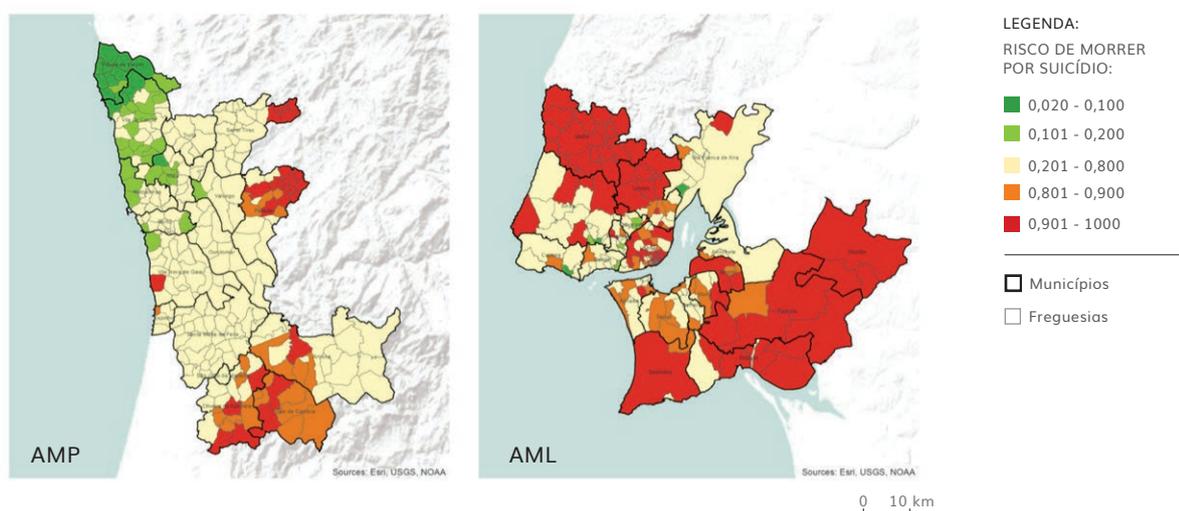


Figura 4. Risco de morrer por suicídio nas Áreas Metropolitanas do Porto (AMP) e Lisboa (AML), em 2002-2012

Fonte: elaborado a partir de INE, Portugal, 2002 a 2012

mortalidade concentram-se na margem norte da Área Metropolitana de Lisboa, em freguesias próximas da cidade de Lisboa.

Avaliou-se, ainda, o valor percentual da população a residir nas freguesias de risco (baixo e elevado) de morrer por suicídio nas duas áreas metropolitanas. Verifica-se que na Área Metropolitana do Porto há um equilíbrio na proporção da população nos dois tipos de freguesias. Na Área Metropolitana de Lisboa verifica-se o contrário: o valor percentual da população em freguesias de elevado risco de morrer por suicídio é muito superior quando comparado com os residentes em freguesias de baixo risco (quadro 5).

Do cálculo da associação entre o suicídio e a privação social e material nas duas áreas metropolitanas, verificou-se que na Área Metropolitana de Lisboa existe uma associação estatisticamente significativa entre o suicídio e a privação material. A população a residir em áreas de média privação material (T2) tem um risco relativo de 6% (RR: 1.06; IC95%:1.00-1.13), aumentando para 18% (RR: 1.18; IC95%: 1.10-1.26) se residir em áreas de elevada privação material (T3). Contrariamente, não se verificou existir uma associação estatisticamente significativa entre o risco de morrer por suicídio e a privação social (figura 5).

Quadro 5. População por níveis de risco de mortalidade por suicídio, em 2002-2012

	Área Metropolitana de Lisboa		Área Metropolitana do Porto	
	Nº	%	Nº	%
Baixo risco de mortalidade por suicídio (risco inferior a 10%)	79.120	2,8%	96.281	5,5%
Elevado risco de mortalidade por suicídio (risco superior a 90%)	794.464	28,2%	107.853	6,1%

Fonte: elaborado a partir de INE, Portugal, 2002 a 2012

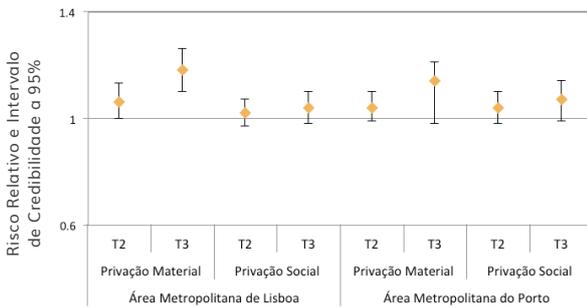


Figura 5. Associação estatística entre a mortalidade por suicídio e os índices de privação social e material nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto, em 2002-2012

Fonte: elaborado a partir de INE, Portugal, 2002 a 2012

No caso da Área Metropolitana do Porto, embora se tenha verificado um risco de morrer por suicídio na ordem dos 14% nas áreas de elevada privação material (T3), esta associação não revelou ser estatisticamente significativa.

Analisando o valor médio da RPMs por suicídio por níveis de privação, verifica-se que em ambas as áreas metropolitanas a mortalidade por suicídio é mais elevada no tercil de maior privação material. No entanto, o aumento da mortalidade com o aumento da privação material é mais acentuado na Área Metropolitana de Lisboa (figura 6).

No caso do índice de privação social verifica-se um comportamento distinto nas duas áreas: na Área Metropolitana de Lisboa observa-se um excesso de mortalidade no tercil de menor privação, na Área Metropolitana do Porto o valor médio da RPMs por suicídio é mais elevado no tercil de média privação social.

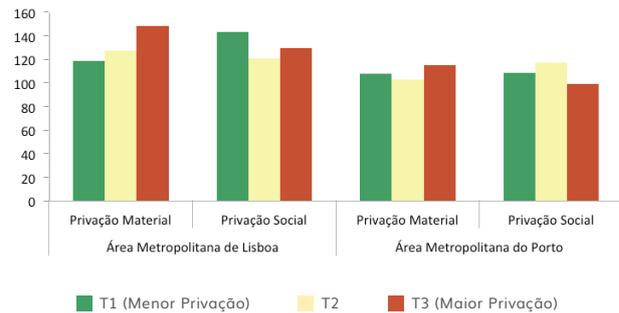


Figura 6. Valor médio da RPMs por suicídio por tercil de privação social e material

Fonte: elaborado a partir de INE, Portugal, 2002 a 2012

4. Discussão dos resultados

Os resultados deste estudo demonstram que tanto o padrão geográfico do suicídio como a sua associação com os contextos de privação social e material são diferenciados quando se analisam as duas Áreas Metropolitanas de Portugal.

A Área Metropolitana de Lisboa apresenta o dobro da taxa de mortalidade por suicídio, um número médio de anos de vida potencialmente perdidos por suicídio mais elevado e maior proporção de indivíduos a residir em freguesias de elevado risco de morrer por suicídio, em comparação com a Área Metropolitana do Porto. Em síntese, pode afirmar-se que se morre mais e mais cedo por suicídio na Área Metropolitana de Lisboa. Vários estudos anteriores tinham já identificado que, historicamente, o norte de Portugal, onde se localiza a Área Metropolitana do Porto, apresenta taxas de suicídio mais baixas que o sul (Freitas,

1982; Gusmão & Quintão, 2013; Santana et al., 2015b). Este facto pode ter várias explicações; algumas associadas à subnotificação do óbito por suicídio e a aspetos culturais.

Analisando a distribuição espacial do suicídio, verifica-se que as freguesias com valores mais elevados de suicídio encontram-se tanto no centro de ambas as áreas metropolitanas como nas freguesias mais rurais e distantes. Estas áreas são separadas por um conjunto de freguesias que apresentam valores baixos de suicídio, formando um anel que envolve as cidades de Lisboa e Porto. Este fenómeno, conhecido por "olho-de-boi" foi também identificado num estudo realizado em Inglaterra (Middleton, Sterne & Gunnell, 2008). No entanto, na Área Metropolitana do Porto as freguesias com mortalidade elevada por suicídio localizam-se, apenas, a sul e a este da cidade do Porto. A geografia do risco de morrer por suicídio evidencia também uma aglomeração espacial, tanto dos valores de risco alto como baixo, na Área Metropolitana do Porto e uma maior dispersão espacial dos valores na de Lisboa.

A distribuição espacial da privação da privação social e material apresenta padrões geográficos semelhantes nas duas áreas metropolitanas. O índice de privação social caracteriza-se por uma maior concentração espacial e o de privação material, pelo contrário, maior dispersão. Por exemplo, as freguesias localizadas a sul e mais distantes, geograficamente, do centro da cidade de Lisboa e Porto apresentam maior privação material (onde reside um total de 1.070.922 habitantes, cerca de 24% da população residente nas duas áreas). A amplitude da privação social e material é menor na Área Metropolitana de Lisboa, onde a maioria da população reside em freguesias com privação material baixa e, simultaneamente, privação social média, contrariamente ao observado na Área Metropolitana do Porto (maior valor percentual da população a residir em freguesias que são caracterizadas por terem privação material média e privação social elevada). Ainda assim, quase metade das freguesias (onde reside um total de 75.287

habitantes) do município do Porto apresentam simultaneamente uma elevada privação social e material. O mesmo ocorre com quase metade das freguesias da Amadora (onde reside um total de 74.753 habitantes), na Área Metropolitana de Lisboa. Num estudo recente (Santana, 2015) Amadora e Porto integravam o conjunto de municípios com piores valores globais de saúde, devido ao contributo, em sentido negativo, dos determinantes socioeconómicos e ambientais (e.g. desemprego, população pobre dependente de apoios do Estado, famílias monoparentais, criminalidade) e dos resultados em saúde (e.g. mortes associadas a condições de pobreza e incidência de doenças infecciosas, como a tuberculose e VIH-SIDA).

De facto, em ambas as áreas metropolitanas, prevalecem "arquipélagos" (Ferrão, 2003), com uma população envelhecida, com baixo estatuto socioeconómico e um parque habitacional degradado, que podem explicar parte dos resultados encontrados, nomeadamente na Área Metropolitana do Porto, à semelhança do que foi encontrado por outros autores (Nogueira & Remoaldo, 2010). No entanto, apesar de alguns investigadores referirem que a privação material tem um efeito indireto na privação social, devido aos efeitos corrosivos da iniquidade nas relações sociais e nos níveis de capital e de coesão social (Wilkinson, 2005), outros autores comprovaram que nem sempre situações de vulnerabilidade material implicam a existência de vulnerabilidade social (Testi & Ivaldi, 2009).

Apenas na Área Metropolitana de Lisboa foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre o suicídio e a privação material, o que leva a concluir que os processos de degradação e empobrecimento dos lugares apresentam impactos diferenciados nos territórios considerados. De acordo com Testi e Ivaldi (2009) a privação material tem maior poder explicativo das desigualdades em saúde numa área metropolitana. Aliás, a literatura refere que em contextos rurais ou de menor urbanização, como é o caso de algumas freguesias da Área Metropolitana do Porto, o índice de privação tem menor capacidade discriminativa (Pringle et al., 2000;

Nogueira & Remoaldo, 2010). Adicionalmente, as duas áreas metropolitanas podem apresentar formas de privação distintas que não se apreendem por uma medida comum (Nogueira & Remoaldo, 2010), o que pode explicar o facto de não se ter encontrado associação na Área Metropolitana do Porto. Verificámos que nesta área metropolitana o padrão é menos claro podendo estar relacionado com uma teia de causas das causas (determinantes da saúde) que não foi objeto de análise no presente estudo. No entanto, é na Área Metropolitana do Porto que se observa o valor percentual de população a residir no tercil com valor médio de RPMs mais elevado: as freguesias com índice de privação material elevada e privação social média (5,9% versus 2,3% da população a residir nas freguesias com elevada privação material e baixa privação social, na Área Metropolitana de Lisboa). Aliás, no caso do índice de privação social verifica-se que na Área Metropolitana do Porto o valor médio da RPMs é mais elevado no tercil de privação social intermédia e na Área Metropolitana de Lisboa este tercil apresenta o valor mais baixo. Os valores médios de mortalidade por tercil de privação apresentam, ainda, uma maior variação na Área Metropolitana de Lisboa. A relação entre a privação e a mortalidade já tinha sido encontrada por outros autores (Charlton, 1994; Marmot, 2004; Machado et al., 2006), que chegaram a conclusões semelhantes. Estudos recentes, em Portugal, demonstram, ainda, à semelhança do que foi identificado noutros países europeus, que a crise económica tem impacto sobre a saúde mental da população, (Evans-Lacko et al., 2013; Gili et al., 2013; Buffel, van de Straat & Bracke, 2015) e no aumento da utilização do internamento psiquiátrico, nomeadamente da população que reside em áreas de maior privação social e material (Cardoso et al., 2015), em maiores dificuldades na aquisição de medicamentos (e.g. antidepressivos) e, ainda, no acesso aos cuidados de saúde mental (Sakellarides, 2014).

5. Conclusão

As Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto integram freguesias de elevado risco de morte por suicídio, onde é necessário intervir. Na Área Metropolitana de Lisboa, foi identificada a associação entre suicídio e privação material e, nesse sentido, as intervenções e ações devem ser dirigidas aos determinantes da pobreza relacionados com a literacia, o emprego e as condições da habitação. Na Área Metropolitana do Porto, concretamente nas freguesias de privação social elevada, onde reside mais de metade da população, pode concluir-se pela necessidade de ações direcionadas aos grupos que se encontram em grande vulnerabilidade social, como os idosos que vivem sós e a população em situação de pobreza. Estes resultados sugerem, assim, a urgência de intervenções adequadas às características dos diferentes territórios e direcionadas prioritariamente à modificação das determinantes contextuais da saúde, investindo, simultaneamente, na melhoria das condições de vida nas áreas geográficas de privação material e no aumento do capital social e coesão social.

Neste âmbito, é fundamental aprofundar o conhecimento das causas das causas (determinantes) da saúde mental e das suas inter-relações (mais evidência), que suporte a formulação de estratégias e ações a nível local (mais decisão informada). As câmaras municipais, poderão ter um papel relevante na diminuição das desigualdades em saúde, nomeadamente através de intervenções intersectoriais (pelouros de educação, ação social, ambiente, planeamento do território, cultura, desporto, entre outros), e enquanto agentes na alteração da relação entre os contextos de privação e o suicídio. Estas intervenções devem estar, ainda, articuladas com maiores "necessidades" sentidas pela população em tempos de crise, através do reforço do apoio social e dos serviços ambulatoriais, cuidados de saúde primários e serviços de psiquiatria dos hospitais (Cardoso et al., 2015). O desafio que se coloca, para além da mudança de atitudes e comportamentos, é o de criar programas públicos locais de prevenção do suicídio, das suas complicações e consequências, desenvolvendo e avaliando formas de abordar os fatores que tornam os indivíduos vulneráveis.

Agradecimentos

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do projeto de investigação PTDC/ATP-GEO/4101/2012, SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das Condicionantes Locais e Económicas, e da bolsa de doutoramento SFRH/BD/92369/2013, financiados por Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Agradece-se ao grupo de investigação do projeto SMAILE (Benedetto Saraceno, Carla Nunes, Graça Cardoso, Joana Lima, João Ferrão, José Caldas de Almeida, Manuela Silva, Maria do Rosário Partidário e Pedro Pita Barros) pelos contributos ao longo destes dois anos de desenvolvimento do projeto.

Referências Bibliográficas

- Agerbo, E., Sterne, J. A. C., & Gunnell, D. J. (2007). Combining individual and ecological data to determine compositional and contextual socio-economic risk factors for suicide. *Social Science & Medicine*, 64(2), 451–61. doi:10.1016/j.socscimed.2006.08.043
- Andrés, A., & Halicioglu, F. (2010). Determinants of suicides in Denmark: evidence from time series data. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 98(2-3), 263–9. doi:10.1016/j.healthpol.2010.06.023
- Barr, B., Taylor-Robinson, D., Scott-Samuel, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2012). Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 345(aug13_2), e5142. doi:10.1136/bmj.e5142
- Besag, J., York, J., & Mollié, A. (1991). Bayesian image restoration, with two applications in spatial statistics. *Annals of the Institute of Statistical Mathematics*. doi:10.1007/BF00116466
- Buffel, V., van de Straat, V., & Bracke, P. (2015). Employment status and mental health care use in times of economic contraction: a repeated cross-sectional study in Europe, using a three-level model. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 29. doi:10.1186/s12939-015-0153-3
- Burrows, S., Auger, N., Gamache, P., St-Laurent, D., & Hamel, D. (2011). Influence of social and material individual and area deprivation on suicide mortality among 2.7 million Canadians: a prospective study. *BMC Public Health*, 11(1), 577. doi:10.1186/1471-2458-11-577
- Burrows, S., Auger, N., Roy, M., & Alix, C. (2010). Socio-economic inequalities in suicide attempts and suicide mortality in Québec, Canada, 1990-2005. *Public Health*, 124(2), 78–85. doi:10.1016/j.puhe.2010.01.008
- Cardoso, G., Loureiro, A., Mateus, P., Silva, M., Santana, P., & Caldas de Almeida, J. (2015). Utilização de serviços de saúde mental em Portugal em tempos de crise económica. In Santana, P. (Ed.), *Território e Saúde Mental em Tempos de Crise*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra.
- Carstairs, V., & Morris, R. (1990). Deprivation and health in Scotland. *Health Bulletin*, 48(4), 162–175. doi:10.1136/pgmj.69.814.665-a
- Ceccherini-Nelli, A., & Priebe, S. (2011). Economic factors and suicide rates: associations over time in four countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10), 975–82. doi:10.1007/s00127-010-0275-2
- Chang, S., Sterne, J., Wheeler, B., Lu, T., Lin, J., & Gunnell, D. (2011). Geography of suicide in Taiwan: spatial patterning and socioeconomic correlates. *Health & Place*, 17(2), 641–50. doi:10.1016/j.healthplace.2011.01.003
- Charlton, B. (1994). Is inequality bad for the national health? *The Lancet (London, England)*, 343(8891), 221–2.
- Cheung, Y., Spittal, M., Pirkis, J., & Yip, P. (2012). Spatial analysis of suicide mortality in Australia: Investigation of metropolitan-rural-remote differentials of suicide risk across states/territories. *Social Science and Medicine*, 75(8), 1460–1468. doi:10.1016/j.socscimed.2012.04.008
- Chishti, P., Stone, D., Corcoran, P., Williamson, E., & Petridou, E. (2003). Suicide mortality in the European Union. *European Journal of Public Health*, 13(2), 108–14.
- Choi, K., & Kim, D. (2015). Trend of Suicide Rates According to Urbanity among Adolescents by Gender and Suicide Method in Korea, 1997-2012. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(5), 5129–42. doi:10.3390/ijerph120505129
- Congdon, P. (1996). Suicide and Parasuicide in London: A Small-area Study. *Urban Studies*. doi:10.1080/00420989650012194
- Congdon, P. (2010). The Spatial Pattern of Suicide in the US in Relation to Deprivation, Fragmentation and Rurality. *Urban Studies*, 48(10), 2101–2122. doi:10.1177/0042098010380961
- Desai, R., Dausey, D., & Rosenheck, R. (2005). Mental health service delivery and suicide risk: the role of individual patient and facility factors. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 311–8. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.311
- DGS. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio*. Lisboa.
- Durkheim, E. (1986). *Le Suicide*. Paris: PUF.
- Evans, W., Marsh, S., & Owens, P. (2005). Environmental factors, locus of control, and adolescent suicide risk. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 22(3-4), 301–319. doi:10.1007/BF02679474

- Evans-Lacko, S., Knapp, M., McCrone, P., Thornicroft, G., & Mojtabai, R. (2013). The mental health consequences of the recession: economic hardship and employment of people with mental health problems in 27 European countries. *PLoS One*, 8(7), e69792. doi:10.1371/journal.pone.0069792
- Ferrão, J. (2003). Intervir na cidade: complexidade, visão, rumo. In *Políticas Urbanas - tendências, estratégias e oportunidades*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferretti, F., & Coluccia, A. (2009). Socio-economic factors and suicide rates in European Union countries. *Legal Medicine* (Tokyo, Japan), 11 Suppl 1, S92–S94. doi:10.1016/j.legalmed.2009.01.014
- Freitas, E. de. (1982). O suicídio em Portugal no século XX: elementos empíricos para uma pesquisa. *Finisterra: Revista Portuguesa de Geografia*. Centro de Estudos Geográficos.
- Gary, T., Stark, S., & LaVeist, T. (2007). Neighborhood characteristics and mental health among African Americans and whites living in a racially integrated urban community. *Health and Place*, 13, 569–575. doi:10.1016/j.healthplace.2006.06.001
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103–8. doi:10.1093/eurpub/cks035
- Gotsens, M., Mari-Dell'Olmo, M., Martínez-Beneito, M. A., Perez, K., Pasarin, M. I., Daponte, A., Borrell, C. (2011). Socio-economic inequalities in mortality due to injuries in small areas of ten cities in Spain (MEDEA Project). *Accident Analysis and Prevention*, 43(5), 1802–1810. doi:10.1016/j.aap.2011.04.013
- Gotsens, M., Marí-Dell'Olmo, M., Pérez, K., Palência, L., Martínez-Beneito, M.-A., Rodríguez-Sanz, M., Dzúrová, D., Gandarillas, A., Hoffmann, R., Kovacs, K., Marinacci, C., Martikainen, P., Pikhart, H., Rosicova, K., Saez, M., Santana, P., Riegelning, J., Schwierz, C., Tarkiainen, L., & Borrell, C. (2013). Socioeconomic inequalities in injury mortality in small areas of 15 European cities. *Health & Place*, 24, 165–72. doi:10.1016/j.healthplace.2013.09.003
- Gunnell, D., Peters, T., Kammerling, R., & Brooks, J. (1995). Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions, and socioeconomic deprivation. *BMJ* (Clinical Research Ed.), 311(6999), 226–30. Retrieved from Gusmão, R., & Quintão, S. (2013). Suicide and death resulting from events of undetermined intent register in Portugal. Revisiting "The truth about suicide", 20 years later. *Directorate General of Health Journal*, 1, 80–95.
- Harding, S., Santana, P., Cruickshank, J., & Boroujerdi, M. (2006). Birth weights of black African babies of migrant and nonmigrant mothers compared with those of babies of European mothers in Portugal. *Annals of Epidemiology*, 16(7), 572–579. doi:10.1016/j.annepidem.2005.10.005
- Haynie, D., South, S., & Bose, S. (2006). Residential Mobility and Attempted Suicide among Adolescents: An Individual-Level Analysis. *The Sociological Quarterly*, 47(4), 693–721. doi:10.1111/j.1533-8525.2006.00063.x
- Hempstead, K. (2006). The geography of self-injury: spatial patterns in attempted and completed suicide. *Social Science & Medicine* (1982), 62(12), 3186–96. doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.038
- Jagodic, H., Agius, M., & Pregelj, P. (2012). Inter-regional variations in suicide rates. *Psychiatria Danubina*, 24 Suppl 1, S82–5.
- Kim, M., Jung-Choi, K., Jun, H., & Kawachi, I. (2010). Socioeconomic inequalities in suicidal ideation, parasuicides, and completed suicides in South Korea. *Social Science & Medicine*, 70(8), 1254–61. doi:10.1016/j.socscimed.2010.01.004
- Lewis, G., & Sloggett, A. (1998). Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ*, 317(7168), 1283–1286. doi:10.1136/bmj.317.7168.1283
- Li, Z., Page, A., Martin, G., & Taylor, R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. *Social Science & Medicine*, 72(4), 608–16. doi:10.1016/j.socscimed.2010.11.008
- Liu, Q., Zhang, L., Li, J., Zuo, D., Kong, D., Shen, X., Guo, Y., & Zhang, Q. (2012). The gap in injury mortality rates between urban and rural residents of Hubei Province, China. *BMC Public Health*, 12(1), 180. doi:10.1186/1471-2458-12-180
- Loureiro, A., Costa, C., & Santana, P. (2016). Determinantes Contextuais da Saúde Mental. In M. Dimenstein (Ed.), *Condições de Vida e Saúde Mental em Assentamentos Rurais*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: Editora Intermeios (no prelo).
- Machado, M. do C., Santana, P., Carreiro, H., Nogueira, H., Barroso, M. R., & Dias, A. (2006). *Maternal and Childhood Healthcare in an Immigrant Population. Are they treated differently?* Laboratórios Bial.
- Marmot, M. (2004). Tackling health inequalities since the Acheson Inquiry. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(4), 262–263. doi:10.1136/jech.2003.010264
- McLoone, P., & Boddy, F. A. (1994). Deprivation and mortality in Scotland, 1981 and 1991. *BMJ* (Clinical Research Ed.), 309(6967), 1465–70.
- Middleton, N., Gunnell, D., Frankel, S., Whitley, E., & Durling, D. (2003). Urban-rural differences in suicide trends in young adults: England and Wales, 1981-1998. *Social Science & Medicine*, 57(7), 1183–94.

- Middleton, N., Sterne, J., & Gunnell, D. (2006). The geography of despair among 15-44-year-old men in England and Wales: putting suicide on the map. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(12), 1040–7. doi:10.1136/jech.2005.045302
- Middleton, N., Sterne, J., & Gunnell, D. (2008). An atlas of suicide mortality: England and Wales, 1988-1994. *Health and Place*, 14, 492–506. doi:10.1016/j.healthplace.2007.09.007
- Middleton, N., Whitley, E., Frankel, S., Dorling, D., Sterne, J., & Gunnell, D. (2004). Suicide risk in small areas in England and Wales, 1991-1993. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(1), 45–52. doi:10.1007/s00127-004-0707-y
- Milner, A., McClure, R., & De Leo, D. (2012). Socio-economic determinants of suicide: an ecological analysis of 35 countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(1), 19–27. doi:10.1007/s00127-010-0316-x
- Murali, V. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(3), 216–224. doi:10.1192/apt.10.3.216
- Nogueira, H. (2007). Territórios de Privação Múltipla na Área Metropolitana de Lisboa. In P. Santana (Ed.), *A Cidade e a Saúde* (pp. 133–141). Coimbra: Edições Almedina.
- Nogueira, H. G., & Remoaldo, P. C. A. (2010). *Olhares geográficos sobre a Saúde*. Colibri.
- Page, A., Morrell, S., Taylor, R., Dudley, M., & Carter, G. (2007). Further increases in rural suicide in young Australian adults: secular trends, 1979-2003. *Social Science & Medicine*, 65(3), 442–53. doi:10.1016/j.socscimed.2007.03.029
- Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S., Corrigan, J., Funk, M., & Flisher, A. J. (2010). Mental disorders: equity and social determinants. In A. Blas & A. S. Kurup (Eds.), *Equity, Social Determinants and Public Health Programs* (pp. 115–134). Geneva: World Health Organization.
- Pearce, J., Barnett, R., & Jones, I. (2007). Have urban/rural inequalities in suicide in New Zealand grown during the period 1980-2001? *Social Science & Medicine*, 65(8), 1807–19. doi:10.1016/j.socscimed.2007.05.044
- Potter, L. B., Kresnow, M. J., Powell, K. E., Simon, T. R., Mercy, J. A., Lee, R. K., O'Carroll, P. W. (2001). The influence of geographic mobility on nearly lethal suicide attempts. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32(1 Suppl), 42–8.
- Pringle, D., Cook, S., Poole, M., & Moore, A. (2000, January 1). *Cross-Border Deprivation Analysis: a Summary Guide*. Oak Tree Press. Retrieved from <http://eprints.ulster.ac.uk/31917/>
- Qin, P. (2005). Suicide risk in relation to level of urbanicity—a population-based linkage study. *International Journal of Epidemiology*, 34(4), 846–52. doi:10.1093/ije/dyi085
- Razvodovsky, Y., & Stickley, A. (2009). Suicide in urban and rural regions of Belarus, 1990-2005. *Public Health*, 123(1), 27–31. doi:10.1016/j.puhe.2008.10.003
- Rehkopf, D. H., & Buka, S. L. (2006). The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. *Psychological Medicine*, 36, 145–157. doi:10.1017/S003329170500588X
- Rezaeian, M., Dunn, G., St Leger, S., & Appleby, L. (2005). The ecological association between suicide rates and indices of deprivation in English local authorities. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 785–791. doi:10.1007/s00127-005-0960-x
- Rezaeian, M., Dunn, G., St Leger, S., & Appleby, L. (2007). Do hot spots of deprivation predict the rates of suicide within London boroughs? *Health & Place*, 13(4), 886–93. doi:10.1016/j.healthplace.2007.02.004
- Santana, P. (2015). *A Geografia da Saúde da População*. Universidade de Coimbra: Centro de Estudos em Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT). doi:10.17127/cegot/2015.GS
- Santana, P., Costa, C., Cardoso, G., Loureiro, A., & Ferrão, J. (2015). Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health & Place*, 35, 85–94. doi:10.1016/j.healthplace.2015.07.001
- Santana, P., Costa, C., Marí-Dell'Olmo, M., Gotsens, M., & Borrell, C. (2015). Mortality, Material Deprivation and Urbanization: Exploring the social patterns of a Metropolitan Area. *International Journal for Equity in Health*, 14, 5.
- Sakellarides, C., Castelo-Branco, L., Barbosa, P., & Azevedo, H. (2014). *The impact of the financial Crisis on the Health System and Health in Portugal*. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.
- Sher, L. (2006). Per capita income is related to suicide rates in men but not in women. *Journal of Men's Health and Gender*, 3, 39–42. doi:10.1016/j.jmhg.2005.04.016
- Singh, G., Azuine, R., Siahpush, M., & Kogan, M. (2013). All-cause and cause-specific mortality among US youth: socioeconomic and rural-urban disparities and international patterns. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 90(3), 388–405. doi:10.1007/s11524-012-9744-0
- Singh, G. K., & Siahpush, M. (2002). Increasing Rural–Urban Gradients in US Suicide Mortality, 1970–1997. *American Journal of Public Health*, 92(7), 1161–1167. doi:10.2105/Ajph.92.7.1161

Stark, C., Hopkins, P., Gibbs, D., Belbin, A., & Hay, A. (2007). Population density and suicide in Scotland. *Rural and Remote Health*, 7(3), 672.

Testi, A., & Ivaldi, E. (2009). Material versus social deprivation and health: a case study of an urban area. *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care*, 10(3), 323–8. doi:10.1007/s10198-008-0136-z

Townsend, P. (1987). Deprivation. *Journal of Social Policy*, 16(02), 125–146. doi:10.1017/S0047279400020341

Wang, L., Xu, Y., Di, Z., & Roehner, B. M. (2013). How are mortality rates affected by population density? *Physics and Society*, ArXiv(1306.5179).

WHO. (2008). *Closing the gap in a generation. health equity through action on the social determinants of health* (p. 246). doi:10.1080/17441692.2010.514617

WHO. (2012). *Public Health Action for the prevention of Suicide: a framework* (p. 26). Geneva.

WHO. (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report* (p. 188). Denmark (Copenhagen).

WHO. (2014). *Preventing Suicide: a global imperative* (p. 89). Luxembourg.

Wilkinson, R. (2005). Social corrosion, inequality and health. In A. Giddens & P. Diamond (Eds.), *The New Egalitarianism* (pp. 183–199). Cambridge: Polity Press.

1.4 Saúde mental e território: vulnerabilidades ambientais nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras

Adriana Loureiro^(1,2), Marta Silva⁽¹⁾, Ricardo Almendra^(1,2) e Paula Santana^(1,2)

(1) Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT), Universidade de Coimbra;

(2) Departamento de Geografia e Turismo, Universidade de Coimbra

DOI: http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1_4

O reconhecimento do papel do ambiente na qualidade de vida e saúde mental da população confere ao lugar (de residência/trabalho/recreio) a capacidade de participar na explicação dos padrões geográficos da saúde, doença e morte dos indivíduos. Nesta perspetiva, vários estudos concluem que as situações de vulnerabilidade agrupam-se em *clusters*, sugerindo uma amplificação do risco identificada pela ocorrência simultânea de vários fatores. Este trabalho pretende identificar territórios vulneráveis nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras tendo por base características ambientais com influência, potencial, na saúde mental.

Foi avaliada a existência de situações de vulnerabilidade ambiental (através de indicadores ambientais: socioeconómicos e do espaço construído), tendo como objetivo contribuir para aprofundar o conhecimento das circunstâncias que se verificam nos concelhos em estudo. Indicadores com auto correlação espacial (avaliada através do I de Moran Global e Local) foram selecionados para a Análise de Componentes Principais. Posteriormente, esta análise foi complementada com o método Classificação Ascendente Hierárquica de formação de *clusters*.

Identificaram-se padrões de aglomerações espaciais relativas às características do ambiente físico, social e económico que, de acordo com a literatura, têm impacto na saúde mental: i) baixa densidade populacional, ii) más condições de habitação, iii) má acessibilidade geográfica a equipamentos e serviços, iv) baixas taxas de formação e qualificação da população, v) altas taxas de desemprego e vi) elevado envelhecimento da população.

Recognizing how the environment contributes to quality of life and mental health has meant that place is now considered an important factor in explaining health and living standards and rates of morbidity and mortality. Several studies have shown that vulnerable situations tend to cluster together, leading to the co-occurrence of various factors which increase risk. This paper aims to identify vulnerable areas in the municipalities of Amadora, Lisboa, Mafra and Oeiras through the assessment of environmental determinants affecting mental health.

Environmental vulnerability (through socio-economic and built environment indicators) was assessed in order to contribute to the knowledge of the urban dynamic found in the studied municipalities. Indicators with spatial auto-correlation (assessed through Global and Local I Moran method) were selected to join the Principal Component Analysis (PCA). PCA was complemented by clustering the principal components through Hierarchical cluster analysis.

Geographical clusters of socio-economic and the built environment characteristics which strongly contribute to mental health status were identified: i) low urban density, ii) poor housing conditions, iii) poor accessibility to social facilities and services, iv) low levels of education and training, v) unemployment and vi) ageing

1. Introdução

Nas últimas décadas a relação entre saúde e ambiente voltou a ser (re)colocada na agenda, quer dos investigadores de saúde pública, quer dos decisores políticos.

A abordagem holística, baseada nos determinantes ambientais da saúde em geral e da saúde mental especificamente (Santana et al., 2007), é fundamental para compreender as inter-relações que ocorrem entre o indivíduo, o contexto, o ambiente e os lugares, como um todo (Curtis, 2010). Torna-se necessário conhecer os territórios para poder explicar e, posteriormente, atuar sobre as iniquidades em saúde (Macintyre, Ellaway & Cummins, 2002). Esta visão e perspetiva integradora, trazida pelo planeamento urbano saudável, deverá ser adotada pelos agentes locais com intervenção no território, tendo como objetivo máximo a melhoria da saúde, da qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos e das suas comunidades (Barton, Grant & Guise, 2003; Sarkar, Webster & Gallacher, 2014). Tanto mais que, na actualidade, os fenómenos de urbanização são globais. O espaço urbano, lugar tradicionalmente associado a oportunidades, empreendedorismo e inovação, pode ser produtor de vulnerabilidades e desigualdades com impactos negativos na saúde. A vulnerabilidade das populações intensifica-se em contextos de elevado congestionamento de tráfego, poluição, degradação ambiental, inadequação/falta de habitação, infraestruturas e serviços, formação de guetos e bolsas de pobreza, entre outros (Santana, 2009).

A avaliação da vulnerabilidade de indivíduos e territórios tem vindo a tornar-se cada vez mais útil, particularmente no âmbito dos instrumentos de gestão territorial, onde a identificação de áreas de intervenção prioritárias se pode traduzir em importantes ganhos socioeconómicos (Chen & Lopez-Carr, 2015). Segundo alguns autores (Cutter, Boruff & Shirley, 2003), a identificação e o conhecimento das características da comunidade e do ambiente construído (e.g. nível de urbanização, densidade, taxas de crescimento demográfico, ruído, poluição, vitalidade económica) são relevantes quando se pretende avaliar a vulnerabilidade dos

territórios. Neste sentido, territórios mais expostos a condições de risco (Burton, Kates & White, 1993), com populações frágeis (Kasperson & Kirsztin, 2005) e menos resilientes (Kasperson, Kasperson & Turner II, 1995) apresentam condições de maior vulnerabilidade e, potencialmente, poderão estar associados a locais de residência/trabalho/recreio onde a probabilidade de se registarem piores resultados em saúde é maior (Reid et al., 2009).

De facto, territórios caracterizados por fragilidades demográficas (e.g. envelhecimento), socioeconómicas (e.g. desemprego elevado, baixos níveis de escolaridade, profissões manuais), habitacionais (e.g. sobrelotação do alojamento), de espaço público (e.g. falta de equipamentos, serviços e espaços verdes ou má acessibilidade geográfica a esta oferta) tendem a apresentar piores resultados em saúde mental (Ostir et al., 2003; Cortès et al., 2004b; Kubzansky et al., 2005; Cutler & Lleras-Muney, 2006; Fone & Dunstan, 2006b; Sundquist & Ahlen, 2006; Ludwig et al., 2012). Simultaneamente, territórios de elevadas densidades populacionais, caracterizados pela monofuncionalidade, nomeadamente residencial, assumem-se como áreas de risco potencial para a saúde e bem-estar mental (Burton, 2015). Nesses espaços é potenciado o aumento das tensões e conflitos entre vizinhos, o isolamento social, o aumento da distância a equipamentos e infraestruturas (e.g. espaços verdes públicos de lazer e recreação), o desincentivo à mobilidade ativa com o aumento da auto dependência dos residentes (e.g. baixa oferta de transporte público em áreas de baixa densidade) e, conseqüentemente, o aumento dos níveis de ruído, que, potencialmente, contribuem para níveis mais baixos de saúde mental (Santana et al., 2007; Croucher, Wallace & Duffy, 2012; Burton, 2015).

Este trabalho pretende identificar territórios vulneráveis nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras tendo por base características ambientais com influência na saúde mental. Estes municípios integram a Área Metropolitana de Lisboa, representando tipologias de território associadas a diferentes fases de urbanização: i) áreas urbanas consolidadas (Lisboa); ii) áreas urbanas de crescimento recente (Amadora e Oeiras); iii) áreas rurais (Mafra).

2. Áreas de estudo

Lisboa é o município com maior quantitativo populacional, tendo, em 2011, cerca de meio milhão de habitantes, dos quais 24% são idosos (quadro 1). Amadora e Oeiras apresentam quantitativos populacionais e valores percentuais de idosos semelhantes entre si, distinguindo-se principalmente pela densidade populacional: Amadora apresenta o dobro da densidade populacional. Mafra é o município com menor população residente, menor densidade populacional, mas com maior crescimento populacional e menor percentagem de idosos.

Quadro 1. Densidade populacional, população residente e percentagem de idosos da área de estudo, em 2001 e 2011

Municípios	Densidade populacional (hab/km ²)		População residente		Percentagem de idosos (% de indivíduos com 65 e mais anos)		
	2011	2001	2011	Var. %	2001	2011	Var. %
Amadora	7.388,7	175.872	175.136	-0,4	14,0	18,7	33,6
Lisboa	6.324,7	564.657	547.733	-3,0	23,6	23,9	1,3
Mafra	268,2	54.358	76.685	41,1	15,6	14,8	-5,0
Oeiras	3.765,3	162.128	172.120	6,2	14,9	19,2	28,6

Fonte: elaboração própria a partir de dados do INE

3. Dados e métodos

3.1 Construção da base de dados

Foi identificado um conjunto de indicadores cuja influência na saúde mental tem vindo a ser comprovada na literatura, com destaque para as características do ambiente socioeconómico e construído (quadro 2). A informação para a construção desses indicadores, maioritariamente relativa a 2011, é proveniente de várias fontes: Instituto Nacional de Estatística (INE), Câmaras Municipais dos concelhos em estudo (CM), Carta de Ocupação e Uso do Solo produzida pela Direção Geral do Território (DGT), Carta Social produzida pelo Ministro da Solidariedade Emprego e Segurança Social (MSSS), Páginas Amarelas online (PA) e Portal da Saúde (PS). A recolha da informação foi efetuada para todas as freguesias

dos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, tendo sido, posteriormente, agrupada de modo a corresponder às 46 freguesias em vigor, após a reorganização administrativa de 2013 (Lei n.º 11-A/2013, de 28 de janeiro).

A maior parte dos indicadores selecionados foram disponibilizados já calculados (e.g. taxa de desemprego, densidade populacional) ou foram transformados em percentagem (e.g. percentagem de idosos, percentagem de população desempregada e percentagem de trabalhadores manuais e não manuais). Adicionalmente, utilizando informação proveniente de diversas fontes, procedeu-se à construção de outros indicadores: i) proximidade a equipamentos e serviços; ii)

população residente de acordo com as características do tecido urbano.

No primeiro grupo inclui-se a proximidade da população a: creches, unidades de cuidados de saúde e espaços verdes. Para estes, identificou-se, inicialmente, a localização

da oferta (equipamentos e serviços) que, em 2015, se encontravam a funcionar. Elaborou-se, posteriormente, um modelo de acessibilidade que estimou a população residente a menos de 15 minutos a pé do equipamento e/ou serviço mais próximo. Este processo foi desenvolvido através da ferramenta Network Analyst (disponibilizada pela ESRI no sistema de informação geográfica ArcMap 10.2), assumindo uma velocidade média de deslocação a pé de 5 km/hora. Foi utilizada a população residente por subsecção estatística e a rede viária vetorial cedida pela ESRI Portugal.

No cálculo do segundo indicador (população residente de acordo com as características do tecido urbano) estimou-se o número de residentes em tecido urbano contínuo predominantemente vertical, através da identificação das subsecções estatísticas com este perfil.

Quadro 2. Identificação dos indicadores ambientais utilizados e respetivas fontes e ano

Ambiente Socioeconómico			Ambiente Construído		
Indicador	Ano	Fonte	Indicador	Ano	Fonte
Percentagem de idosos	2011	INE	Densidade populacional	2011	INE
Percentagem de idosos que vivem sós	2011	INE	Percentagem de população residente em tecido urbano contínuo predominantemente vertical	2007 2011	DGT INE
Percentagem de famílias monoparentais	2011	INE	Percentagem de população residente a menos de 15 minutos de uma associação	2015 2015 2011	PA CM INE
Percentagem de população residente com o ensino superior	2011	INE	Percentagem de população residente a menos de 15 minutos de uma creche	2015 2015	MSSS INE
Taxa de desemprego	2011	INE	Percentagem de população residente a menos de 15 minutos de uma unidade de cuidados de saúde de proximidade (UCSP)	2015 2011	PS INE
Percentagem de população empregada trabalhadores manuais e não manuais	2011	INE	Percentagem de população residente a menos de 15 minutos de um espaço verde	2007 2011	DGT INE
Percentagem de população sem atividade económica	2011	INE	Percentagem de edifícios a precisar de grandes reparações	2011	INE
Percentagem de população residente com 15 ou mais anos, cujo principal meio de vida é o Rendimento Social de Inserção (RSI)	2011	INE	Percentagem de alojamentos familiares com ar condicionado	2011	INE

3.2 Análise estatística

Os indicadores ambientais selecionados foram submetidos a uma análise exploratória para aferir a existência de auto correlação espacial, através do índice de auto correlação espacial de Moran (I de Moran Global e Local). Para os indicadores que apresentaram auto correlação espacial estatisticamente significativa foram identificadas as aglomerações espaciais de valores similares baixos (*cluster* baixo), elevados (*cluster* alto) e de *outliers* (freguesias com valores anormalmente altos comparativamente com as freguesias vizinhas e vice versa), através da análise espacial local (LISA) (Anselin, 1995).

Os indicadores foram posteriormente submetidos a uma Análise de Componentes Principais (ACP) para agregar informações e simplificar a quantidade de dados. Complementou-se esta análise com o método Classificação Ascendente Hierár-

quica (CAH) de formação de *clusters*, que permitiu a identificação de freguesias de maior vulnerabilidade ambiental. Nesta etapa, optou-se por dividir a análise de acordo com as duas dimensões de indicadores selecionados (indicadores de indivíduo e de contexto), resultando, assim, na criação de dois conjuntos de *clusters*.

4. Resultados

A estatística I de Moran Global foi aplicada às variáveis selecionadas, evidenciando auto correlações espaciais globais positivas ($p\text{-value} < 0,05$) para todos os indicadores. A representação cartográfica dos *clusters* significativos de valores elevados (positivos) permitiu identificar freguesias em que se concentram situações de vulnerabilidade (figura 1 e 2).

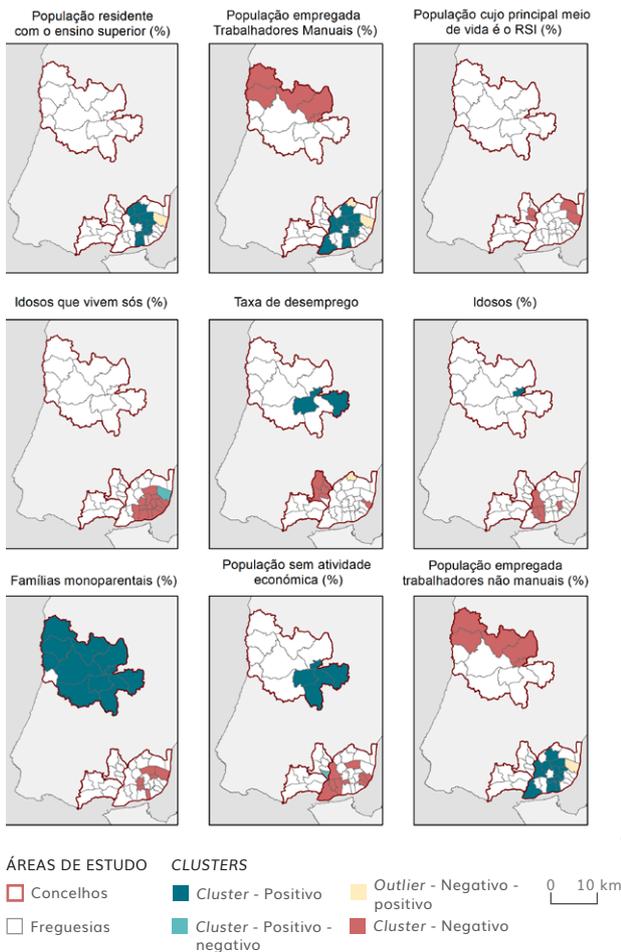


Figura 1. Áreas de vulnerabilidade associadas ao ambiente socioeconómico, segundo *clusters* espaciais LISA, em 2011
 Fonte: elaborado a partir da informação apresentada no quadro 2

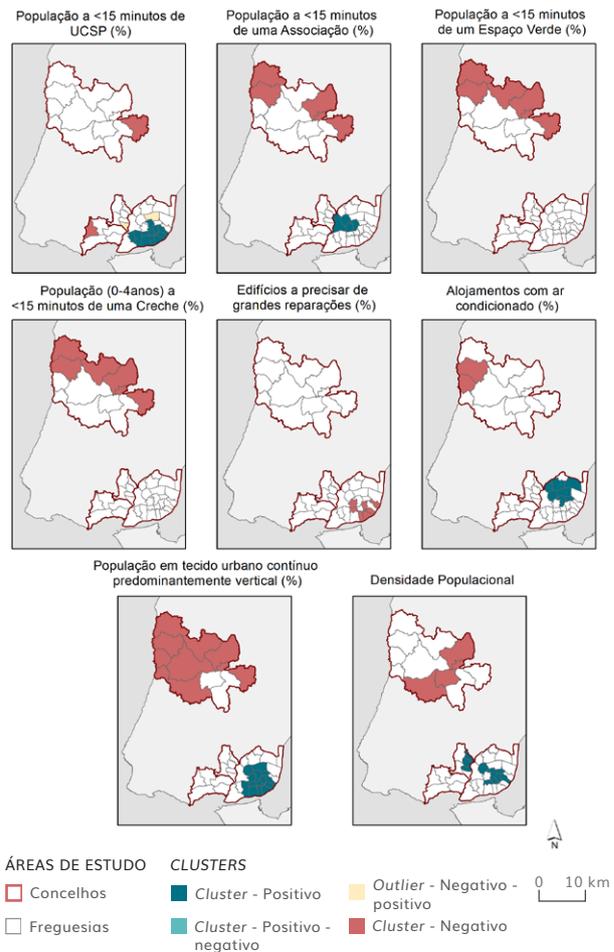


Figura 2. Áreas de vulnerabilidade associadas ao ambiente construído, segundo *clusters* espaciais LISA, em 2011
 Fonte: elaborado a partir da informação apresentada no quadro 2

4.1 Condições de vulnerabilidade associadas ao ambiente socioeconómico

Através do ACP extraíram-se três componentes principais (fatores) que, no seu conjunto, explicam cerca de 89% da variância contida nas variáveis originais. O primeiro fator, de maior poder explicativo (32%), é definido pelos indicadores relativos às características de formação e qualificação da população (ensino superior e trabalhadores não manuais em oposição a trabalhadores manuais). O segundo fator (explicando 30%) representa, principalmente, as características de envelhecimento da população (idosos que vivem sós, população reformada e idosos). O último fator (explicando 27%), de menor poder explicativo, resulta maioritariamente das variáveis económicas, como taxa de desemprego e população que beneficia do Rendimento Social de Inserção.

As três novas variáveis resultantes da ACP foram submetidas à CAH, de que revelou a formação de 3 grupos espaciais de identidades semelhantes (figura 3). Analisando as principais características dos *clusters* formados é possível evidenciar situações de maior vulnerabilidade: *cluster 1* agrupa freguesias que concentram população envelhecida, com baixa escolaridade, pouco qualificada e com elevada taxa de desemprego. Neste *cluster* reside 52% da população da área de estudo, sendo constituído, maioritariamente, por freguesias dos concelhos da Amadora e de Lisboa (quadro 3). O *cluster 2* destaca-se pelas boas condições de escolaridade e qualificação, registando-se níveis intermédios de envelhecimento e desemprego. Quase todas as freguesias do concelho de Oeiras fazem parte deste *cluster*, juntamente com algumas freguesias de Lisboa, onde reside 40% da população. No terceiro *cluster* encontram-se as freguesias com população mais jovem, maioritariamente empregada em profissões manuais

com baixo nível de escolaridade (qualificação). Este *cluster* é formado pelo concelho de Mafra, correspondendo a 8% população total).

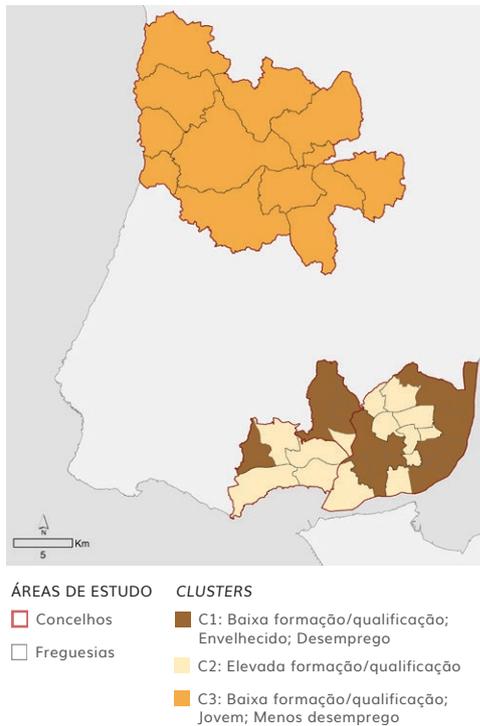


Figura 3. Clusters de vulnerabilidade, associados ao ambiente socioeconómico, resultante da CHA, em 2011
 Fonte: elaborado a partir da informação apresentada no quadro 2

Quadro 3. População residente por Clusters de vulnerabilidade associados ao ambiente socioeconómico, em 2011

	População residente, 2011	%
C1: Baixa formação/qualificação; Envelhecido; Desemprego	506 022	52%
C2: Elevada formação/qualificação	393 934	40%
C3: Baixa formação/qualificação; Jovem; Menos desemprego	76 685	8%

Fonte: elaborado a partir da informação apresentada no quadro 2

4.2 Condições de vulnerabilidade associadas ao ambiente construído

A ACP revela dois fatores que, no seu conjunto, explicam cerca de 76% da variância contida nas variáveis originais. O primeiro fator, de maior poder explicativo (61%), descreve áreas urbanas densas, caracterizadas por tecido urbano contínuo vertical e boas acessibilidades a equipamentos e serviços (creches, associações, espaços verdes, serviços de saúde). O segundo fator traduz

as condições de habitabilidade, sendo definido pela oposição entre os alojamentos familiares com ar condicionado e os edifícios muito degradados (a precisarem de grandes reparações).

Estes fatores foram submetidos a uma CAH, resultando três *clusters* (figura 4). O primeiro *cluster* traduz algumas características de freguesias urbanas: elevada densidade urbana e elevada vulnerabilidade habitacional. Este *cluster* é formado pelas freguesias mais orientais do concelho da Amadora e pelo núcleo antigo de Lisboa, correspondendo a 30% da população residente nos quatro concelhos (quadro 4). O segundo *cluster* representa áreas de transição urbana, entre a urbanização densa e tecido urbano descontínuo, tendo como característica diferenciadora as boas condições de habitação. Integra as freguesias do sul do concelho de Oeiras, a maioria das freguesias de Lisboa e uma freguesia do concelho de Mafra, correspondendo a 60% da população residente nos municípios em estudo. O terceiro *cluster* define-se por freguesias com menor densidade de urbanização e condições de habitação próximas da média da área de estudo. As freguesias que fazem parte deste *cluster* encontram-se maioritariamente no concelho de Mafra e no norte do concelho de Oeiras, onde reside 10% da população residente.

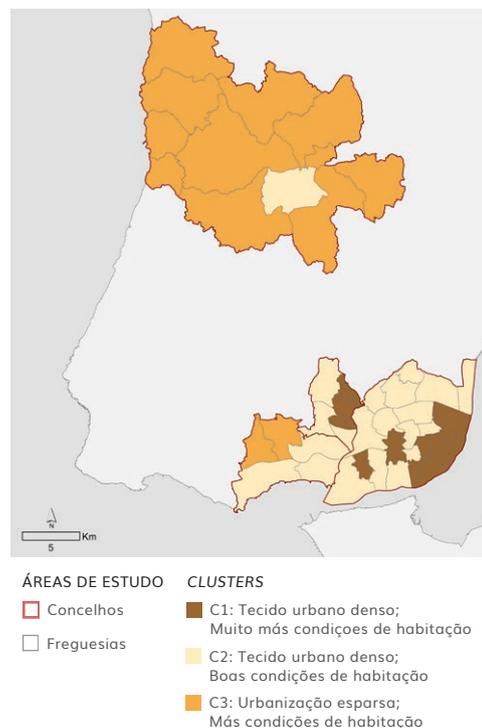


Figura 4. Clusters de vulnerabilidade, associados ao ambiente construído, resultantes da CHA, em 2011
 Fonte: elaborado a partir da informação apresentada no quadro 2

Quadro 4. População residente por *Clusters* de vulnerabilidade associados ao ambiente construído, em 2011

	População residente, 2011	%
C1: Tecido urbano denso; Muito más condições de habitação	293 425	30%
C2: Tecido urbano denso; Boas condições de habitação	585 770	60%
C3: Urbanização esparsa; Más condições de habitação	97 446	10%

Fonte: elaborado a partir da informação apresentada no quadro 2

5. Discussão dos resultados

A literatura tem vindo a colocar em evidência associações estatísticas entre características do ambiente (social, económico, cultural e construído) e a saúde mental. Neste texto apenas são avaliados os fatores de contexto, relativos às condições do ambiente socioeconómico e construído. Os resultados revelam padrões espaciais distintos nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, definidos através da utilização da análise de I de Moran Global e Local (LISA). Verificou-se que as características ambientais se encontram espacialmente concentradas, formando *clusters* que, potencialmente, se poderão constituir como situações de risco para a saúde mental. Estes resultados estão de acordo com o que tem sido evidenciado por outros autores (Chaix et al., 2006; Middleton, Sterne & Gunnell, 2008; Chang et al., 2011).

Clusters (positivos), formados pela concentração espacial de baixos níveis de escolaridade (formação) e de qualificação, desemprego e envelhecimento elevado, sugerem situações de grande fragilidade ambiental. Na literatura, estas características são associadas, estatisticamente, a piores resultados em saúde mental (Artazcoz et al., 2004; Cortès et al., 2004a; Cutler & Lleras-Muney, 2006).

Os resultados da ACP e ACH revelaram que as condições de maior vulnerabilidade socioeconómica surgem, particularmente, no concelho da Amadora (excetuando a freguesia de Alfragide) e, predominantemente, nas freguesias orientais e ocidentais do concelho de Lisboa. Este *cluster*

agrupa freguesias correspondentes a territórios urbanos consolidados (quase sempre localizados no casco antigo da cidade de Lisboa) e outras áreas localizadas na primeira coroa de expansão da cidade de Lisboa, concretamente algumas freguesias da Amadora.

Identificaram-se, simultaneamente, padrões de aglomerações espaciais relativos às características do ambiente construído. A literatura evidencia que algumas delas revelam, potencialmente, forte impacto na saúde mental: más condições de habitação (Evans, Wells & Moch, 2003; Bond et al., 2012), baixa densidade de urbanização e má acessibilidade geográfica a equipamentos e serviços públicos (Sugiyama et al., 2008). Estas condições de fragilidade ambiental são observadas, maioritariamente, nas freguesias do município de Mafra.

Os resultados obtidos, ainda que preliminares e incompletos, permitem sublinhar a necessidade de estudar, de forma mais específica e aprofundada, as características ambientais e os seus impactos na saúde mental, para que se torne possível identificar estratégias que reduzam a vulnerabilidade dos territórios.

Agradecimentos

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do projeto de investigação PTDC/ATP-GEO/4101/2012, SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das Condicionantes Locais e Económicas, e da bolsa de doutoramento SFRH/BD/92369/2013, financiados por Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Agradece-se ao grupo de investigação do projeto SMAILE (Benedetto Saraceno, Carla Nunes, Graça Cardoso, Joana Lima, João Ferrão, José Caldas de Almeida, Manuela Silva, Maria do Rosário Partidário e Pedro Pita Barros) pelos contributos ao longo destes dois anos de desenvolvimento do projeto.

Referências Bibliográficas

- Anselin, L. (1995). Local indicators of spatial association — LISA. *Geographical Analysis*, 27(2), 93–115. doi:10.1111/j.1538-4632.1995.tb00338.x
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortès, I. (2004). Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health*, 94(1), 82–88. doi:10.2105/AJPH.94.1.82
- Barton, H., Grant, M., & Guise, R. (2003). *Shaping Neighbourhoods – a guide for health, sustainability and vitality* (Spon Press). New York.
- Bond, L., Kearns, A., Mason, P., Tannahill, C., Egan, M., & Whitely, E. (2012). Exploring the relationships between housing, neighbourhoods and mental wellbeing for residents of deprived areas. *BMC Public Health*, 12(48), 1–14.
- Burton, I., Kates, R., & White, G. (1993). *The Environment as Hazard* (p.290). New York: Guilford Press.
- Burton, L. (2015). Mental Well-being and the Influence of Place. In H. Barton, S. Thompson, S. Burgess, & M. Grant (Eds.), *The Routledge Handbook of Planning for Health and Well-Being: Shaping a sustainable and healthy future* (Routledge, p. 617). Oxon: Taylor & Francis.
- Chaix, B., Leyland, A. H., Sabel, C. E., Chauvin, P., Råstam, L., Kristersson, H., & Merlo, J. (2006). Spatial clustering of mental disorders and associated characteristics of the neighbourhood context in Malmö, Sweden, in 2001. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 427–435. doi:10.1136/jech.2005.040360
- Chang, S., Sterne, J., Wheeler, B., Lu, T., Lin, J., & Gunnell, D. (2011). Geography of suicide in Taiwan: spatial patterning and socioeconomic correlates. *Health & Place*, 17(2), 641–650. doi:10.1016/j.healthplace.2011.01.003
- Chen, C., & Lopez-Carr, D. (2015). The importance of place: Unraveling the vulnerability of fisherman livelihoods to the impact of marine protected areas. *Applied Geography*, 59, 88–97. doi:10.1016/j.apgeog.2014.10.015
- Cortès, I., Artazcoz, L., Rodríguez-Sanz, M., & Borrell, C. (2004). Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gaceta Sanitaria*, 18(5), 351–359. doi:10.1016/S0213-9111(04)71844-0
- Croucher, K., Wallace, A., & Duffy, S. (2012). *The Influence of Land Use Mix, Density and Urban Design on Health: a critical literature review* (p. 54).
- Curtis, S. (2010). Space, place and mental health. Geographies of health. Surrey: Ashgate.
- Cutler, D., & Lleras-Muney, A. (2006). Education and Health: Evaluating Theories and Evidence. *National Bureau of Economic Research*, 37.
- Cutter, S., Boruff, B., & Shirley, W. (2003). Social vulnerability to environmental hazards. *Social Science Quarterly*, 84(2), 242–261. doi:10.1111/1540-6237.8402002
- Evans, G., Wells, N., & Moch, A. (2003). Housing and mental health: a review of the evidence and a methodological and conceptual critique. *Journal of Social Issues*, 59, 475–500. doi:10.1111/1540-4560.00074
- Fone, D., & Dunstan, F. (2006). Mental health, places and people: a multilevel analysis of economic inactivity and social deprivation. *Health & Place*, 12(3), 332–44. doi:10.1016/j.healthplace.2005.02.002
- Kasperson, J., Kasperson, R., & Turner II, B. (1995). Regions at Risk: Comparisons of Threatened Environments. *Environment*, 38, 4–15, 26–29.
- Kasperson, R., & Kirstin, D. (2005). Vulnerable peoples and places. In M. E. Assessment (Ed.), *Ecosystems and human well-being: current state and trends : findings of the Condition and Trends Working Group* (pp. 143–164). Washington. doi:10.1016/j.fm.2010.10.016
- Kubzansky, L., Subramanian, S., Kawachi, I., Fay, M., Soobader, M., & Berkman, L. (2005). Neighborhood contextual influences on depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 162, 253–260. doi:10.1093/aje/kwi185
- Ludwig, J., Duncan, G., Gennetian, L., Katz, L., Kessler, R., Kling, J., & Sanbonmatsu, L. (2012). Neighborhood Effects on the Long-Term Well-Being of Low-Income Adults. *Science*, 337 (6101), 1505-1510. doi:10.1126/science.1224648
- Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine*, 55, 125–139. doi:10.1016/S0277-9536(01)00214-3
- Middleton, N., Sterne, J. A., & Gunnell, D. J. (2008). An atlas of suicide mortality: England and Wales, 1988-1994. *Health & Place*, 14(3), 492–506. doi:10.1016/j.healthplace.2007.09.007
- Ostir, G., Eschbach, K., Markides, K., & Goodwin, J. (2003). Neighbourhood composition and depressive symptoms among older Mexican Americans. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 987–992. doi:10.1136/jech.57.12.987
- Reid, C., O'Neill, M., Gronlund, C., Brines, S., Brown, D., Diez-Roux, A., & Schwartz, J. (2009). Mapping community determinants of heat vulnerability. *Environmental Health Perspectives*, 117(11), 1730–1736. doi:10.1289/ehp.0900683

Santana, P. (2009). Urbanização e Saúde. *Janus*, 1–7.

Santana, P., Nogueira, H., Costa, C., & Santos, R. (2007). Identificação das vulnerabilidades do ambiente físico e social na construção da Cidade Saudável. In *A Cidade e a Saúde* (Almedina, pp. 165–181). Coimbra.

Sarkar, C., Webster, C., & Gallacher, J. (2014). *Healthy Cities: Public Health Through Urban Planning* (Edward Elg).

Sugiyama, T., Leslie, E., Giles-Corti, B., & Owen, N. (2008). Associations of neighbourhood greenness with physical and mental health: do walking, social coherence and local social interaction explain the relationships? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, e9. doi:10.1136/jech.2007.064287

Sundquist, K., & Ahlen, H. (2006). Neighbourhood income and mental health: a multilevel follow-up study of psychiatric hospital admissions among 4.5 million women and men. *Health & Place*, 12(4), 594–602.

LEGISLAÇÃO

Lei n.º 11-A/2013, de 28 de janeiro (consultada em 15 setembro de 2015)

2.1 A saúde mental e a crise económica

Manuela Silva ⁽¹⁾, Graça Cardoso ^(1, 2), Benedetto Saraceno ⁽²⁾ e José Caldas de Almeida ^(1, 2)

(1) Centro de Estudos de Doenças Crónicas (CEDOC), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

(2) Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

DOI: http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1_5

As crises económicas são consideradas períodos de alto risco para o bem-estar mental da população e, desde o início da atual crise económica, vários autores e várias organizações, nacionais e internacionais, vêm alertando para a necessidade de considerar este risco e de tentar minorar o seu impacto. A investigação sugere que as dificuldades financeiras e a incerteza económica aumentam a vulnerabilidade a problemas de saúde mental. Fatores como o desemprego, o empobrecimento, o endividamento e a perda de estatuto socioeconómico estão associados ao agravamento de perturbações depressivas, perturbações de ansiedade, consumo de substâncias e suicídio.

As sociedades podem ser mais ou menos resistentes às crises económicas. A evidência disponível indica que políticas contracíclicas que apoiem as redes de saúde e de segurança social podem minorar os potenciais efeitos negativos da recessão. Cuidados de saúde acessíveis e programas ativos do mercado de trabalho, de apoio familiar e de alívio da dívida são algumas das recomendações para minimizar os riscos acrescidos para a saúde mental durante as recessões.

Economic crises are periods of high risk for mental well-being. Since the beginning of the current economic crisis, several experts and organisations, both national and international, have pointed out the need to address this risk and minimize its impact.

Research suggests that financial hardship and economic uncertainty increase the vulnerability to mental health problems. Factors such as unemployment, impoverishment, indebtedness, and loss of socioeconomic status are associated with depressive disorders, anxiety disorders, substance abuse and suicide.

Societies can be more or less resistant to economic crises. Evidence indicates that the potential negative effects of recessions can be mitigated by countercyclical policies that may support health and social safety nets. Accessible health care, active labour market support programmes, family and parenting support programmes and debt relief programmes are some of the recommendations to minimize the increased mental health risks during downturns.

1. Introdução

Desde 2008, muitos países vivem uma grave crise econômica, com queda significativa na atividade econômica, aumento do desemprego e da pobreza e cortes significativos nos gastos públicos.

Tem suscitado preocupação o impacto que a atual crise econômica poderá ter na saúde mental. Na verdade, existe a percepção geral, não apenas no meio acadêmico e no meio científico, que a saúde mental é precoce e particularmente atingida pela incerteza e pelas mudanças adversas de estatuto socioeconômico que acompanham uma crise econômica.

Este artigo pretende reunir a evidência científica sobre o impacto da crise econômica na morbidade psiquiátrica e perceber quais os mecanismos mediadores e moderadores dessa relação. Tem também por objetivo sistematizar as estratégias e intervenções que comprovadamente contribuem para a redução dos efeitos adversos da crise econômica na saúde mental.

2. Que impacto tem a crise econômica na saúde mental?

A saúde mental, que é muito mais do que a mera ausência de doença mental, é a base do bem-estar e do funcionamento equilibrado dos indivíduos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental é um estado de bem-estar subjetivo, que permite que o indivíduo concretize as suas potencialidades intelectuais, estabeleça relações interpessoais satisfatórias, enfrente as crises da sua vida, trabalhe de forma produtiva e dê um contributo para a sua comunidade (WHO 2014).

Os estudos epidemiológicos têm demonstrado que as perturbações psiquiátricas e as relacionadas com a utilização de álcool e de outras substâncias estão entre as principais causas da carga global das doenças, tendo aumentado 37,6% entre 1990 e 2010 (Whiteford et al. 2015). Em 2010, representaram 10,4% da carga global de doença (DALYs), 2,3% do número global de anos perdidos por morte prematura como consequência da

doença (YLLs) e 28,5% do número global de anos vividos com incapacidade (YLDs), tendo sido a principal causa de anos vividos com incapacidade (Whiteford et al. 2015).

“O bem-estar mental ou psicológico é influenciado não só por características ou atributos individuais, mas também pelas circunstâncias socioeconômicas em que as pessoas se encontram e pelo ambiente mais amplo em que vivem” (WHO 2012). Assim, a saúde mental de uma pessoa num determinado momento da sua vida é determinada por múltiplos fatores, que são sociais, psicológicos e biológicos.

Pobreza (Bruce, Takeuchi & Leaf 1991; Martikainen et al. 2003; WHO 2004), períodos de insegurança econômica (Fisher & Baum 2010), dificuldades financeiras (Zimmerman & Katon 2005; Skapinakis et al. 2006; Jenkins et al. 2008; Molarius et al. 2009), um baixo nível de educação (Power & Manor 1992; Dalgard et al. 2007), falta de apoio social (Stansfeld 1999), a exclusão social (Weich & Lewis 1998; Muntaner et al. 2004), controlo reduzido sobre o trabalho e a vida familiar (Ferrie et al. 2002), acontecimentos de vida críticos (Kendler, Kuhn & Prescott 2004), abuso ou negligência infantil (Schilling, Aseltine & Gore 2008; Kessler et al. 2010), insegurança laboral (Reine, Novo & Hammarström 2008) e desemprego (Montgomery et al. 1999) são riscos psicossociais que se acumulam ao longo da vida e que aumentam a probabilidade de uma pessoa ter problemas de saúde mental e morte prematura. Quanto maior a desvantagem social mais frequentes são estes fatores de risco, explicando a maior vulnerabilidade aos problemas de saúde mental.

A investigação indica que períodos de rápida mudança econômica e de mudança adversa do estatuto socioeconômico se traduzem em riscos adicionais para a saúde mental (Friedman & Thomas 2008). Como resultado da grave recessão econômica que atualmente vivemos, desencadeada pela crise financeira em 2008 nos EUA, observou-se em vários países uma baixa sustentada do Produto Interno Bruto, uma redução dos gastos públicos em saúde por pes-

soa e uma diminuição do compromisso dos governos com a saúde (WHO Regional Office for Europe 2014). Desde 2007 assistiu-se na União Europeia a uma subida das taxas de desemprego, a uma descida do rendimento médio, principalmente das pessoas já com menores rendimentos, e ao aumento da desigualdade de rendimentos. Muitas pessoas e famílias enfrentam hoje crescente pressão financeira e insegurança, com um aumento da percentagem de pessoas em risco de pobreza ou de exclusão social, e com um risco acrescido de viver problemas de saúde mental (WHO Regional Office for Europe 2014). Os efeitos negativos da crise são suscetíveis de se concentrar em alguns dos grupos mais vulneráveis, menos visíveis na sociedade e mais difíceis de alcançar pelos investigadores (WHO Regional Office for Europe 2012).

Em Portugal, como em muitos outros países, as principais consequências da crise têm sido a redução dos rendimentos, o aumento do desemprego e os cortes nos orçamentos das políticas públicas. Já antes do início da crise económica era conhecida a grave situação da saúde mental dos portugueses: o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, realizado em 2009, mostrou uma prevalência anual de 22,9% e uma prevalência ao longo da vida de 42,7% para as perturbações psiquiátricas em Portugal, situando-se entre as taxas de prevalência mais elevadas na Europa (Caldas-de-Almeida & Xavier 2013). Por esta razão, há uma particular preocupação quanto aos potenciais efeitos negativos da atual crise económica na saúde mental dos portugueses. É plausível supor que estará a aumentar a exclusão social dos grupos vulneráveis (crianças, idosos, famílias monoparentais, desempregados, minorias étnicas, migrantes, sem-abrigo e utilizadores de substâncias), das pessoas de baixos rendimentos e das pessoas que vivem perto do limiar de pobreza, aumentando as desigualdades em saúde.

Fizemos uma revisão da literatura para resumir o que se sabe sobre o impacto das crises económicas na saúde mental da população.

2.1 Evidência de recessões anteriores

A experiência de anteriores crises económicas (Grande Depressão, choques do petróleo da década de 70, o colapso da União Soviética e a crise do Sudeste Asiático de 1997) sugere que as recessões, especialmente quando acompanhadas por aumento do desemprego, são prejudiciais para a saúde mental.

A crises económicas são um claro risco para o aumento do suicídio e da mortalidade relacionada com o álcool (Stuckler et al. 2009; Stuckler, Basu & McKee 2010; Suhrcke et al. 2011). Foi o que se observou durante a Grande Depressão nos Estados Unidos em 1929-1937, apesar de então ter havido uma diminuição da mortalidade global por redução das doenças infecciosas e dos acidentes rodoviários (Fishback, Haines & Kantor 2007). A recessão após o colapso da União Soviética, no início dos anos 90, traduziu-se em aumentos da mortalidade global de até 20% em alguns países (Stuckler, King & McKee 2009). É interessante perceber que as consequências adversas das rápidas reformas económicas na ex-União Soviética foram menores nos países em que muitas pessoas eram membros de organizações sociais, como sindicatos, grupos religiosos ou clubes desportivos (Stuckler, King & McKee 2009).

Os dados disponíveis sugerem que a crise económica do Sudeste Asiático da década de 90 aumentou as desigualdades na depressão relacionadas com o rendimento (Hong, Knapp & McGuire 2011) e a mortalidade por suicídio em alguns países (Chang et al. 2009). Este aumento da mortalidade por suicídio esteve associado ao aumento do desemprego. Saliente-se que as diferentes estratégias de recuperação dos países afetados se traduziram em diferentes resultados em saúde: a Tailândia e a Indonésia, que reduziram os gastos com a proteção social, tiveram aumentos da mortalidade global no curto prazo, enquanto que a Malásia, que manteve os programas de proteção social, não teve mudanças evidentes nas taxas de mortalidade (Waters, Saadah & Pradhan 2003; Hopkins 2006).

2.2 Evidência desta crise

Ainda não é conhecido o impacto integral da crise económica de 2008 na saúde, mas começam a surgir relatos de efeitos negativos na saúde mental. Tem havido um aumento significativo no número de suicídios em alguns países da União Europeia, muitas vezes revertendo uma anterior tendência constante de queda, e há alguma evidência de um aumento na prevalência de perturbações psiquiátricas (WHO Regional Office for Europe 2012). É importante repetir que as pessoas de grupos vulneráveis podem ser mais negativamente afetadas do que a população geral e que esta informação fica escondida nos dados agregados (WHO Regional Office for Europe 2012).

Os estudos realizados na Grécia, o país europeu mais atingido pela crise financeira, apontam para um agravamento da saúde mental da população (Economou et al. 2011; Madianos et al. 2011). Estudos transversais de âmbito nacional realizados em 2008 e 2009 (Madianos et al. 2011) e em 2011 (Economou et al. 2013a) encontraram uma associação entre depressão major e crise económica, particularmente no grupo das pessoas com dificuldades económicas graves.

Um estudo realizado nos cuidados de saúde primários em Espanha, em 2006-2007 e em 2010-2011, concluiu ter havido um aumento significativo da prevalência da maioria das perturbações psiquiátricas (Gili et al. 2013). O desemprego, as dificuldades de pagamento de hipotecas e os despejos foram os principais fatores de risco. Outros estudos em Espanha mostraram um agravamento da saúde mental nos homens (Bartoll et al. 2014) e nos trabalhadores migrantes (Agudelo-Suárez et al. 2013). Na Eslovénia, a sintomatologia depressiva e ansiosa aumentou significativamente após a crise económica entre os trabalhadores do setor privado e do setor público (Avčín et al. 2011). Um inquérito epidemiológico em Inglaterra concluiu que a saúde mental nos homens se deteriorou nos dois anos após o início da atual recessão (Katikireddi, Niedzwiedz & Popham 2012). Estudos em Alberta, Canadá (Wang et al. 2010) e em Hong Kong, China (Lee et al. 2010), concluíram que a atual crise econó-

mica esteve associada a um aumento no risco de perturbação depressiva major. Na Irlanda, a felicidade média auto-avaliada diminuiu de forma constante e significativa entre 2005 e 2012 e a utilização de medicação sedativa e tranquilizante (mas não de antidepressivos) aumentou (Kelly e Doherty 2013). Na Islândia, o sofrimento psicológico pode ter aumentado após o colapso económico, especialmente entre as mulheres de grupos economicamente vulneráveis (Hauksdóttir et al. 2013). Em Portugal houve entre 2004 e 2012 um aumento na incidência anual estimada de primeiros episódios de depressão nos cuidados de saúde primários (Rodrigues et al. 2014). Em 2011, 2012 e 2013 verificou-se um aumento do registo de utentes com perturbações mentais nos cuidados de saúde primários em todos os diagnósticos, nas cinco regiões de saúde de Portugal Continental (DGS 2014).

Devido aos grandes atrasos na publicação de dados de mortalidade em muitos países, apenas se podem tirar conclusões preliminares sobre os efeitos da atual crise na Europa. No entanto, a investigação até à data confirma um aumento no número de suicídios nos países mais afectados (Stuckler et al. 2011). Após a crise económica de 2008, as taxas de suicídio aumentaram em 54 países europeus e americanos, particularmente nos homens e nos países com níveis mais elevados de perda de emprego (Chang et al. 2013). Antonakakis & Collins (2015) investigaram o impacto da austeridade fiscal na mortalidade por suicídio em cinco países periféricos da Zona Euro (Grécia, Irlanda, Itália, Portugal e Espanha), no período 1968-2012. Controlando várias diferenças socioeconómicas, estes autores concluíram que a austeridade esteve associada a aumentos do suicídio em homens do grupo 65-89 anos, a curto, médio e longo prazo. Observou-se um aumento das taxas de suicídio na Grécia (Simou & Koutsogeorgou 2014), na Irlanda (Kelly & Doherty 2013) e nos EUA (Reeves et al. 2012), bem como da taxa de suicídio masculino em Inglaterra (Barr et al. 2012) e em Itália (Pompili et al. 2014). Em Portugal, entre 2008 e 2012 verificou-se uma mudança nos padrões do suicídio que provavelmente se deve à crise económica: a tradicional oposição norte/sul ate-

nuou-se, o padrão urbano/rural acentuou-se e quanto maior a ruralidade e a privação material, maior foi o risco de suicídio nos homens, mas não nas mulheres (Santana et al. 2015).

Estudos nacionais mostram que na Grécia houve um aumento substancial na prevalência de ideação suicida e de tentativas de suicídio reportadas (Economou et al. 2013b), enquanto que em Espanha a atual prevalência de ideação suicida e de tentativas de suicídio é semelhante à encontrada há dez anos (Miret et al. 2014).

3. Porque é que a crise económica tem impacto na saúde mental?

É fundamental perceber quais os mecanismos mediadores e moderadores do impacto da crise económica na saúde mental para poder desenhar estratégias e implementar intervenções efetivas que reduzam os efeitos adversos.

Em períodos de crise económica, os fatores protetores da saúde mental são enfraquecidos, os fatores de risco são reforçados e a saúde mental é negativamente afetada. À medida que o nível socioeconómico decresce, devido ao desemprego, empobrecimento e endividamento, as pessoas vivem maior incerteza, insegurança e perda, instalando-se a desesperança e os problemas de saúde mental. À subjetividade dos sentimentos de incerteza (financeira, laboral, em relação ao futuro) e de perda (de rendimento, de emprego, de rede social, de estatuto socioeconómico, de autoestima) associa-se muitas vezes um acesso a cuidados de saúde que é objetivamente inadequado e tardio, culminando no estabelecimento e/ou agravamento de uma perturbação psiquiátrica.

3.1 Pobreza e baixo estatuto socioeconómico

A investigação tem mostrado que o conceito de “pobreza” deve ser ampliado, não se podendo limitar ao indicador “rendimento”. Assim, do ponto de vista epidemiológico, pobreza equivale a baixo

estatuto socioeconómico (ESE), ou seja, baixo rendimento, desemprego, baixo nível de educação e baixa posição da família na hierarquia social.

Existe uma relação estreita entre pobreza, problemas de saúde mental e perturbações psiquiátricas. Desde o início dos anos setenta, vários autores têm demonstrado que o estatuto socioeconómico está inversamente relacionado com as taxas de prevalência de perturbações psiquiátricas, como esquizofrenia e depressão major (Dohrenwend & Dohrenwend 1969; Dohrenwend & Dohrenwend 1974; Kohn, Dohrenwend & Mirotznik 1998; Husain, Creed & Tomenson 2000). Foi claramente demonstrado por Patel et al. (1999) e por Patel e Kleinman (2003) que as chamadas “doenças mentais comuns” são cerca de duas vezes mais frequentes nos pobres do que nos ricos e que a depressão é 1,5 a 2 vezes mais prevalente no grupo de mais baixo rendimento de uma determinada população. Estudos epidemiológicos na comunidade em diversos países e ao longo do tempo têm consistentemente identificado uma associação inversa entre o estatuto socioeconómico e as taxas de prevalência de esquizofrenia. Uma revisão crítica de Saraceno, Levav e Kohn (2005) mostrou que as pessoas de estatuto socioeconómico mais baixo têm um risco relativo de esquizofrenia 8 vezes superior ao das pessoas com ESE mais elevado (Holzer, Shea and Swanson 1986). As pessoas com esquizofrenia, quando comparadas com pessoas sem doença mental, têm 4 vezes maior probabilidade de estarem desempregadas (Robins, Locke and Regier 1991) e 3 vezes maior probabilidade de serem divorciadas (Cohen 1993).

O facto da prevalência de doença mental ser mais elevada em pessoas de estatuto socioeconómico mais baixo sugeriu que este poderia ser um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, devido à associação entre baixo estatuto socioeconómico e maior adversidade ambiental — a chamada “explicação de causalidade social”. No entanto, esta explicação foi seriamente contestada com o argumento de que a prevalência de doença mental seria superior nos grupos de estatuto socioeconómico mais baixo simplesmente porque as pessoas com doença

“desceriam” para grupos de estatuto socioeconómico inferior — “explicação de seleção social”. A hipótese da seleção social na esquizofrenia é apoiada por vários estudos, que mostram que as pessoas com esta doença “descem” ou não conseguem “subir” de um estatuto socioeconómico mais baixo. Como afirmado por Dohrenwend et al. (1992): “embora esta evidência deva ser confirmada em diferentes locais, com diferentes grupos étnicos, fornece suporte preliminar à explicação de seleção social”. A hipótese da causalidade social na depressão é apoiada pela maioria, mas não todos, os inquéritos epidemiológicos.

Uma revisão sistemática da literatura sobre a associação entre pobreza e doença mental comum em países em desenvolvimento concluiu que o baixo nível de educação era o indicador de pobreza mais consistentemente associado ao risco de doença mental (Patel & Kleinman 2003). Esta revisão de artigos que exploraram o mecanismo de associação entre pobreza e doença mental comum sugeriu um fraco nível de evidência para apoiar uma associação específica apenas entre pobreza e nível de rendimento. “Fatores como a experiência de insegurança e de desesperança, a mudança social rápida e os riscos de violência física e de problemas de saúde podem explicar a maior vulnerabilidade dos pobres às doenças mentais comuns” (Patel & Kleinman 2003). Outros estudos, em países desenvolvidos, têm demonstrado uma associação entre o baixo rendimento e a depressão (Kahn et al. 2000), havendo pouca evidência de uma associação entre a desigualdade de rendimentos e as doenças mentais comuns (Sturm & Gresenz 2002).

Como já foi referido, a educação desempenha um papel fundamental na associação entre a pobreza e as perturbações psiquiátricas: o analfabetismo (Araya et al. 2001; Araya et al. 2003) e um baixo nível de educação (Araya et al. 2003) são fatores de risco bem estabelecidos para problemas de saúde mental, e alguns estudos têm demonstrado até uma relação dose-resposta entre o nível de escolaridade e o risco de doença mental comum (Araya et al. 2001). Não há dúvida de que o baixo nível de educação pode representar um sério obstácu-

lo ao acesso ao mercado de trabalho e, consequentemente, a recursos financeiros (Husain, Creed & Tomenson 2000).

A fome, as condições precárias de habitação e as dívidas (Turunen & Hiilamo 2014) são igualmente fatores de risco significativos para as doenças mentais comuns.

Em conclusão, todas as desigualdades sociais e, de forma mais geral, todas as condições de exclusão e de sofrimento social podem fazer parte de um conceito mais amplo de pobreza e da sua associação com as doenças mentais.

De um ponto de vista epidemiológico e clínico, é importante perceber se a pobreza também afeta o curso e o prognóstico das doenças mentais. Saraceno e Barbui (1997) argumentaram que a existência de uma associação entre o estatuto socioeconómico e a evolução implicaria que as doenças mentais, como a depressão e a esquizofrenia, não poderiam ser geridas sem ter em consideração o ambiente de pobreza, incluindo a “pobreza de cuidados de saúde mental e de serviços relacionados”. Em paralelo com a hipótese etiológica biopsicosocial clássica, Saraceno (2004) defendeu ser necessário idêntico paradigma para a intervenção terapêutica: “A dimensão social da doença mental deve ser um componente intrínseco da intervenção e não apenas uma concessão ao modelo etiológico”, requerendo uma dimensão social do tratamento.

3.2 Desemprego

A evidência sugere que perder o emprego e estar desempregado aumenta o risco de problemas de saúde mental (Araya et al. 2003; WHO Regional Office for Europe 2012; Van Hal 2015). Vários estudos demonstraram que as pessoas desempregadas, quando comparadas com as pessoas com emprego, têm piores resultados em vários indicadores de saúde mental, com diferenças significativas em sintomas depressivos, sintomas de ansiedade, sintomas psicossomáticos, bem-estar subjetivo e autoestima (Paul, Geithner & Moser 2009; Uutela 2010). Quanto

maior a duração do desemprego, piores as suas consequências para a saúde mental. Para além disso, o efeito do desemprego na saúde mental é mais negativo em países com baixo nível de desenvolvimento económico, distribuição desigual dos rendimentos ou reduzidos sistemas de proteção de desemprego. Uma limitação de muitos destes estudos é o facto de se focarem na taxa de desemprego como a variável independente, quando o impacto da contração económica pode envolver elementos complexos, como a perda de investimento, a redução de rendimentos, o aumento do volume de trabalho e alterações do horário de trabalho.

A insegurança laboral está também significativamente associada às doenças mentais comuns (Ten Have, Van Dorsselaer & De Graaf 2015).

Como afirmam Patel e Kleinman (2003), "a investigação epidemiológica em muitos países em desenvolvimento tem atribuído as elevadas taxas de doença mental comum a fatores como a discriminação, o desemprego e viver um período de mudança social rápida e imprevisível".

O desemprego está também associado a uma maior utilização de cuidados de saúde e a taxas de mortalidade mais elevadas. Stuckler et al. (2009) investigaram de que forma as mudanças económicas na Europa nas últimas três décadas afetaram as taxas de mortalidade. Verificaram que aumentos rápidos e importantes do desemprego se associaram a subidas a curto prazo dos suicídios nos homens em idade ativa e nas mulheres. Para cada 1% de aumento do desemprego encontraram uma subida de 0,79% do suicídio em idades inferiores aos 65 anos. Estes efeitos adversos no suicídio eram mitigados quando havia um elevado investimento em programas ativos do mercado de trabalho (>\$190 por pessoa).

A associação entre desemprego e problemas de saúde mental também existe no sentido inverso, ou seja, ter problemas de saúde mental é um preditor significativo de desemprego (WHO 2012) e os períodos de crise económica podem agravar a exclusão social das pessoas com problemas de saúde mental (Evans-Lacko et al. 2013).

3.3 Dificuldades financeiras

As recessões podem prejudicar a saúde mental através de reduções na segurança financeira do agregado familiar, particularmente como resultado da perda de emprego.

Alguns estudos demonstraram uma associação significativa entre as doenças mentais comuns e a insegurança financeira e a diminuição drástica do rendimento. Araya et al. (2003) encontraram uma forte relação entre a redução abrupta de rendimento nos últimos seis meses e o risco de doença mental. Sundar (1999) estudou o suicídio de agricultores indianos e concluiu que o fenómeno (também estudado em países como o Chile, o Sri Lanka e alguns países da América Central) poderia ser visto como evidência do impacto da insegurança financeira na saúde mental. Diversos estudos (McLaughlin et al. 2012; Keene et al. 2015; Tsai 2015) encontraram uma associação entre a dificuldade no pagamento de hipotecas e/ou despejos e o risco de ter problemas de saúde mental. Esta associação seria mediada por sentimentos de estigmatização, vergonha, ocultação e isolamento (Keene et al. 2015) e pela crescente degradação do ambiente dos bairros de habitação (Tsai 2015). Como observado por Patel e Kleinman (2003), o impacto psicológico de viver na pobreza é muitas vezes mediado pela vergonha, o estigma e a humilhação da pobreza (Narayan et al. 2000).

4. O que fazer para reduzir o impacto da crise económica na saúde mental?

Analisando alguns exemplos de crises económicas passadas, concluímos que os resultados em saúde após uma recessão podem variar, dependendo em parte do contexto e das causas da crise, mas também da resposta do país. Assim, a partir do conhecimento das consequências esperadas e dos mecanismos que associam a crise económica à saúde mental, é preciso ação política para minorar os potenciais efeitos negativos da atual recessão. Os efeitos da crise económica na saúde mental podem não se manifestar de

imediatamente, pelo que é também essencial manter uma monitorização atenta da situação. A incapacidade de vigiar e de agir terá graves consequências, em termos humanos e económicos.

4.1 Melhorar a organização dos serviços de saúde

Durante as crises económicas, as populações têm maior necessidade de cuidados de saúde mental acessíveis, descentralizados e de qualidade. Dramaticamente, a redução dos orçamentos para as políticas públicas tem tido como consequência o corte nos gastos públicos com saúde nos países da OCDE (WHO Regional Office for Europe 2014), afetando a prestação de cuidados de saúde mental quando estes são mais cruciais. Infelizmente, essa redução dos orçamentos da saúde tem sido acompanhada de reestruturações dos serviços apenas guiadas pela poupança imediata, sem reformas do sistema de saúde baseadas na evidência.

Porém, em tempos de crise económica é particularmente importante melhorar a organização dos serviços de saúde (Wahlbeck & McDaid 2012). Para que isso se verifique, é fundamental que o poder político tenha prioridades claras e baseadas na evidência, bem como sensibilidade para o risco de opções erradas aumentarem as desigualdades em saúde, as necessidades não atendidas de cuidados de saúde e os problemas de saúde mental. É preciso mobilizar para o setor da saúde mental recursos financeiros públicos que sejam adequados e estáveis, sem passar os custos dos cuidados de saúde para os utentes e para as famílias. É desejável que os orçamentos sejam transparentes e gastos de forma eficiente e sem desperdícios. São fundamentais políticas contracíclicas de saúde que assegurem a cobertura universal de cuidados de saúde mental e que acelerem as reformas dos serviços (Wahlbeck & McDaid 2012).

Para responder às necessidades que surgem em tempos de crise económica, é essencial apostar nos cuidados de saúde mental na comunidade, em soluções inovadoras de proximidade e na integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. É crucial que os serviços de saúde men-

tal se adequem às mudanças sociais, laborais e de estatuto socioeconómico da população, que melhorem a deteção precoce dos problemas de saúde mental, da ideação suicida e do consumo excessivo de álcool e que dêem particular atenção aos grupos mais vulneráveis e à prevenção.

Durante as crises económicas fica particularmente evidente a insuficiência do modelo biomédico em dar resposta às necessidades da população. O paradigma biomédico é linear (danos do sistema nervoso central provocam uma condição de doença e o tratamento visa reparar esse dano), individualista (a saúde e a doença são determinadas pelo acesso a meios de tratamento e os recursos são destinados exclusivamente ao indivíduo) e não contextual (ignora as interações entre o indivíduo e seu ambiente). As ciências provaram a complexa interação entre genes, cérebro e meio ambiente. O modelo biomédico é simples, reconfortante e rápido, mas exclui uma abordagem mais abrangente, que considere a dimensão social do tratamento. A mudança de uma abordagem biomédica para uma abordagem biopsicossocial e para uma psiquiatria assente num paradigma de saúde pública levaria a importantes mudanças na formulação de políticas de saúde mental, na prática diária dos serviços e no estatuto social e no papel dos psiquiatras. Tais mudanças implicariam o empoderamento (*empowerment*) das profissões não médicas e dos utilizadores e das suas famílias. Implicariam também o reconhecimento da importância da comunidade e da cooperação entre setores (como a segurança social, a educação e a economia em geral) para a concretização dos cuidados. Em outras palavras, a dimensão biopsicossocial exige uma visão muito mais complexa e orientada para a comunidade.

4.2 Reforçar as políticas de proteção social

A evidência demonstra que as populações dos países com sistemas de proteção social mais fortes são aquelas cuja saúde mental é menos afetada pelas crises económicas e que diferentes respostas políticas às crises económicas podem resultar em diferentes resultados de saúde ao ní-

vel populacional (Van Hal 2015). A Organização Mundial de Saúde e diversos especialistas vêm defendendo a necessidade de políticas contracíclicas de proteção social, de redes de segurança social para os grupos mais vulneráveis e de programas ativos de emprego para os desempregados de forma a reduzir os efeitos negativos da crise sobre a saúde (Uutela 2010). Todas as propostas se baseiam num vasto corpo de literatura que indica que o investimento em medidas de apoio social é protetor da saúde mental, custo-efetivo e tem ganhos económicos a longo prazo que superam os custos imediatos.

Os programas ativos do mercado de trabalho têm por objetivo ajudar as pessoas a manter o emprego e a melhorar as perspetivas de que os desempregados encontrem um emprego remunerado. Estes programas incluem os serviços públicos de emprego, a formação para o mercado de trabalho, programas especiais para os jovens na transição da escola para o trabalho e programas para promover o emprego de pessoas com deficiência. Incluem ainda o apoio psicológico a grupos de pessoas desempregadas para promover a saúde mental e aumentar as taxas de reemprego (Wahlbeck & McDaid 2012).

Os programas de apoio à família incluem o apoio nos custos da educação dos filhos e nas despesas relacionadas com a maternidade e a licença parental (Wahlbeck & McDaid 2012).

Os programas de alívio da dívida pretendem orientar as pessoas para que não se sobreendividem, ajudar a enfrentar a dívida incontroável e apoiar no regresso a uma vida digna e economicamente ativa. Estes programas têm sido destacados como fundamentais para proteger a saúde mental. Também pode ser útil o acesso ao microcrédito, através de organizações como as cooperativas de crédito (Wahlbeck & McDaid 2012).

Particularmente importantes em tempos de crise são também as intervenções de combate à exclusão económica e de promoção da participação social dos indivíduos com problemas de saúde mental (Van Hal 2015).

4.3 Controlar o preço e a disponibilidade do álcool

Embora por vezes politicamente difícil de implementar, a decisão política de aumentar o preço do álcool e de restringir a sua disponibilidade resulta numa redução do consumo e dos riscos e das mortes associados às perturbações de utilização do álcool. Estas políticas de controlo devem ser complementadas com o acesso a intervenções dirigidas à patologia associada ao consumo de álcool (Wahlbeck & McDaid 2012).

4.4 Promover o reforço do capital social

O capital social é um importante fator de proteção, que deve ser reforçado em tempos de crise económica. A integração em redes sociais, como sindicatos, grupos religiosos ou clubes desportivos, a participação em atividades de grupo e a perceção de se ser útil na comunidade parecem constituir uma rede de segurança contra o efeito adverso na saúde mental das rápidas mudanças macroeconómicas (Wahlbeck & McDaid 2012).

4.5 Garantir uma cobertura responsável dos suicídios pelos media

Durante as crises económicas deve ser dada uma atenção especial à cobertura pelos *media* das notícias sobre suicídios. Se as notícias forem sensacionalistas ou fizerem descrições detalhadas, podem contribuir para o aumento do número de suicídios. Deve ser implementada uma estreita colaboração entre representantes dos meios de comunicação social e especialistas em saúde mental e devem ser acordadas em comum *guidelines* para as notícias sobre suicídios (Wahlbeck & McDaid 2012).

5. Conclusão

Este artigo procurou responder às questões de qual o impacto da crise económica na saúde mental, como é que se explica esse impacto e o que fazer para o minorar.

As crises económicas, por se traduzirem em desemprego, empobrecimento e insegurança, têm repercussões na saúde mental das pessoas, havendo um risco acrescido de perturbações depressivas e de ansiedade, do consumo de substâncias e de suicídio. Alguns grupos são mais vulneráveis ao efeito das crises económicas, nomeadamente o das pessoas que ficam desempregadas e o das pessoas com dívidas e dificuldades financeiras. São também mais vulneráveis os grupos com maior dependência, como as crianças, os idosos e as pessoas com doenças crónicas incapacitantes.

O grau de resiliência dos países aos efeitos negativos da recessão dependerá das políticas que forem concretizadas. Estas decisões políticas não se restringem ao setor da saúde, já que os determinantes da saúde mental são transversais a toda a sociedade e se encontram maioritariamente fora do sistema de saúde. Em países com redes de segurança social mais robustas e com maior investimento em recursos de proteção social, o impacto da crise económica na saúde pode ser menos pronunciado. Programas ativos do mercado de trabalho, de apoio familiar e de alívio da dívida e cuidados de saúde de proximidade são algumas das intervenções e políticas recomendadas para minimizar os riscos acrescidos em tempos de crise económica.

É imprescindível que os riscos que a atual crise económica acarreta sejam considerados no desenho de políticas e que qualquer reforma dos cuidados de saúde mental que se faça nesta altura seja no sentido de possibilitar uma verdadeira aproximação e facilitação do acesso da população a cuidados.

Agradecimentos

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do projeto de investigação PTDC/ATP-GEO/4101/2012, SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das Condicionantes Locais e Económicas, financiado por Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Agradece-se ao grupo de investigação do projeto SMAILE (Adriana Loureiro, Carla Nunes, Joana Lima, João Ferrão, Maria do Rosário Partidário, Paula Santana e Pedro Pita Barros) pelos contributos ao longo destes dois anos de desenvolvimento do projeto.

Referências Bibliográficas

Agudelo-Suárez, A., Ronda, E., Vázquez-Navarrete, M., García, A., Martínez, J., & Benavides, F. (2013). Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: what happened with migrants who came to Spain to work? *International Journal of Public Health*, 58(4), 627–631. doi: 10.1007/s00038-013-0475-0

Antonakakis, N., & Collins, A. (2015). The impact of fiscal austerity on suicide mortality: Evidence across the 'Eurozone periphery'. *Social Science & Medicine*, 145, 63-78. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.09.033

Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J., & Lewis, G. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 228-233. doi: 10.1192/bjp.178.3.228

Araya, R., Lewis, G., Rojas, G., & Fritsch, R. (2003). Education and income: which is more important for mental health? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(7), 501-505. doi: 10.1136/jech.57.7.501

Avčin, B., Kucina, A., Sarotar, B., Radovanovic, M., & Plesnicar, B. (2011). The present global financial and economic crisis poses an additional risk factor for mental health problems on the employees. *Psychiatria Danubina*, 23 Suppl 1, S142-148.

Barr, B., Taylor-Robinson, D., Scot-Samuel, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2012). Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ*, 345: e5142. doi: 10.1136/bmj.e5142

Bartoll, X., Palència, L., Malmusi, D., Suhrcke, M., & Borrell, C. (2014). The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *European Journal of Public Health*, 24(3), 415-418. doi: 10.1093/eurpub/ckt208

Bruce, M., Takeuchi, D., & Leaf, P. (1991). Poverty and psychiatric status – longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. *Archives of General Psychiatry*, 48(5), 470-474.

Caldas-de-almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 1o relatório. [Portuguese psychiatric epidemiologic study – First report]*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Chang, S., Gunnell, D., Sterne, J., Lu, T. & Cheng, A. (2009). Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Social Science & Medicine*, 68(7), 1322–1331. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.01.010

- Chang, S., Stucker, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*, 347: f5239. doi: 10.1136/bmj.f5239
- Cohen, C. (1993). Poverty and the course of schizophrenia: implications for research and policy. *Hospital & Community Psychiatry*, 44(10), 951–958.
- Dalgard, O., Mykletun, A., Rognerud, M., Johansen, R., & Zahl, P. (2007). Education, sense of mastery and mental health: results from a nation wide health monitoring study in Norway. *BMC Psychiatry*, 7, 20. doi: 10.1186/1471-244X-7-20
- Direção-geral da saúde. (2014). *Portugal: Saúde Mental em números – 2014*. Direção-Geral da Saúde; Lisboa.
- Dohrenwend, B. P., & Dohrenwend, B. S. (1969). *Social status and psychological disorders: a causal inquiry*. New York: J Wiley.
- Dohrenwend, B. P., & Dohrenwend, B. S. (1974). Social and cultural influences on psychopathology. *Annual Review of Psychology*, 25(1), 417–452. doi: 10.1146/annurev.ps.25.020174.002221
- Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B., Skodol, A., & Stueve, A. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science*, 255(5047), 946–952.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Theleritis, C., & STEFANIS, C. (2011). Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *The Lancet*, 378(9801), 1459. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61638-3
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Patelakis, A., & Costas, S. (2013a). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 308–314. doi: 10.1016/j.jad.2012.08.008
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Theleritis, C., Patelakis, A., & Stefanis, C. (2013b). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry*, 12(1), 53–59. doi: 10.1002/wps.20016
- Evans-Lacko, S., Knapp, M., McCrone, P., Thonicroft, G., & Mojtabai, R. (2013). The mental health consequences of the recession: economic hardship and employment of people with mental health problems in 27 European countries. *PLOS ONE*, 8(7), e69792. doi: 10.1371/journal.pone.0069792.
- Ferrie, J., Shipley, M., Stansfeld, S., & Marmot, M. (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job insecurity on self-reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(6), 450–454. doi: 10.1136/jech.56.6.450
- Fishback, P., Haines, M., & Kantor, S. (2007). Births, deaths, and New Deal relief during the Great Depression. *Review of Economics and Statistics*, 89(1), 1–14.
- Fisher, M., & Baum, F. (2010). The social determinants of mental health: implications for research and health promotion. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(12), 1057–1063. doi: 10.3109/00048674.2010.509311
- Friedman, J., & Thomas, D. (2008). Psychological health before, during, and after an economic crisis: results from Indonesia, 1993–2000. *World Bank Economic Review*, 23(1), 57–76.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103–108. doi: 10.1093/eurpub/cks035
- Hauksdóttir, A., McClure, C., Jonsson, S., Olafsson, O., Valdimarsdóttir, U. (2013). Increased stress among women following an economic collapse—a prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 177(9), 979–988. doi: 10.1093/aje/kws347
- Holzer, C., Shea, B., & Swanson, J. (1986). The increased risk for specific psychiatric disorders among persons of low socioeconomic status: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *The American Journal of Social Psychiatry*, 6(4), 259–271.
- Hong, J., Knapp, M., & McGuire, A. (2011). Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry*, 10(1), 40–44.
- Hopkins, S. (2006). Economic stability and health status: evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis. *Health Policy*, 75(3), 347–357.
- Husain, N., Creed, F., & Tomenson, B. (2000). Depression and social stress in Pakistan. *Psychological Medicine*, 30(2), 395–402.
- Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Coid, J., Fryers, T., Weich, S., Singleton, N., & Meltzer, H. (2008). Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological Medicine*, 38(10), 1485–1493. doi: 10.1017/S0033291707002516.
- Kahn, R., Wise, P., Kennedy, B., & Kawachi, I. (2000). State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: cross-sectional national survey. *BMJ*, 321(7272), 1311–1315. doi: 10.1136/bmj.321.7272.1311
- Katikireddi, S., Niedzwiedz, C., & Popham, F. (2012). Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis

of the 1991-2010 Health Surveys of England. *British Medical Journal Open*, 2(5), e001790. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001790

Keene, D., Cowan, S., & Baker, A. (2015). When you're in a crisis like that, you don't want people to know: mortgage strain, stigma, and mental health. *American Journal of Public Health*, 105(5), 1008-1012. doi: 10.2105/AJPH.2014.302400

Kendler, K., Kuhn, J., & Prescott, C. (2004). The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 161(4), 631-636. doi: 10.1176/appi.ajp.161.4.631

Kelly, B., & Doherty, A. (2013). Impact of recent economic problems on mental health in Ireland. *International Psychiatry*, 10(1), 6-8.

Kessler, R., McLaughlin, J., Greif Green, Gruber, M., Sampson, N., Zaslavsky, A., Gaxiola, S., Alhamzawi, A., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., MariaHaro, J., Hu, C., Karam, E., Kawakami, N., Lee, S., Lépine, J. P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tsang, A., Üstün, B., Vassilev, S., Viana, M., & Williams, D. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499

Kohn, R., Dohrenwend, B., & Mirotznik, J. (1998). Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population. In Dohrenwend, B. (ed.). *Adversity, stress and psychopathology*. New York: Oxford University Press.

Lee, S., Guo, W., Tsang, A., Mak, A., Wu, J., Lam, k., Kwok, K. (2010). Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders*, 126(1-2), 125-133. doi: 10.1016/j.jad.2010.03.007

McLaughlin, K., Nandi, A., Keyes, K., Uddin, M., Aiello, A., Galea, S., & Koenen, K. (2012). Home foreclosure and risk of psychiatric morbidity during the recent financial crisis. *Psychological Medicine*, 42(7), 1441-1448. doi: 10.1017/S0033291711002613

Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T., & Stefanis, C. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10) 943-952. doi: 10.1007/s00127-010-0265-4

Martikainen, P., Adda, J., Ferrie, J., Davey, S., & Marmot, M. (2003). Effects of income and wealth on GHQ depression and poor self-rated health in white collar women and men in the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(9), 718-723. doi:10.1136/jech.57.9.718

Miret, M., Caballero, F., Huerta-Ramírez, R., Moneta, M., Olaya, B., Chatterji, S., Haro, J., & Ayuso-Mateos, J. (2014). Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *Journal of Affective Disorders*, 163, 1-9. doi: 10.1016/j.jad.2014.03.045

Molarius, A., Berglund, K., Eriksson, C., Eriksson, H., Lindén-Bostrom, M., Nordstrom, E., Persson, C., Sahlqvist, L., Starrin, B., & Ydreborg, B. (2009). Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors – a population-based study in Sweden. *BMC Public Health*, 9, 302. doi: 10.1186/1471-2458-9-302

Montgomery, S., Cook, D., Bartley, M., & Wadsworth, M. (1999). Unemployment predates symptoms of depression and anxiety resulting in medical consultation in young men. *International Journal of Epidemiology*, 28(1), 95-100.

Muntaner, C., Eaton, W., Miech, R., & O'Campo, P. (2004). Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiologic Reviews*, 26(1), 53-62. doi: 10.1093/epirev/mxh001

Narayan, D., Patel, R., Schafft, K., Rademacher, A., & Koch-Schulte, S. (2000). *Voices of the poor: can anyone hear us?* New York: Oxford University Press for the World Bank.

Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 81 (8), 609-615.

Patel, V., Araya, R., Lima, M., Ludermit, A., & Todd, C. (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science & Medicine*, 49(11), 1461-1471.

Paul, K., Geithner, E., & Moser, K. (2009). Latent deprivation among people who are employed, unemployed, or out of the labor force. *The Journal of Psychology*, 143(5), 477-491. doi: 10.3200/JRL.143.5.477-491

Pompili, M., Vichi, M., Innamorati, M., Lester, D., Yang, B., Leo, D., Franzcp, M., & Girardi, M. (2014). Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. *Health & Social Care in the Community*, 22(4), 361-3677. doi: 10.1111/hsc.12086

Power, C., & Manor, O. (1992). Explaining social class differences in psychological health among young adults: a longitudinal perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27(6), 284-291.

Reeves, A., Stuckler, D., McKee, M., Gunnell, D., Chang, S., & Basu, S. (2012). Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. *The Lancet*, 380(9856), 1813-1814. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61910-2

- Reine, I., Novo, M., & Hammarström, A. (2008). Does transition from an unstable labour market position to permanent employment protect mental health? Results from a 14-year follow-up of school-leavers. *BMC Public Health*, 8, 159. doi: 10.1186/1471-2458-8-159
- Robins, L., Locke, B., & Regier, D. (1991). *An overview of psychiatric disorders in America*. New York: Free Press.
- Rodrigues, A., Uva, M., Nunes, B., Marques, L., Antunes, L., & Dias, C. (2014). Taxas de incidência de primeiros episódios de depressão nos cuidados de saúde primários em 2004 e 2012: dados da Rede Médicos-Sentinela. *Boletim Epidemiológico INSA*, 7, 28-29.
- Santana, P., Costa, C., Cardoso, G., Loureiro, A., & Ferrão, J. (2015). Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health & Place*, 35, 85-94. doi: 10.1016/j.healthplace.2015.07.001
- Saraceno, B. (2004). Mental health: scarce resources need new paradigms. *World Psychiatry*, 3(1), 3-5.
- Saraceno, B., & Barbui, C. (1997). Poverty and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(3), 285-290.
- Saraceno, B., Levav, I., & Kohn, R. (2005). The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. *World Psychiatry*, 4(3), 181-185.
- Schilling, E., Aseltine, R., & Gore, S. (2008). The impact of cumulative childhood adversity on young adult mental health: measures, models and interpretations. *Social Science & Medicine*, 66(5), 1140-1151. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.11.023
- Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health Policy*, 115(2-3), 111-119. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.02.002
- Skapinakis, P., Weich, S., Lewis, G., Singleton, N., & Araya, R. (2006). Socio-economic position and common mental disorders – longitudinal study in the general population in the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 109-117. doi: 10.1192/bjp.bp.105.014449
- Stansfeld, S. (1999). Social Support and Social Cohesion. In Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (eds.). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Stuckler, D., Basu, S., & Mckee, M. (2010). Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ*, 340, c3311. doi: 10.1136/bmj.c3311
- Stuckler, D., King, L., & Mckee, M. (2009). Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *The Lancet*, 373(9661), 399-407. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60005-2
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315-323. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61124-7
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *The Lancet*, 378(9786), 124-125. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61079-9
- Sturm, R., & Gresenz, C. (2002). Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey. *BMJ*, 324(7328), 20-23.
- Suhrcke, M., Stuckler, D., Suk, J., Desai, M., Senek, M., McKee, M., Tsoлова, S., Basu, S., Abubakar, I., Hunter, P., Rechel, B., & Semenza, J. (2011). The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. *PLOS ONE*, 6(6), e20724. doi: 10.1371/journal.pone.0020724
- Sundar, M. (1999). Suicide in farmers in India. *The British Journal of Psychiatry*, 175(6), 585-586. doi: 10.1192/bjp.175.6.585c
- Ten Have, M., Van Dorsselaer, S., & De Graaf, R. (2015). The association between type and number of adverse working conditions and mental health during a time of economic crisis (2010-2012). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(6), 899-907. doi: 10.1007/s00127-015-1009-2
- Tsai, A. (2015). Home foreclosure, health, and mental health: a systematic review of individual, aggregate, and contextual associations. *PLOS ONE*, 10(4), e0123182. doi: 10.1371/journal.pone.0123182
- Turunen, E., & Hiilamo, H. (2014). Health effects of indebtedness: a systematic review. *BMC Public Health*, 14, 489. doi: 10.1186/1471-2458-14-489
- Uutela, A. (2010). *Economic crisis and mental health*. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 127-130. doi: 10.1097/YCO.0b013e328336657d
- Van Hal, G. (2015). The true cost of the economic crisis on psychological well-being: a review. *Journal of Psychology Research and Behavior Management*, 8, 17-25. doi: 10.2147/PRBM.S44732
- Wahlbeck, K., & Mcdaid, D. (2012). Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*, 11(3), 139-145.
- Wang, J., Smailes, E., Sareen, J., Fick, G., Schmitz, N., Patten, S. (2010). The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(9), 598-605.

Waters, H., Saadah, F., & Pradhan, M. (2003). The impact of the 1997–98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia. *Health Policy and Planning, 18*(2), 172–181.

Weich, S., & Lewis, G. (1998). Material standard of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain. *Journal of Epidemiology & Community Health, 52*(1), 8–14.

Whiteford, H., Ferrari, A., Degenhardt, L., Feigin, V., Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS ONE, 10*(2), e0116820. doi: 10.1371/journal.pone.0116820

WHO (2004). *Prevention of mental disorders – effective interventions and policy options*. World Health Organization; Geneva.

WHO (2012). *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO Secretariat for the development of a comprehensive Mental Health Action Plan*. World Health Organization; Geneva.

WHO (2014). *Mental health: strengthening our response*.

WHO Regional Office for Europe (2012). *Health policy responses to the financial crisis in Europe*. WHO Regional Office for Europe; Copenhagen.

WHO Regional Office for Europe (2014). *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*. WHO Regional Office for Europe; Copenhagen.

Zimmerman, F., & Katon, W. (2005). Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income-depression relationship? *Health Economics, 14*(12), 1197–1215.

2.2 Utilização de serviços de saúde mental em Portugal em tempos de crise económica

Graça Cardoso ^(1,2), Adriana Loureiro ^(3,4), Pedro Mateus ⁽¹⁾, Manuela Silva ⁽²⁾, Paula Santana ^(3,4) e José Caldas de Almeida ^(1,2)

(1) Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; (2) Centro de Estudos de Doenças Crónicas (CEDOC), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; (3) Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT), Universidade de Coimbra; (4) Departamento de Geografia e Turismo, Universidade de Coimbra

DOI: http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1_6

O presente estudo avalia a evolução do internamento e das consultas de psiquiatria nas Áreas Metropolitana de Lisboa e Porto, em 2002, 2007 e 2012, através da consulta dos processos clínicos (n=3560 para os internamentos e n=3809 para as consultas), bem como a associação entre esta evolução e a crise económica ocorrida nos últimos anos em Portugal.

Os resultados mostram que em Portugal, como noutros países europeus, a crise económica teve grande impacto na saúde mental da população, traduzido no aumento da utilização do internamento psiquiátrico e, de forma mais marcada, das consultas de psiquiatria. O aumento de utilização do internamento psiquiátrico esteve significativamente associado com a maior privação material e social das áreas de residência dos utentes. O efeito da crise económica foi particularmente gravoso no grupo dos idosos e dos desempregados. As tentativas de suicídio e a ideação suicida também aumentaram nos utentes dos serviços psiquiátricos e de forma significativa, nas mulheres.

Estes resultados indicam a necessidade, em tempos de crise, do reforço dos serviços ambulatoriais, nos cuidados de saúde primários e psiquiátricos, que possa responder às maiores necessidades da população. Como defendido por vários autores e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), torna-se igualmente necessário o reforço de políticas sociais e de programas que reduzam o impacto das dívidas e promovam o emprego e o apoio social dos grupos mais vulneráveis.

The current study analyses the evolution of hospital admissions and outpatients visits, in 2002, 2007 and 2012, in the psychiatric departments of the two metropolitan areas of Lisbon and Porto. Data collected from medical charts (n=3560 for the psychiatric admissions and n=3809 for the outpatient clinic visits) were used, in order to assess the association between this evolution and the economic crisis occurring in the last years in Portugal.

The results show that, as in other European countries, the economic crisis greatly impacted the mental health of the populations, with an increase in the use of the psychiatric services, inpatient units, and, even more, outpatient clinics. This increased use of the inpatient services was significantly associated with higher material and social deprivation in the areas of residence. The economic crisis effect was particularly severe in the group of elderly and unemployed people. There was a significant increase in attempted suicide and suicidal ideation also in psychiatric services' users, and significantly more in women.

These results call, in times of economic crisis, for a strengthening of the ambulatory services, at primary and psychiatric care levels, in order to address the population greater needs. Reinforcement of social policies and programmes aimed at reducing the debts' impact and promoting employment of the more vulnerable groups, as advocated by the World Health Organization, is also greatly needed.

1. Introdução

A saúde mental é determinada por múltiplos fatores demográficos, sociais e económicos, bem como de outras variáveis ligadas ao contexto em que as pessoas vivem. Em períodos de crise económica verificam-se mudanças significativas em muitos destes fatores, que podem resultar num impacto negativo na saúde mental das populações. A diminuição do rendimento disponível, a maior precaridade do emprego, a perda de emprego, a impossibilidade de pagar dívidas, o risco de perder a habitação e a separação de membros da família devido à emigração são, entre muitos outros, alguns dos fatores que afetam a saúde mental dos indivíduos.

Por outro lado, os cortes orçamentais levam muitas vezes a uma redução dos serviços de saúde disponíveis e dos apoios sociais numa altura em que, justamente, seria mais necessário o seu reforço (WHO, 2011).

O impacto das crises económicas na saúde mental das populações pode manifestar-se através do aumento da prevalência de perturbações mentais e das taxas de suicídio, de alterações na utilização de serviços de saúde mental e da diminuição de variáveis relacionadas com o bem-estar mental. Como brevemente descrevemos de seguida, vários estudos, realizados em diversas partes do mundo, mostram uma influência significativa de diversas variáveis decorrentes das situações de crise económica – nomeadamente baixos rendimentos e desemprego – na prevalência das doenças mentais e na utilização de serviços de saúde mental.

2. Nível de rendimento e doença mental

Uma maior prevalência de doença mental encontra-se geralmente associada a níveis mais baixos de rendimento, especialmente no grupo das psicoses.

Nos Estados Unidos da América (EUA), o rendimento mostrou ser um determinante fundamental da saúde mental, estando inversamente relacionado com a prevalência de doenças mentais

(Muntaner et al., 1998). Na Finlândia, a população pertencente aos grupos de rendimento inferior apresentou taxas mais elevadas de psicose (Perälä et al., 2008).

Estes dados foram comprovados não só no hemisfério norte, mas também no hemisfério sul. Na África do Sul, foi encontrada uma associação significativa entre o aumento da desigualdade da renda municipal (calculada considerando a proporção de renda média dos mais ricos face à proporção da renda média dos escalões mais baixos), e o aumento da incidência tratada do primeiro episódio de psicose (Burns & Esterhuizen 2008). Na população geral do Brasil a prevalência de fobia social mostrou-se negativamente associada com o rendimento familiar (Vorcara et al., 2004). Na China também se verificou uma associação entre níveis mais baixos de depressão e rendimentos mais altos (Zhang et al., 2005).

Alguns estudos, no entanto, não confirmaram a associação entre baixos rendimentos e doenças mentais. Nos EUA, por exemplo, alguns estudos não mostraram uma associação entre uma medida de desigualdade do rendimento e a depressão (Zimmerman & Bell 2006), enquanto outro estudo sugeriu que a desigualdade nos subsídios estatais não estava associada ao aumento dos níveis de depressão ou da dependência de álcool (Henderson et al., 2004).

3. Rendimento e utilização de serviços

Os resultados dos estudos sobre o impacto do nível de rendimento na utilização dos serviços de saúde mental são contraditórios.

No Brasil, dois estudos transversais de base populacional mostraram que as pessoas com baixos rendimentos tinham menos probabilidade de receber tratamento para as doenças mentais (Andrade et al., 2008). Nos EUA, outro estudo sugeriu que as áreas com maior concentração de pobreza estavam associadas com índices mais altos de admissão nos serviços de saúde (Almog et al., 2004).

Outros estudos, pelo contrário, não mostraram que o rendimento fosse um fator preditor da utilização de serviços para problemas de saúde mental. Por exemplo, um estudo transversal realizado a nível da população geral no Chile (Saldivia et al., 2004), bem como um inquérito realizado nos domicílios australianos da população em geral, mostraram que o rendimento não afetava a utilização dos serviços de saúde no grupo das pessoas que tinham doenças mentais (Parslow & Jorm, 2000).

4. Rendimento e tratamentos específicos

Duas investigações feitas a nível da população geral nos EUA mostraram que o rendimento familiar não estava associado com a utilização de antidepressivos no tratamento de pessoas diagnosticadas com depressão (Mojtabai, 2008). Outro estudo sugeriu que os rendimentos de idosos com depressão não afetavam as probabilidades de acesso a psicoterapia para o tratamento da sua doença (Wei et al., 2005).

Por outro lado, um estudo dinamarquês mostrou que uma primeira utilização de antidepressivos era mais alta nas pessoas com rendimentos inferiores (Hansen et al., 2004).

5. Desemprego e doença mental

Em vários países tem-se encontrado uma associação significativa entre desemprego e maior prevalência de doenças mentais. Em França, a prevalência das doenças mentais revelou ser mais elevada entre os desempregados, enquanto a prevalência na população reformada foi inferior à da população em geral (Cohidon et al., 2009). No Brasil, encontrou-se uma prevalência de doenças mentais comuns mais elevada entre os que estavam desempregados ou sub-empregados (Marin-León et al., 2007), enquanto na Finlândia a probabilidade de se sofrer de qualquer tipo de psicose foi mais elevada entre os reformados e os desempregados, quando comparados com a população em geral (Perälä et al., 2008).

Vários estudos no Reino Unido mostraram que as pessoas desempregadas e inativas tinham uma maior prevalência de morbilidade psiquiátrica (Jenkins et al. 2003). Em Espanha, a recessão económica aumentou significativamente a prevalência das doenças mentais e de abuso de álcool nos utentes frequentadores dos cuidados de saúde primários, particularmente nas famílias com situações de desemprego e dificuldades no pagamento de hipotecas (Gili et al., 2013).

Uma revisão da literatura concluiu que o desemprego pode prejudicar a saúde mental, especialmente nas dimensões da ansiedade e da depressão não-psicótica (Henderson et al., 1998).

6. Desemprego e acesso a tratamento

No que toca à relação entre emprego e acesso ao tratamento, os estudos realizados mostram que se trata de uma relação complexa. Um estudo realizado no Reino Unido revelou que, entre as pessoas com perturbações neuróticas, as que tinham emprego a tempo inteiro procuravam menos os serviços de saúde (médicos de clínica geral, hospital ou consulta externa) (Bebbington et al., 2003). Pelo contrário, um estudo realizado na Austrália mostrou que os desempregados com doenças mentais tinham menos probabilidade de ter consultado um médico de clínica geral para o seu tratamento (Comino et al., 2003).

No Reino Unido a falta de emprego mostrou influenciar o tratamento com antidepressivos, tendo os desempregados uma maior probabilidade de utilização destes fármacos (Bebbington et al., 2003). Da mesma forma, e de acordo com as conclusões de um estudo realizado na Dinamarca, o uso inicial de antidepressivos foi maior entre os desempregados (Hansen et al., 2004).

Um dos poucos estudos que investigaram a variação da relação entre o emprego e o uso de serviços de saúde mental em situações macroeconómicas, foi realizado por Buffel e colegas a partir de variáveis do Eurobarómetro. Neste estudo foram analisadas duas grandes

dimensões: i) a relação entre a situação de crise e a saúde mental e, ii) a relação entre a situação de crise e a utilização de serviços (Buffel et al., 2015).

Os resultados mostraram que a taxa média de desemprego estava negativamente relacionada com a saúde mental, embora nas mulheres não tenha sido apurada uma relação entre as mudanças na situação macroeconómica e a saúde mental. Do ponto de vista da utilização de serviços, a taxa de desemprego estava associada à maior utilização de serviços por parte dos homens, independentemente do seu estado de saúde mental. Em países com um aumento na taxa de desemprego, os homens mostraram uma tendência para procurar mais ajuda médica, tanto estando empregados como desempregados, embora o façam geralmente junto dos clínicos gerais. A probabilidade de procurarem um psiquiatra é menor entre os homens empregados (Buffel et al., 2015).

Outro estudo, realizado anteriormente com metodologia semelhante, tinha já salientado os possíveis efeitos da crise económica na saúde mental (Evans-Lacko et al., 2013). No período de recessão verificou-se um aumento das diferenças das taxas de desemprego entre as pessoas com e sem problemas de saúde mental. Estas diferenças foram maiores nos homens e em pessoas com menos educação. Por outro lado, nos países com maiores níveis de estigma em relação à doença mental, as pessoas com doença mental mostraram-se mais vulneráveis ao desemprego em 2010, ao contrário do que acontecia em 2006 (Evans-Lacko et al., 2013).

Estes estudos mostram não só a importância de se considerarem os contextos macroeconómicos e as suas alterações quando são estudadas as relações entre o desemprego e a doença mental, como também a necessidade de tomar em consideração a influência que pode ter o estigma nestas relações nas situações de crise económica.

7. Crise económica e utilização de serviços em Portugal: o que se sabe

Em Portugal, vários indicadores têm mostrado uma alteração nos padrões de tratamento e de utilização dos serviços ao longo do período em que mais se fez sentir a crise económica no nosso país. Os resultados do registo de utentes com perturbações mentais nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), apresentados no relatório Saúde Mental em Números 2014, da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2014), mostram um padrão comum de aumento progressivo para todas as perturbações estudadas, nos períodos observados a partir de 2010 (2010, 2011, 2012 e 2013), em todas as regiões de saúde de Portugal Continental.

As perturbações depressivas apresentaram as proporções mais altas dentro dos doentes registados com uma perturbação mental, com médias da proporção de inscrições nos CSP nas várias regiões do país, em 2010, 2011, 2012 e 2013, respetivamente de 4,1, 4,9, 6,1 e 7,2%. No mesmo período, verificou-se também uma evolução crescente na proporção de inscrições relativas a perturbações de ansiedade de 2,5, 3,0, 3,8 e 4,6%, respetivamente (DGS, 2014).

Embora não se possa pôr de lado a possibilidade de estes dados traduzirem um aumento da capacidade de resposta dos cuidados de saúde primários, é difícil não ver neles uma forte sugestão de que, entre 2011 e 2013, se terá verificado uma maior necessidade de procura de ajuda para problemas de saúde relacionados com as perturbações depressivas e de ansiedade, bem como para demências.

O mesmo é sugerido pela evolução registada no número de consultas realizadas nos serviços de saúde mental especializados de adultos que, a nível nacional, foram aumentando progressivamente, ao longo dos anos de 2011 (522.815), 2012 (553.132) e 2013 (575.823) (DGS, 2014).

Os dados sobre o internamento por doenças psiquiátricas no período da crise económica são de mais difícil interpretação. De acordo com os dados

sobre a produção hospitalar no internamento por GDH (Grupos de Diagnósticos Homogéneos), verifica-se, entre 2010 e 2013, um aumento do número de utentes saídos com o diagnóstico de psicose (de 10.161 para 10.789). No entanto, os acréscimos registados não decorrem do aumento de utentes saídos com os diagnósticos de esquizofrenia ou perturbações delirantes, que decrescem, mas sim de psicoses afetivas e outras psicoses não orgânicas. Verifica-se também um aumento do número de internamentos de perturbações da personalidade, perturbações do comportamento e perturbações induzidas por drogas. Relativamente às perturbações de ansiedade e somatoformes e às perturbações depressivas, registou-se, pelo contrário, um decréscimo do número de internamentos no mesmo período, enquanto que nas neuroses não depressivas se verificou um aumento (DGS, 2014).

Um estudo nacional que comparou os internamentos por depressão major em 2008 e 2013 na população entre os 15 e os 64 anos utilizando os GDH (Rodrigues, 2015), encontrou um aumento da taxa e do risco de internamento na maioria dos distritos após a crise económica. De realçar que os distritos com mais baixo índice de urbanização foram aqueles onde este efeito foi mais acentuado e que a taxa de internamento esteve associada também ao número de camas disponíveis na área.

É, no entanto, importante ter em atenção que todos os dados resultantes da utilização de GDH devem ser analisados com alguma precaução, uma vez que resultam de um sistema de codificação estruturalmente pensado para o financiamento da prestação de cuidados e não para a avaliação da prestação de cuidados em si. De qualquer forma, resulta difícil interpretar o significado dos resultados relativos às perturbações de ansiedade e às perturbações depressivas a nível nacional.

8. Objetivos e métodos

O objetivo principal deste artigo é o de avaliar e descrever o impacto da crise económica na utilização dos serviços de internamento e de consultas de psiquiatria nas grandes Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto. Para avaliar a evolução das

características das áreas de residência dos municípios considerámos 5 grupos de variáveis contextuais: medidas de riqueza dos municípios (e.g. atividade económica, emprego/desemprego), recursos na comunidade (e.g. espaços verdes, redes de suporte social), acessibilidade aos cuidados de saúde, nível de segurança (e.g. número de crimes) e qualidade do alojamento (e.g. sobrelotação).

O número de utentes da área de influência dos serviços públicos de psiquiatria com pelo menos um contacto (a nível de internamento ou consulta) nos anos de 2002, 2007 e 2012 e respetivos diagnósticos psiquiátricos, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças - 9 (CID-9) foram utilizados como *proxy* para a saúde mental das populações.

Esta informação foi obtida por consulta dos processos clínicos da totalidade dos utentes internados e de uma amostra aleatória de 10% dos utentes com consultas em cada ano dos seguintes serviços de psiquiatria: Hospital Fernando Fonseca (HFF) (concelho da Amadora), Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO) (freguesias de Lisboa ocidental e concelho de Oeiras), Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) (freguesias de Lisboa oriental e concelho de Mafra) e Hospital Magalhães de Lemos (HML) (freguesias do Porto e concelhos de Vila do Conde e Póvoa de Varzim). Foram excluídos os utentes internados para procedimentos programados, como por exemplo electroconvulsivoterapia. A informação obtida a partir dos processos clínicos incluiu caracterização sociodemográfica, diagnóstico psiquiátrico, duração da doença, comorbilidades somáticas e utilização dos vários tipos de cuidados psiquiátricos.

A consulta dos processos clínicos foi aprovada pelas comissões de ética dos hospitais antes do início do projeto e assegurada a confidencialidade de toda a informação colhida.

Para estudar a associação do impacto da crise na área incluída no estudo num primeiro momento foram construídos dois índices: de privação material e de privação social, para o período de 2001 (sem crise) e de 2011 (em crise), para as freguesias que integram a região Grande Lisboa e Grande Porto

(NUT III). Estes índices agregam a seguinte informação: para o índice de privação material - taxa de analfabetismo (dados dos Censos 2001 e 2011, Instituto Nacional de Estatística), taxa de desemprego (dados dos Censos 2001 e 2011, Instituto Nacional de Estatística) e percentagem de alojamentos familiares de residência familiar sem retrete (dados dos Censos 2001 e 2011, Instituto Nacional de Estatística); e para o índice de privação social - taxa de abstenção eleitoral nas eleições autárquicas para a assembleia de freguesia (resultados das eleições autárquicas 2001 e 2013, Comissão Nacional de Eleições), taxa de abandono escolar (dados dos Censos 2001 e 2011, Instituto Nacional de Estatística) e percentagem de população com 15 ou mais anos com o Rendimento Mínimo Garantido (2001)/Rendimento Social de Inserção (2011) como principal meio de vida (dados dos Censos 2001 e 2011, Instituto Nacional de Estatística).

Paralelamente foram calculadas as taxas de internamento por doença mental (por 1000 habitantes com 15 ou mais anos) para os anos 2002 e 2012, para um conjunto de 100 freguesias selecionadas da área de referência dos hospitais em estudo da Grande Lisboa (Hospital Fernando Fonseca (11 freguesias), Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (14 freguesias) e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (21 freguesias)) e do Grande Porto (Hospital Magalhães Lemos (54 freguesias)). Foram utilizados todos os episódios de internamento de utentes com 15 ou mais anos nos serviços de psiquiatria desses hospitais, de acordo com a freguesia de residência do episódio e o total de população residente com 15 ou mais anos nas mesmas áreas de estudo.

Os objetivos do estudo e os métodos utilizados estão descritos em detalhe no protocolo do estudo "SMAILE, Saúde Mental - Avaliação do Impacto das Condicionantes Locais e Económicas", que recebeu uma bolsa da Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/ATP-GEO/4101/2012).

9. Análise estatística

Utilizámos estatística descritiva para detalhar as características dos utentes e a utilização dos serviços de saúde mental (internamentos e con-

sultas) nos anos de 2002, 2007 e 2012. Para a comparação das frequências de diagnósticos dos vários anos estudados foi utilizado o teste do qui-quadrado.

As variáveis selecionadas para a construção dos índices de privação material e social foram estandardizadas, utilizando o método de z-score, de acordo com Carstairs & Morris (1990), para que todas tivessem a mesma influência no resultado final. O resultado de cada índice foi a soma dos valores apresentados pelas três variáveis, depois de estandardizados. Os índices foram ainda classificados em tercis, sendo o primeiro tercil o de menor privação e o terceiro tercil o de maior privação. Maior privação material é assim resultado de maiores níveis de desemprego, maior analfabetismo e maior percentagem de alojamentos sem retrete. Maior privação social é resultado de maior abstenção eleitoral, maior abandono escolar e maior percentagem população residente a depender do Rendimento Mínimo Garantido/Rendimento Social de Inserção como principal meio de vida.

Num segundo momento foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson (r) e a respetiva significância estatística (p -value) e o coeficiente de determinação (R^2) do modelo de regressão linear entre as taxas de internamento por doença mental e os índices de privação para os dois períodos em estudo.

10. Resultados

A figura 1 apresenta as áreas geo-demográficas envolvidas no estudo, correspondentes à área de influência do HML da Área Metropolitana do Porto (AMP) e às áreas de influência de CHPL, CHLO e HFF da Área Metropolitana de Lisboa (AML). O quadro 1, que apresenta os totais de utentes internados por ano e por serviço de psiquiatria, mostra que foram incluídos 3.560 processos clínicos nos três anos estudados. O quadro 2, por seu lado, que apresenta uma amostra de 10% do número de utentes com consulta psiquiátrica por ano em cada serviço, mostra que foram incluídos 3.809 processos clínicos nos três anos estudados.

Iremos descrever separadamente os resultados relativos aos números e características dos internamentos e das consultas nos vários serviços de psiquiatria estudados, e terminaremos a apresentação dos resultados com a comparação da variação ocorrida entre 2007 e 2012 nos internamentos e nas consultas.

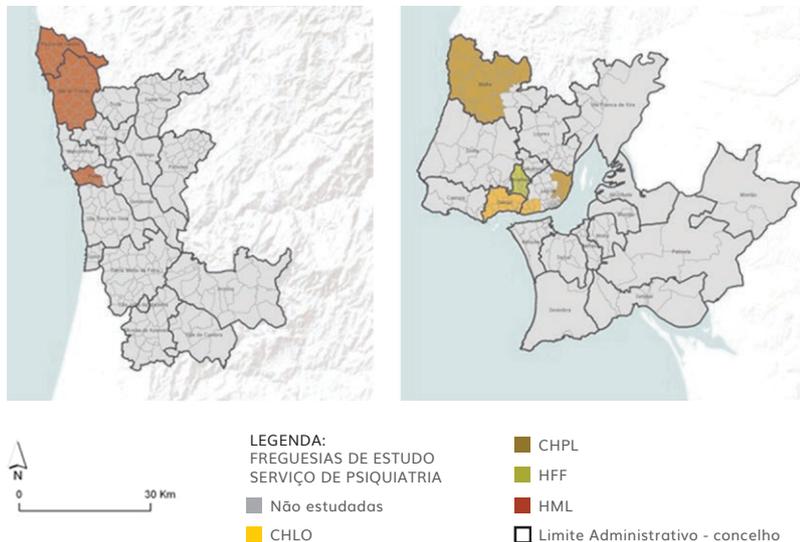


Figura 1. Áreas de levantamento de informação sobre internamento e consultas

Quadro 1. Número de utentes com internamentos psiquiátricos nos vários anos do estudo e por instituição

Instituição	2002	2007	2012	Total
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca	175	145	161	481
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental	117	176	230	523
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	296	362	334	992
Hospital Magalhães de Lemos	526	517	521	1564
Total	1.414	1.200	1.246	3.560

Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

Quadro 2. Números dos utentes com consulta psiquiátrica nos vários anos do estudo e por instituição (amostra de 10%)

Instituição	2002	2007	2012	Total
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca	213	239	268	720
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental	145	218	297	660
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	208	281	320	809
Hospital Magalhães de Lemos	506	516	597	1619
Total	1.072	1.225	1.482	3.809

Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

11. Resultados dos internamentos

No conjunto dos utentes internados, no total dos três anos, quanto ao diagnóstico psiquiátrico principal de acordo com a CID-9, predominaram

as perturbações do humor e da ansiedade (47%), seguidas das psicoses (37%) e de outras perturbações mentais e comportamentais (12%). A sua distribuição por ano, tomando em consideração o total dos três anos como 100% para cada grupo diagnóstico, mostrou (figura 2) um aumento da frequência de todos os grupos de diagnóstico a partir de 2002 e ao longo de 2007 e 2012, exceto para o grupo das psicoses, no qual houve uma ligeira redução. Os grupos com maior

aumento de frequência foram os das perturbações pela utilização de substâncias (29% em 2002 e 40% em 2012), e outras perturbações mentais e comportamentais (28% em 2002 e 40% em 2012).

A comparação dos diagnósticos psiquiátricos principais nos anos de 2007 e 2012 (antes e depois da crise) apresentou uma variação positiva de 29,4% nas perturbações pela utilização de substâncias e de 25,7% nas outras perturbações mentais e comportamentais, e uma variação negativa de -8,8% no grupo das demências (figura 3).

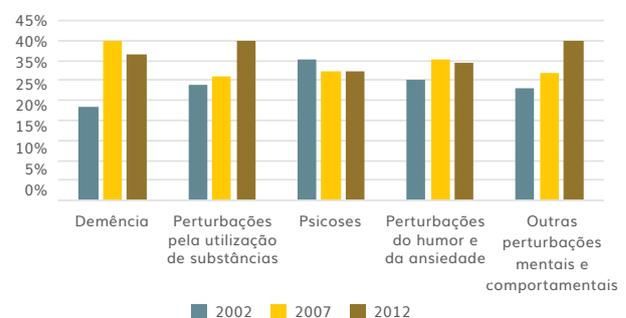


Figura 2. Internamentos por grupos de diagnósticos de doença mental e por ano de internamento (para cada diagnóstico é apresentada a percentagem de cada ano, tomando os três anos como 100%)

Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

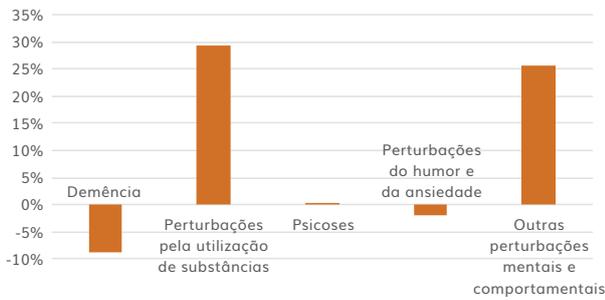


Figura 3. Variação entre 2007 e 2012 nos internamentos por grupos de diagnósticos de doença mental
Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

A figura 4 apresenta a variação do número de internamentos entre 2007 e 2012, tendo em conta os grupos etários, o estado civil e a situação profissional. Encontrámos um aumento estatisticamente significativo do número de internamentos para os seguintes grupos: de 17,7% no grupo etário dos 50-64 ($x^2=6,061$, $p=0,014$), de 19,2% no grupo dos divorciados/separados ($x^2=4,864$, $p=0,027$) e de 27,7% no dos desempregados ($x^2=29,955$, $p<0,005$).

A comparação dos internamentos entre 2007 e 2012 (figura 5) mostrou um aumento significativo

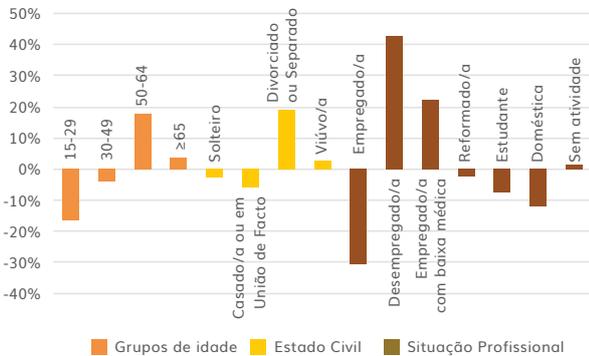


Figura 4. Variação entre 2007 e 2012 nos internamentos por grupos etários, estado civil e situação na profissão
Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

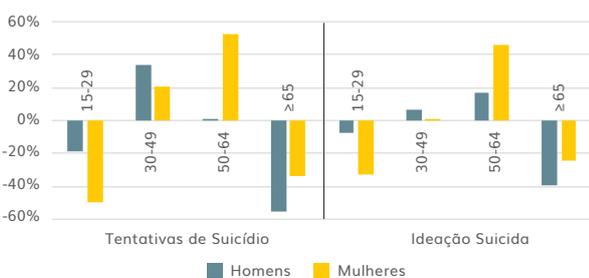


Figura 5. Variação entre 2007 e 2012 nos internamentos com tentativas de suicídio e ideação suicida
Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

de 52% dos internamentos com tentativa de suicídio para o grupo das mulheres com idades entre os 50 e os 64 anos ($x^2=6,000$; $p=0,014$), e de 46% nos internamentos com ideação suicida para o mesmo grupo ($x^2=5,454$; $p=0,020$).

Na figura 6 vemos que, entre 2007 e 2012, houve uma variação da frequência nos internamentos compulsivos de +10% e nos comportamentos aditivos de +15%. Por outro lado (figura 6), a percentagem de utentes internados referindo ideação suicida nesse ano foi de +8% e tendo feito pelo menos uma tentativa de suicídio nesse ano de +20%.

Entre 2007 e 2012 (figura 7) houve uma variação positiva da percentagem de utentes internados com psicofármacos prescritos (+5%) e utilizando intervenções em hospital de dia (+3%), enquanto a variação foi negativa para a utilização de psicoterapia (-12%) e intervenções em reabilitação psicossocial (-4%).

Na figura 8 podemos observar as principais características sociodemográficas dos utentes relacio-

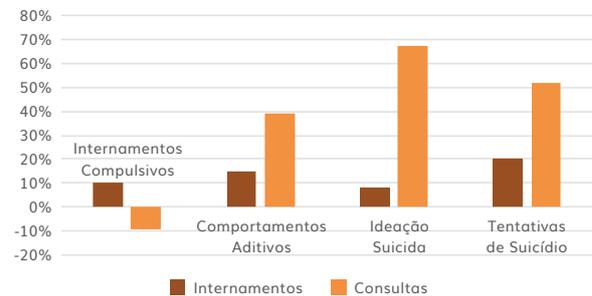


Figura 6. Variação entre 2007 e 2012 nos internamentos e nas consultas com internamentos compulsivos, comportamentos aditivos, ideação suicida e tentativas de suicídio
Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

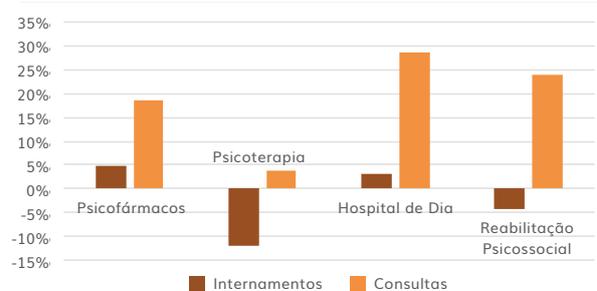


Figura 7. Variação entre 2007 e 2012 nos internamentos e nas consultas por tipo de intervenção (psicofármacos, psicoterapia, hospital de dia e reabilitação psicossocial)
Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

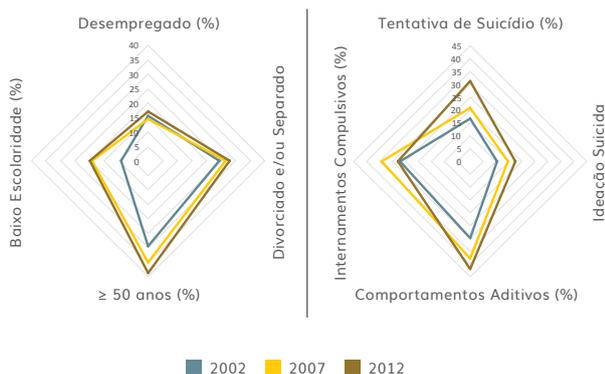


Figura 8. Internamento - variáveis sociodemográficas e clínicas por ano

Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

nadas com o aumento dos internamentos, entre as quais sobressaem em 2012 estar desempregado, ter 50 ou mais anos e ser divorciado ou separado. Nas variáveis clínicas não se destacam em particular nenhuma das variáveis apresentadas.

11.1 Privação material e social e internamento em psiquiatria

Encontrámos uma associação estatisticamente significativa e positiva entre internamento por doença mental e áreas com maiores índices de privação material e social para os dois momentos analisados (quadro 3). Esta relação é mais forte no período de crise que no período sem crise. As freguesias com elevados índices de privação material e de privação social tendem a apresentar maiores taxas de internamento por doença mental (figuras 10 e 12). O índice de privação social detém um maior poder explicativo dos internamentos por doença mental (figura 9), quando comparado com o índice de privação material (figura 11).

Quadro 3. Relação entre taxa de internamento psiquiátrico e índices de privação material e social

	Índice de Privação Material		Índice de Privação Social	
	2001	2011	2001	2011
Taxa de Internamento por Doença Mental				
2002	r=0,257 p=0,010	-	r=0,466 p=0,000	-
2012	-	r=0,294 p=0,003	-	r=0,605 p=0,000

Fonte: elaborado a partir de INE, 2001 e 2011 e do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

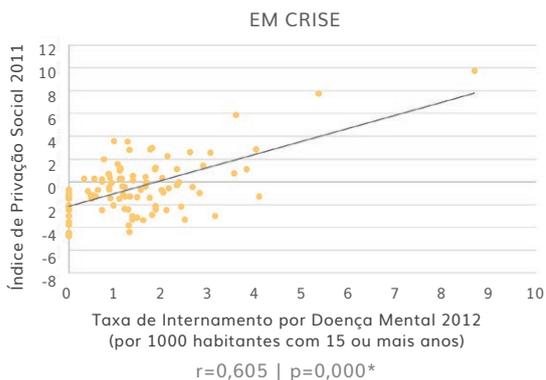
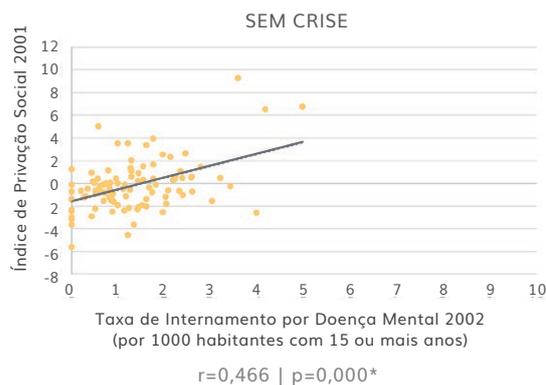


Figura 9. Relação entre a taxa de internamento por doença mental e o índice de privação social

Fonte: elaborado a partir de INE, 2001 e 2011 e do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

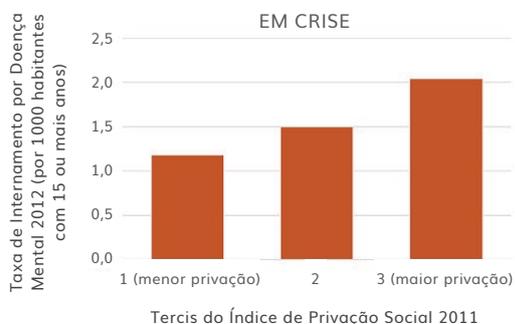
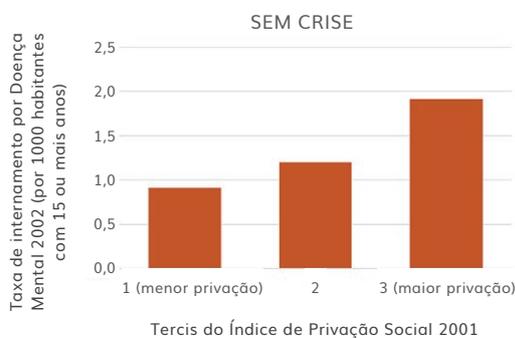


Figura 10. Taxa de internamento por doença mental por tercís de privação social

Fonte: elaborado a partir de INE, 2001 e 2011 e do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

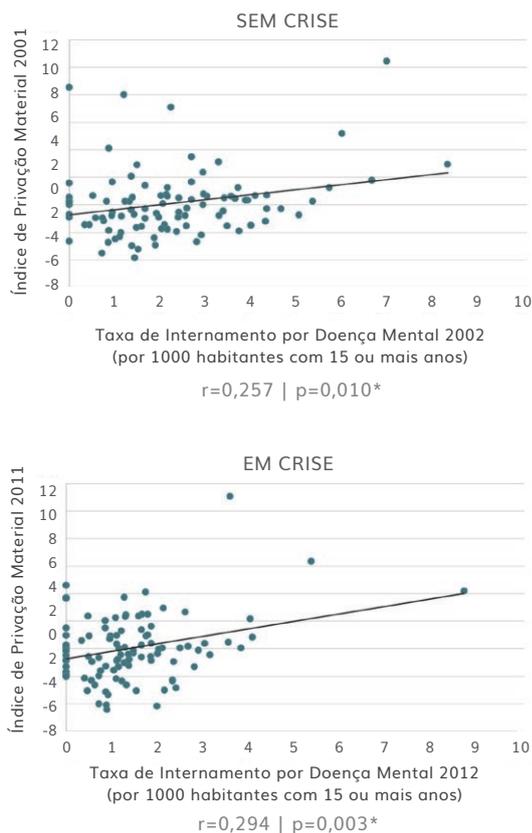


Figura 11. Relação entre a taxa de internamento por doença mental e o índice de privação material
 Fonte: elaborado a partir de INE, 2001 e 2011 e do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

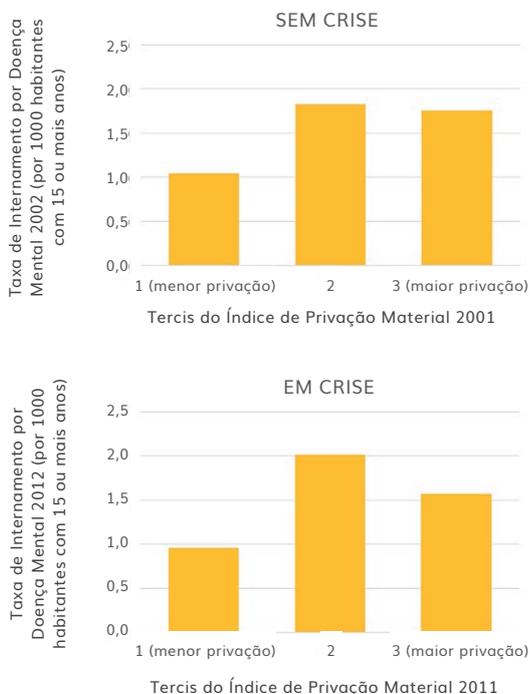


Figura 12. Taxa de internamento por doença mental por tercís de privação material
 Fonte: elaborado a partir de INE, 2001 e 2011 e do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

12. Resultados das consultas

Em relação ao número de utentes que tiveram consultas de psiquiatria no total dos três anos estudados (figura 13), predominaram, em termos de diagnóstico psiquiátrico principal de acordo com a CID-9, os que sofriam de perturbações do humor e da ansiedade (63%), de psicoses (18%) e de outras perturbações mentais e comportamentais (11%). A sua distribuição por ano, tomando em consideração o total dos três anos como 100% para cada grupo diagnóstico, mostrou (figura 14) um aumento da frequência de todos os grupos de diagnóstico entre 2002 e 2012. Este aumento foi mais marcado nas demências (19,1% em 2002 e 43,1% em 2012), em outras perturbações mentais e comportamentais (29,8% em 2002 e 42,6% em 2012), nas perturbações pela utilização de substâncias (31,9% em 2002 e 40,6% em 2012) e nas psicoses (30,2% em 2002 e 39,7% em 2012).

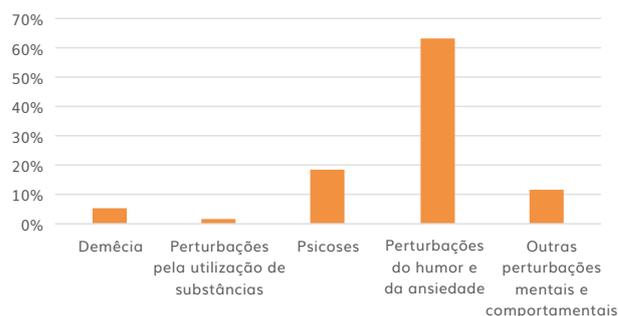


Figura 13. Percentagem de consultas por grupos de diagnóstico de doença mental

Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

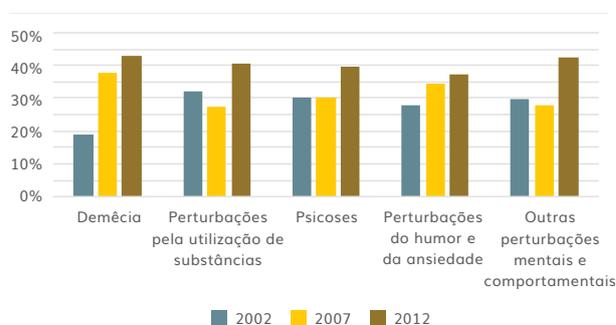


Figura 14. Percentagem de consultas por grupo de diagnósticos de doença mental e por ano de consulta (para cada diagnóstico é apresentada a percentagem de cada ano, tomando os três anos como 100%)

Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

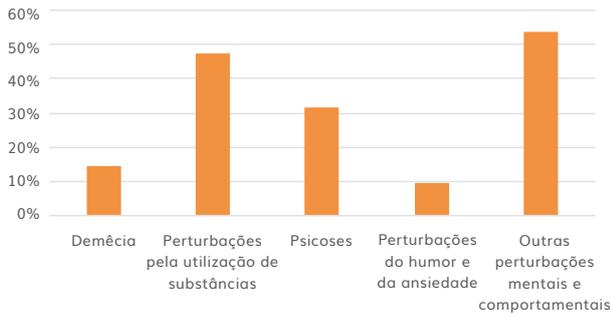


Figura 15. Variação entre 2007 e 2012 nas consultas por grupos de diagnósticos de doença mental
Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

Encontrámos um aumento estatisticamente significativo do número utentes em consulta entre 2007 e 2012 (figura 16) no género feminino ($x^2=11,715$, $p=0,001$), no género masculino ($x^2=6,751$, $p=0,009$) e nos grupos etários dos 30 aos 49 ($x^2=5,046$, $p=0,025$) e dos ≥ 65 anos ($x^2=19,509$, $p<0,005$).

Entre 2007 e 2012 existiu, igualmente, um aumento significativo do número de utentes em consulta (figura 17) de 45% no grupo dos solteiros ($x^2=28,035$, $p<0,005$), de 30% no dos viúvos/as ($x^2=4,231$, $p=0,040$) e (figura 18), de 63% no dos desempregados ($x^2=23,232$, $p<0,05$) e de 27% no dos reformados ($x^2=11,573$, $p=0,001$).

Na figura 19 apresentam-se as principais características sociodemográficas dos utentes frequentadores das consultas nos vários anos, entre as quais sobressaem em 2012 estar desempregado, ter 65 ou mais anos e ser solteiro. Nas variáveis clínicas destacam-se em 2012 as tentativas de suicídio, a ideação suicida e os comportamentos aditivos.

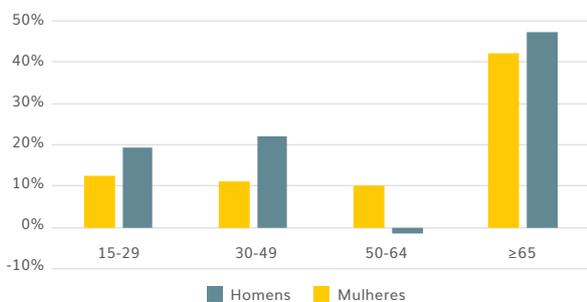


Figura 16. Variação entre 2007 e 2012 nas consultas por género e grupo etário
Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

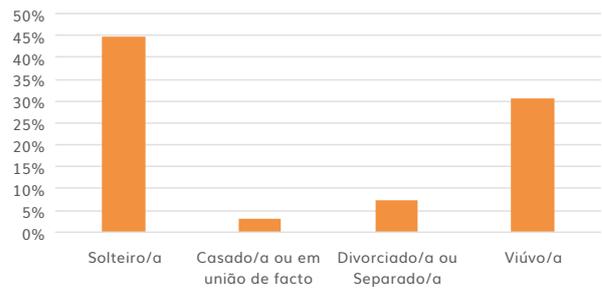


Figura 17. Variação entre 2007 e 2012 nas consultas por estado civil
Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

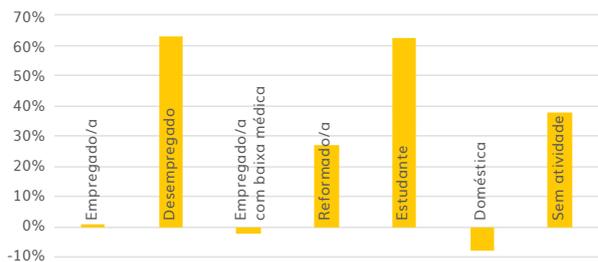


Figura 18. Variação entre 2007 e 2012 nas consultas por situação na profissão
Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

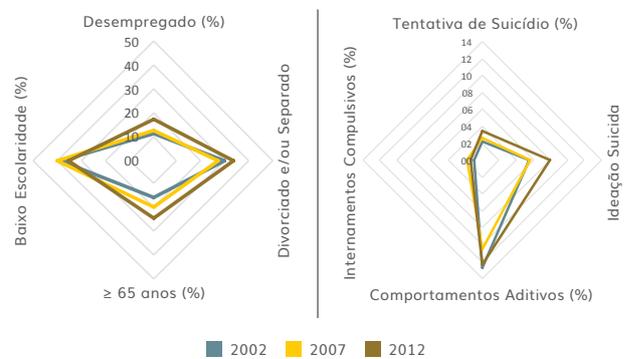


Figura 19. Variáveis sociodemográficas e clínicas por ano nos utentes em consulta
Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

12.1 Privação material e social e consultas de psiquiatria

As freguesias com índices mais elevados de privação material e de privação social apresentam maiores taxas de consultas por doença mental, tanto antes como depois da crise (figuras 21 e 23). Encontrámos uma associação estatisticamente significativa e positiva entre o número de consultas por doença men-

tal e áreas de maior privação material e social antes da crise. Esta relação, no entanto, deixa de ser significativa no período de crise (figuras 20 e 22).

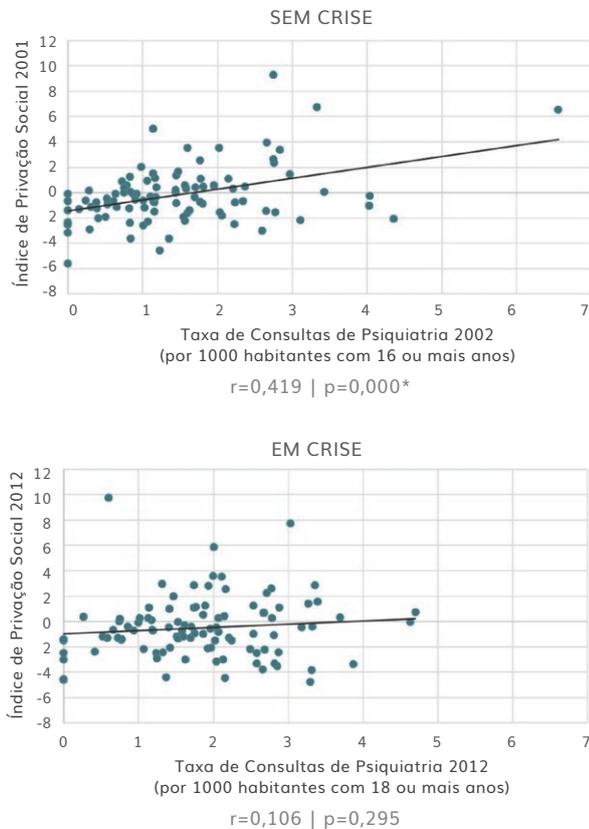


Figura 20. Relação entre privação social e consultas de psiquiatria
 Fonte: elaborado a partir de INE, 2001 e 2011 e do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

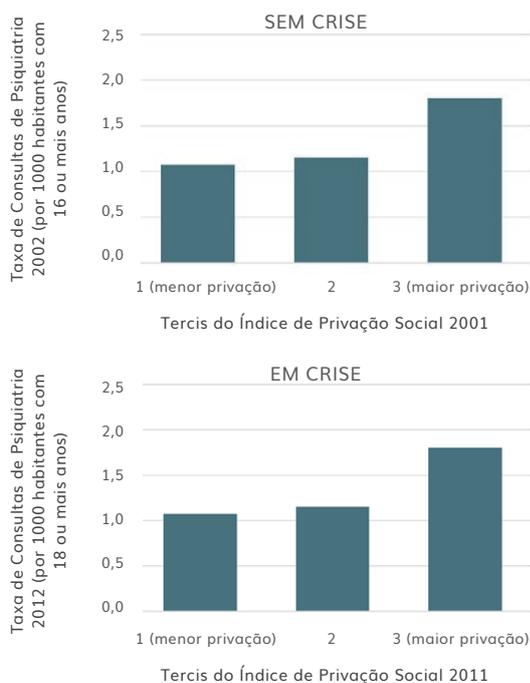


Figura 21. Relação entre privação social e consultas de psiquiatria
 Fonte: elaborado a partir de INE, 2001 e 2011 e do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

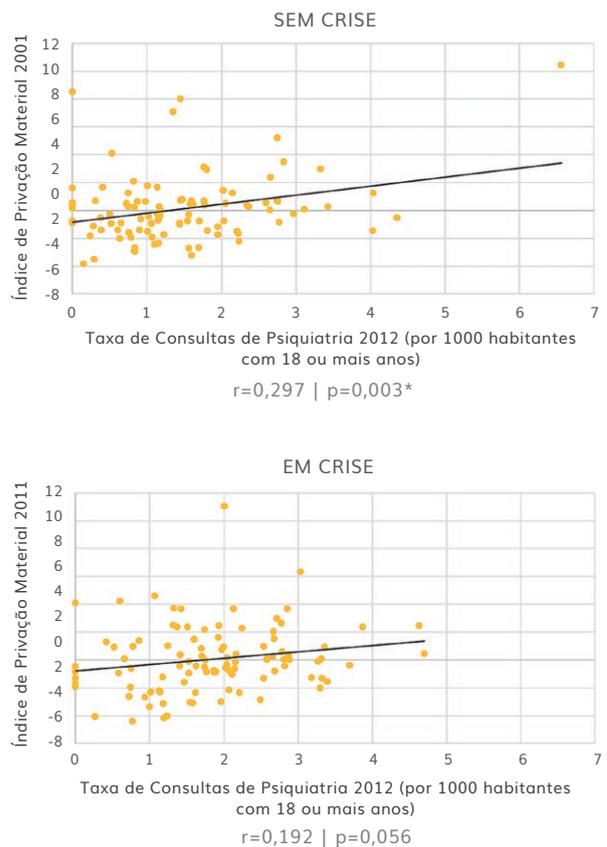


Figura 22. Relação entre privação material e consultas de psiquiatria
 Fonte: elaborado a partir de INE, 2001 e 2011 e do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

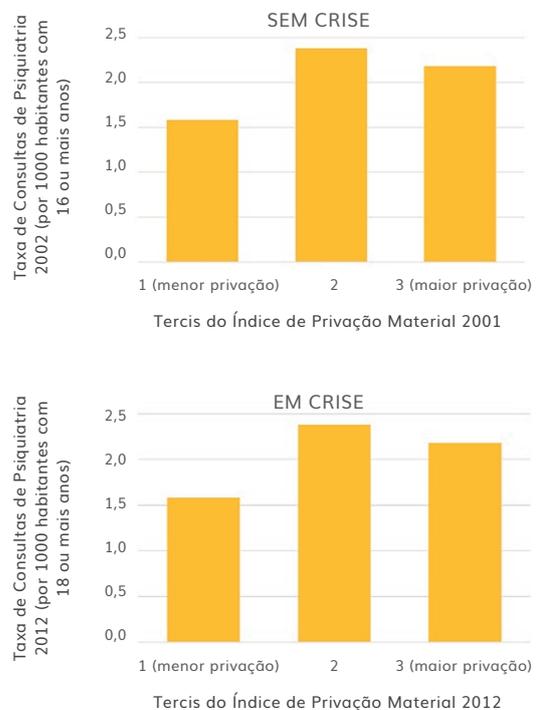


Figura 23. Relação entre privação material e consultas de psiquiatria
 Fonte: elaborado a partir de INE, 2001 e 2011 e do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

13. Internamentos e consultas em 2007 e em 2012

Houve um aumento do número de doentes internados em todas as instituições envolvidas no estudo, com a exceção do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, e um aumento do número de utentes vistos em consultas em todas as instituições, entre 2007 e 2012 (quadros 1 e 2).

Em relação às características dos utentes, entre 2007 e 2012 verificaram-se as seguintes mudanças: uma diminuição nos escalões etários mais baixos e um aumento nos escalões mais altos (50-64 e ≥65) nos internamentos em ambos os géneros; um aumento do número de consultas em todos os escalões etários nos dois géneros, com exceção do escalão dos 50-64 no género masculino (figura 24). Verificou-se ainda que os solteiros e os viúvos foram os que mais aumentaram o número de consultas, enquanto nos utentes internados isso se verificou nos divorciados/separados (figura 25). Os desempregados, estudantes, sem atividade e reformados foram os grupos profissionais com maior aumento de consultas, enquanto nos internamentos foram os desempregados e os empregados com baixa médica (figura 26).

A figura 27 mostra, entre 2007 e 2012, um aumento em todos os grupos de diagnóstico psiquiátrico nos utentes vistos em consultas, enquanto nos utentes internados houve aumento apenas em dois grupos (perturbações por utilização de substâncias e outras perturbações mentais e comportamentais) e diminuição marcada (-9%) no grupo das demências. Houve aumento na percentagem de utentes internados no número de internamentos compulsivos, de comportamentos aditivos, ideação suicida e tentativa de suicídio (figura 6), o mesmo acontecendo para os utentes das consultas com exceção dos internamentos compulsivos. Todos os tipos de intervenção aumentaram para os utentes com consultas entre 2007 e 2012, ao passo que para os que tiveram internamentos nos mesmos anos houve diminuição do uso de psicoterapias e reabilitação psicossocial (figura 7).

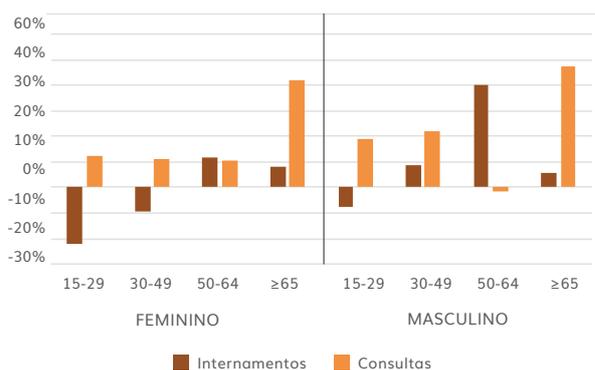


Figura 24. Variação entre 2007 e 2012 nos internamentos e nas consultas por género e grupo etário

Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

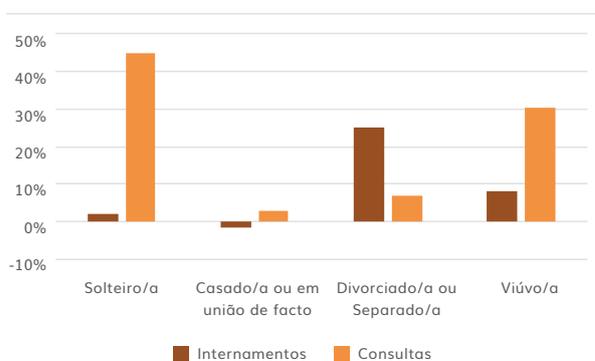


Figura 25. Variação entre 2007 e 2012 nos internamentos e nas consultas por estado civil

Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

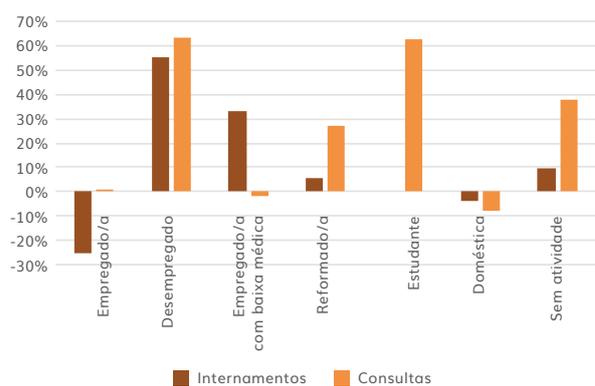


Figura 26. Variação entre 2007 e 2012 nos internamentos e nas consultas e por situação na profissão

Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)



Figura 27. Variação entre 2007 e 2012 nas consultas e nos internamentos por grupos de diagnósticos de doença mental
Fonte: elaborado a partir do levantamento de informação nos serviços de psiquiatria (2013-2014)

14. Discussão

Em termos gerais os nossos resultados mostram que, comparando o ano de 2007 (antes da crise) com o de 2012, já após a crise se ter instalado, se verifica um aumento dos internamentos e das consultas psiquiátricas nas grandes Áreas Metropolitanas de Lisboa e do Porto envolvidas no estudo. No entanto, este aumento foi mais acentuado a nível das consultas de psiquiatria do que dos internamentos.

Estes resultados confirmam a tendência revelada pelos dados divulgados no relatório Saúde Mental em Números 2014, da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2014) que mostram, entre 2011 e 2013, um aumento do registo de utentes com perturbações mentais nos CSP. Estes resultados confirmam também o aumento do número de consultas psiquiátricas verificado a nível nacional nos últimos anos (DGS, 2014), e são consistentes com o aumento da prescrição de antidepressivos e ansiolíticos registado em Portugal entre 2009-2010 e 2011-2013 (DGS, 2014).

O aumento da utilização de serviços em tempos de crise confirma os resultados do estudo anterior realizado na Europa em época de crise económica, que mostrou que a taxa de desemprego e as alterações nas taxa de desemprego e de crescimento do produto interno bruto (PIB) estavam associadas à maior utilização de serviços (Buffel et al., 2015). Neste estudo, como atrás referido, essa maior procura de cuidados foi predominantemente masculina, independente do estado de saúde mental, e deu-se principalmente junto dos clínicos gerais (Buffel et al., 2015).

Os nossos resultados mostraram um impacto da crise na utilização dos serviços de saúde mental em ambos os géneros, particularmente a nível das consultas e nos escalões etários mais elevados, embora os homens tenham tido um grande aumento dos internamentos no escalão dos 50 aos 64 anos.

Os aumentos marcados do número de internamentos no grupo etário dos 50 aos 64 anos e do número de consultas no grupo acima dos 64 sugerem que os idosos foram especialmente vulneráveis aos efeitos da crise na saúde mental em comparação com os mais jovens.

Se associarmos este dado ao facto de também observarmos um aumento da utilização das consultas nos reformados e nos sem atividade, podemos avançar a hipótese de estes factos se deverem à diminuição do rendimento associado com o corte de pensões e rendimentos e com o aumento de desemprego (despedimentos) e reformas antecipadas devidos à crise económica. Como descrito por vários autores (Muntaner et al., 1998, 2004; Meadows et al., 2002; Almeida-Filho et al., 2004), quanto mais baixo o nível de rendimento maior o risco de doença mental. Outros fatores a considerar neste grupo etário são naturalmente o isolamento social e a perda de contactos, igualmente referidos como fatores determinantes da doença mental.

O maior aumento, tanto de internamentos como de consultas, registado entre 2007 e 2012, verificou-se no grupo dos desempregados. Estes resultados são consistentes com os encontrados em Espanha, onde Gili e colaboradores mostraram que o facto de estar desempregado aumentou quase duas vezes o risco de depressão, entre 2006 e 2010, nos utentes dos cuidados de saúde primários (Gili et al., 2013), bem como com os dos estudos realizados em Inglaterra (Bebington et al., 2003) e na Dinamarca (Hansen et al., 2004), que mostraram um aumento do consumo de antidepressivos entre os desempregados.

Neste aspeto os nossos resultados vão no sentido contrário ao de autores que mostraram existir diminuição do recurso aos cuidados de saúde primários pelos desempregados na Austrália (Comino et al., 2003).

No nosso estudo, os divorciados/separados foram o grupo de estado civil com maior aumento de internamentos entre 2007 e 2012, enquanto o aumento de consultas atingiu principalmente os solteiros e viúvos. Estes resultados corroboram a evidência do aumento de morbilidade psiquiátrica em pessoas divorciadas referido numa revisão sobre o tema (Bonselaer, De Koker & Van Peer, 2008). Por outro lado, ambos os resultados sugerem que pessoas com menor apoio familiar ou social possam ter um maior risco de adoecer mentalmente quando em situações de maior stress (Ozbay et al., 2007). Pelo contrário, o grupo dos casados foi, no nosso estudo, o que não teve aumento de utilização de consultas psiquiátricas.

Em relação à variação da prevalência de internamento dos diversos grupos de psicopatologia entre 2007 e 2012, o nosso estudo vem confirmar o aumento da percentagem de internamentos por perturbações do comportamento e perturbações induzidas por drogas, bem como o decréscimo de internamentos por perturbações do humor e da ansiedade, revelados pela análise dos GDH, entre 2010 e 2013. Pelo contrário, os nossos resultados não confirmaram o aumento das psicoses também revelado pela análise dos GDH nesse período. Contrariamente ao estudo de Rodrigues (2015), não encontramos um aumento dos internamentos por perturbações depressivas e de ansiedade entre 2007 e 2012. No entanto, as diferentes metodologias utilizadas e o facto de não termos individualizado o grupo da depressão major, podem explicar esta discrepância.

Verificámos um aumento de todos os diagnósticos nas consultas entre 2007 e 2012, mas em particular nas outras perturbações mentais e comportamentais e nas psicoses. No mesmo sentido, Gili e colaboradores (2013) em Espanha encontraram também um aumento significativo da prevalência de depressão major e ansiedade generalizada nos utentes dos cuidados de saúde primários a seguir à crise. Estes resultados traduzem muito possivelmente o aumento das necessidades de cuidados a nível do ambulatório causados pela repercussão da crise económica na saúde mental da população estudada.

O grande aumento da utilização de consultas pelos utentes com perturbações por uso de substâncias entre 2007 e 2012 não foi relevante, uma vez que representam uma pequena amostra (n=68; 1,8%) do total de consultas.

14.1 Tentativas de suicídio e ideação suicida

Entre 2007 e 2012 verificou-se um aumento das tentativas de suicídio e da ideação suicida, tanto nos utentes do internamento como das consultas. Estes resultados confirmam o aumento do risco de morte por suicídio em Portugal ocorrido entre 2002 e 2012, nas áreas de maior ruralidade e privação material, descritos por Santana et al. (2015). No mesmo sentido, na Grécia um inquérito telefónico numa amostra populacional evidenciou um aumento da ideação suicida e das tentativas de suicídio entre 2009 e 2011 (Economou et al., 2013). Na Andalusia (Espanha), houve igualmente um aumento marcado das tentativas de suicídio depois da crise económica em ambos os géneros e o grupo dos 35-54 anos foi o mais atingido (Córdoba-Doña et al., 2014). No entanto, tanto na Grécia como na Andalusia (Espanha) os mais vulneráveis foram os homens (Economou et al., 2013) (Córdoba-Doña et al., 2014), os que sofriam de problemas financeiros (Economou et al., 2013; e os desempregados (Córdoba-Doña et al., 2014). Em contrapartida, no presente estudo as mulheres nas faixas etárias dos 30-49 e dos 50-64 foram particularmente vulneráveis à crise económica, apresentando um aumento significativo dos internamentos por tentativa de suicídio entre 2007 e 2012. Na Andalusia (Espanha) as mulheres também foram muito atingidas durante a recessão mas não foi possível atribuir este facto ao desemprego (Córdoba-Doña et al., 2014).

Podemos pôr a hipótese de, entre nós, as dificuldades económicas aliadas ao papel social que as mulheres desempenham, as poderem tornar um grupo mais vulnerável em situações em que as famílias sejam afetadas por situações de crise. Não podemos deixar de realçar que, devido à alta taxa de ocupação das mulheres em Portugal (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2015),

aspectos como redução de salários, despedimentos e dificuldades na gestão do orçamento familiar poderão ter tido um efeito particularmente intenso neste grupo.

14.2 Padrão de utilização dos serviços

Entre 2007 e 2012 os internamentos compulsivos aumentaram em 10% nos utentes internados, o que pode ser explicado pelo facto de as patologias específicas em que se verificou o maior aumento de internamento - perturbações de utilização de substâncias e outras perturbações mentais e comportamentais – serem patologias em que o internamento compulsivo é especialmente frequente.

Embora os nossos resultados mostrem um aumento em todos os tipos de intervenção para os utentes com consultas entre 2007 e 2012, nos utentes que tiveram internamentos no mesmo período houve uma diminuição marcada do uso de psicoterapias e, em menor escala, de reabilitação psicossocial. Este dado poderá estar associado à redução de profissionais nos serviços de internamento de psiquiatria relacionada com a crise económica.

14.3 Privação material e social

A associação positiva entre o número de internamentos por doença mental e os níveis de privação, tanto material como social, indica que o efeito da crise não se faz sentir de modo uniforme em todas as áreas, mas é mais intenso em áreas contextualmente mais vulneráveis. O mesmo podemos dizer em relação à associação positiva entre os níveis de privação, tanto material como social, e o número de consultas antes da crise. No entanto, a nível das consultas, esse efeito perde-se no período durante a crise, uma discrepância que exige uma análise mais detalhada dos nossos dados.

15. Limitações

Uma das limitações principais da interpretação dos nossos resultados é devida ao facto de termos utilizado apenas duas regiões de Portugal, as Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto.

A outra limitação está relacionada com a implementação do Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), que proporcionou uma expansão dos serviços de saúde mental ambulatoriais e comunitários entre 2007 e 2011. A partir de 2012, devido aos cortes orçamentais nos serviços, essa tendência foi invertida. Uma parte do aumento da utilização das consultas psiquiátricas pode dever-se simplesmente à sua maior acessibilidade até 2011.

16. Conclusões

O presente estudo apresenta pela primeira vez avaliações ao longo do tempo dos utentes que recorreram ao internamento e às consultas de psiquiatria nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto, por consulta dos processos clínicos, permitindo avaliar o impacto da crise económica na utilização dos serviços.

Os resultados vêm mostrar que em Portugal, como noutros países europeus, a crise económica teve grande impacto na saúde mental da população, que se traduziu no aumento da utilização do internamento psiquiátrico e, de forma mais marcada, das consultas de psiquiatria. Mostram também que este aumento de utilização de internamento psiquiátrico está significativamente associado com a maior privação material e social das áreas de residência dos utentes. O efeito da crise económica foi particularmente gravoso no grupo dos idosos e dos desempregados. As tentativas de suicídio e a ideação suicida também aumentaram nos utentes dos serviços psiquiátricos, e de forma significativa nas mulheres.

Não podemos deixar de salientar que estes resultados apontam para a necessidade premente do reforço dos serviços ambulatoriais, tanto nos cuidados de saúde primários como psiquiátricos, que possam responder às maiores necessidades decorrentes da crise. Torna-se igualmente necessário, como defendido por vários especialistas (Wahlbeck, McDaid, 2013) e pela OMS (WHO, 2011), proceder ao reforço de políticas sociais e de programas que reduzam o impacto das dívidas e promovam o emprego e o apoio social dos grupos mais vulneráveis.

Agradecimentos

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do projeto de investigação PTDC/ATP-GEO/4101/2012, SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das Condicionantes Locais e Económicas e da bolsa de doutoramento SFRH/ BD/92369/2013, financiados por Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Agradece-se ao grupo de investigação do projeto SMAILE (Benedetto Saraceno, Carla Nunes, Joana Lima, João Ferrão, Maria do Rosário Partidário e Pedro Pita Barros) pelos contributos ao longo destes dois anos de desenvolvimento do projeto.

Agradecemos às Administrações dos Hospitais Prof. Dr. Fernando Fonseca, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e Hospital Magalhães Lemos por terem aceite participar no estudo SMAILE. Queremos também agradecer aos responsáveis dos serviços de psiquiatria respetivos (Prof. Doutora Teresa Maia, Dr. Luís Sardinha, Dr. José Salgado e Prof. Dr. António Leuschner) por disponibilizarem a utilização da informação clínica dos seus utentes e facilitarem aos seus colaboradores a participação no estudo.

Um agradecimento especial para todos os colaboradores dos serviços de psiquiatria que participaram na colheita da informação clínica. Do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental – Drs. Ana Sofia Sequeira, Daniel Neto (coordenadores), Hugo da Silva, Ricardo Duque e Sérgio Pereira; do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa – Drs. Rafael Costa (coordenador), Beatriz Lourenço, Catarina Agostinho, Ciro Oliveira, Filipe Gonçalves, Filipe Vicente, Gonçalo Sobreira, Guilherme Pereira, Gustavo Jesus, Inês Coelho, João Oliveira, Marco Duarte, Margarida Bairrão, Miguel Nascimento, Sérgio Saraiva, Sofia Charro, Tiago Sousa e Vânia Viveiros; do Hospital Magalhães Lemos – Drs. Sofia Gomes (coordenadora), Catarina Cochat, José Luís Fernandes, Maria Lima Peixoto, Marlene Alves, Marta Queirós e Vítor Pimenta; e do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca – Drs. Ana Filipa Correia, Guilherme Borges Martins, Salomé Magalhães (coordenadores), Márcia Sequeira, Marta Nascimento, Sara Castro, Sofia Barbosa e Sílvia Batista.

Referências Bibliográficas

Almeida-Filho, N., Lessa, I., Magalhães, L., Araújo, M., Aquino, E., & Kawachi, I. (2004). Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Social Science & Medicine*, 59(7), 1339–1353.

Almog, M., Curtis, S., Copeland, A., & Congdon, P. (2004). Geographical variation in acute psychiatric admissions within New York City 1990-2000: growing inequalities in service use? *Social Science & Medicine*, 59(2), 361–376.

Andrade, L., Viana, M., Tófoli, L., & Wang, Y. (2008). Influence of psychiatric morbidity and sociodemographic determinants on use of service in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(1), 45–53.

Bebbington, P., Brugha, T., Meltzer, H., Jenkis, R., Ceresa, C., Farrell, M., & Lewis, G. (2003). Neurotic disorders and the receipt of psychiatric treatment. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 108–114.

Bronselaer, J., De Koker, B., & Van Peer, C. (2008). The impact of divorce on the health status of ex-partners. *Archives of Public Health*, 66(4), 168-186.

Buffel, V., van de Straat, V. & Bracke, P. (2015). Employment status and mental health care use in times of economic contraction: a repeated cross-sectional study in Europe, using a three-level model. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 29.

Burns, J. & Esterhuizen, T. (2008). Poverty, inequality and the treated incidence of first-episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 331–335.

Cohidon, C., Imbernon, E. & Gorldberg, M. (2009). Prevalence of common mental disorders and their work consequences in France, according to occupational category. *American Journal of Industrial Medicine*, 52(2), 141–152. doi: 10.1002/ajim.20656

Comino, E., Harris, E., Chey, T., Manicavasagar, V., Penrose Wall, J., Powell Davies, G., & Harris, M. (2003). Relationship between mental health disorders and unemployment status in Australian adults. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(2), 230–235. doi: 10.1046/j.1440-1614.2003.01127.x

Córdoba-Doña, J., San Sebastián, M., Escolar-Pujolar, A., Martínez-Faure, J., & Gustafsson, P. (2014). Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, Southern Spain. *International Journal for Equity in Health*, 13:55. doi:10.1186/1475-9276-13-55.

DGS, 2014. Saúde Mental em Números 2014 Ministério da Saúde, ed., 1–106.

Economou, M., Madianos, M, Peppou, L.E., Thelertitis, C., Patelakis, A., & Stefanis, C. (2013). Suicidal ideation and reported attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry*, 12(1), 53-9. doi: 10.1002/wps.20016.

Evans-Lacko, S., Knapp, M., McCrone, P., Thornicroft, G., & Motjabai, R. (2013). The mental health consequences of the recession: economic hardship and employment of people with mental health problems in 27 European countries. *PLoS ONE*, 8(7), e69792. doi: 10.1371/journal.pone.0069792

- Gili M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108. doi: 10.1093/eurpub/cks035.
- Hansen, D., Søndergaard, J., Vach, W., Gram, L., Rosholm, J., Mortensen, P., & Kragstrup, J. (2004). Socio-economic inequalities in first-time use of antidepressants: a population-based study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 60(1), 51–55.
- Henderson, C., Liub, X., Diez Rouxe, A.V., Linkd, B.G., Hasind, D. (2004). The effects of US state income inequality and alcohol policies on symptoms of depression and alcohol dependence. *Social Science & Medicine*, 58(3), 565–575.
- Henderson, C., Thornicroft, G. & Glover, G. (1998). Inequalities in mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 173, pp.105–109. doi: 10.1192/bjp.173.2.105
- Jenkins, R., Lewis G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., & Meltzer, H. (2003) The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain--initial findings from the household survey. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 29–42.
- Marín-León, L., Oliveira, H., Dalgarrondo, P., & Botega, N. (2007). Social inequality and common mental disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(3), 250–253.
- Meadows, G., Singh, B., Burgess, P., & Bobevski, I. (2002). Psychiatry and the need for mental health care in Australia: findings from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(2), 210–216.
- Mojtabai, R. (2008). Increase in antidepressant medication in the US adult population between 1990 and 2003. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(2), pp.83–92. doi:10.1159/000112885
- Muntaner, C., Eaton, W., Djala, C., Kessler, R., Sorlie, P. (1998). Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups of psychiatric disorders. *Social Science & Medicine*, 47(12), 2043–2053.
- Muntaner, C. (2004). Socioeconomic Position and Major Mental Disorders. *Epidemiologic Reviews*, 26(1), 53–62.
- Ozby, F., Johson, D., Dimoulas, E., Morgan, C., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social Support and Resilience to Stress. *From Neurobiology to Clinical Practice. Psychiatry* (Edgmont), 4(5): 35–40
- Parslow, R. & Jorm, A. (2000). Who uses mental health services in Australia? An analysis of data from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(6), 997–1008. doi: 10.1046/j.1440-1614.2000.00839.x
- Perälä, J., Saami, S., Ostamo, A., Pirkola, S., Haukka, J., Härkänen, T., Koskinen, S., Lönnqvist, J., & Suvisaari, J. (2008). Geographic variation and sociodemographic characteristics of psychotic disorders in Finland. *Schizophrenia Research*, 106(2-3), 337–347. doi: 10.1016/j.schres.2008.08.017
- Rodrigues, D. (2015). *Perfil de internamentos por Depressão Major no SNS português nos anos de 2008 e 2013* - Tese de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, ed., 1–154.
- Saldivia, S., Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., & Torres, S. (2004). Use of mental health services in Chile. *Psychiatric Services*, 55(1), 71–76. doi: 10.1176/appi.ps.55.1.71
- Santana, P., Costa, C., Cardoso, G., Loureiro, A., Ferrão, J. (2015). Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health and Place*, 35:85-94. doi: 10.1016/j.healthplace.2015.07.001
- Vorcaro, C., Rocha, F., Uchoa, F., & Lima-Costa, M. (2004). The burden of social phobia in a Brazilian community and its relationship with socioeconomic circumstances, health status and use of health services: the Bambui study. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(3), 216–226. doi: 10.1177/0020764004043131
- Wahlbeck K. & McDaid D. (2012). Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*, 11(3), 139-145.
- Wei, W., Sambamoorthi, U., Olfson, M., Walkup, J.T., & Crystal, S. (2005). Use of psychotherapy for depression in older adults. *The American Journal of Psychiatry*, 162(4), 711–717. doi:10.1176/appi.ajp.162.4.711
- WHO (World Health Organization). (2011). *Impact of economic crises on mental health*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark.
- Zhang, J., Ho, S. & Woo, J. (2005). Assessing mental health and its association with income and resource utilization in old-old Chinese in Hong Kong. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(3), 236–243. Doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00019442-200503000-00009>
- Zimmerman, F. & Bell, J. (2006). Income inequality and physical and mental health: testing associations consistent with proposed causal pathways. *Journal of epidemiology and community health*, 60(6), 513–521. doi: 10.1136/jech.2005.040154

Bases de dados

Fundação Francisco Manuel dos Santos (2015) PORDATA, Base de Dados Portugal Contemporâneo. Acedido em 20.10.2015 em [http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+atividade+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-547](http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+atividade+total+e+por+sexo+(percentagem)-547)

2.3 A procura pelos cuidados de urgência de saúde mental em Portugal em tempos de crise

Sofia Vaz⁽¹⁾, Pedro Ramos⁽²⁾ e João Felgueiras⁽³⁾

(1) Assessoria Conselho Diretivo, Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.; (2) Diretoria Clínica, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; (3) Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.

DOI: http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1_7

Em Portugal, não existe evidência sobre o impacto da crise económica na procura e acesso aos serviços de saúde por pacientes com problemas de saúde mental.

Neste capítulo, apresentamos alguma evidência a favor de uma mudança na natureza dos problemas de saúde que atingiram os serviços de urgência (SU) portugueses durante o pico da crise económica no país.

Utilizando dados de três SUs - centro hospitalar de São João, centro hospitalar do Médio Ave (Hospital João de Deus e Hospital Conde São Bento) – encontramos um aumento significativo da procura do SU de saúde mental em 2012, comparativamente com atendimentos não relacionados à saúde mental, com aumento do número de atendimentos triados como urgentes (amarelo) e muito urgentes (laranja) e dos atendimentos que resultaram em internamento e alta para a consulta externa hospitalar ou cuidados primários.

Os nossos resultados sugerem que uma das prioridades de financiamento durante períodos de crise financeira deverá ser a área da saúde mental, a fim de lidar com o aumento da procura destes serviços.

In Portugal, to our knowledge, there is no evidence on the effects of the economic crisis on the demand for and accessibility to health services by patients with mental health problems.

On this chapter, we provide some evidence in favor of a change on the nature of health problems that reached Portuguese Emergency Departments (EDs) during the peak of the economic crisis in our country. Using data from three EDs - centro hospitalar de São João, centro hospitalar do Médio Ave (Hospital João de Deus e Hospital Conde São Bento) – we found a significant increase on the demand for Mental Health ED in 2012, compared with the demand for non-Mental Health ED, which decreased during this period. We also found that this increase in mental health related ED demand was mainly due to urgent (yellow) and very urgent (orange) visits and to visits which resulted in hospitalization or discharge to hospital outpatient or primary care follow-up.

Our results suggest that Mental Health should be one of the priorities in terms of Health financing during periods of economic crisis, in order to cope with the increased pressure for these services.

1. Introdução

Os efeitos na saúde da população de uma economia em contração são normalmente difíceis de estimar devido à existência de diversos determinantes da saúde com efeitos opostos, que interagem entre si durante uma recessão (Ruhm, 2003; Catalano, 2009).

Excepcionalmente, a saúde mental é pró-cíclica, o que a torna numa das áreas mais estudadas durante períodos de crise económica e financeira. Existe hoje um vasto leque de estudos que inequivocamente relacionam aumentos repentinos nas taxas de desemprego e dificuldades financeiras com um risco significativamente aumentado de problemas de saúde mental, como depressão, abuso de álcool e suicídio. (Viinamaki et al., 2000; Warner, 2004; Evans-Lacko et al., 2013).

No largo espectro da psiquiatria e saúde mental, as condições socioeconómicas desfavoráveis são reconhecidamente factor de risco para o desenvolvimento de múltiplas perturbações, como sejam perturbações depressivas, perturbações de ansiedade, perturbações ligadas ao consumo de álcool e outras substâncias e algumas perturbações da linha psicótica. *Life-events* stressantes, como o desemprego, a perda de rendimentos ou mudanças marcadas no estatuto sócioeconómico, são precipitantes comuns de perturbações psiquiátricas, sobretudo de natureza depressiva e de ansiedade (APA, 2013; Saraiva, 2014). Teoricamente, não será também de excluir que, num contexto de cronicidade de várias perturbações, quer da linha neurótica, quer da psicótica, quebras de *compliance* terapêutica promovidas por dificuldades financeiras, possam gerar agudizações destes quadros.

Estudos sobre os efeitos da recente crise económica sobre a saúde mental em países europeus têm relatado um aumento alarmante das depressões profundas, da ansiedade e até mesmo das taxas de suicídio na Grécia, (Madianos et al., 2011; Economou et al., 2012; Giotakos et al., 2012; Economou et al., 2013a; Economou et al., 2013b). Apesar de estes padrões extremos terem sido descartados em Portugal (Ayuso-Mateos et al., 2013) e Espanha (Fernandez-Rivas and Gon-

zalez-Torres, 2013), alguns autores relataram um aumento na procura de serviços de saúde espanhóis por doentes com problemas de saúde mental. (Gili et al., 2012; Bartoll et al., 2014)

Em Portugal, não existe evidência sobre o impacto da crise económica na procura e acesso aos serviços de saúde por pacientes com problemas de saúde mental. Houve alguns relatos de um aumento na prevalência de problemas de saúde mental em consultas de cuidados de saúde primários, embora um estudo sistemático ainda não exista.

Nós analisámos a utilização dos serviços de urgência com valência de saúde mental por duas principais razões: em primeiro lugar, a utilização é um *proxy* para o estado de saúde, principalmente quando comparado com *outcomes* mais sérios, como o suicídio, que é muitas vezes o resultado final de um longo processo de perturbação mental; em segundo lugar, o serviço de urgência é um *stakeholder* vital num sistema de saúde, especialmente durante os períodos de crise: é onde a maioria dos pacientes são conduzidos quando enfrentam um grave problema (mental) e, em Portugal, é ainda o serviço de saúde que a maioria dos pacientes procura mesmo perante problemas menores.

2. Métodos

O nosso estudo utilizou os dados eletrónicos de três serviços de urgência (SU) do norte de Portugal - um SU polivalente classificado como SU psiquiátrico metropolitano, um SU médico-cirúrgico de um serviço de saúde mental local, e um SU básico de um hospital não-especializado.

O centro hospitalar de São João (CHSJ) é o maior hospital académico do norte de Portugal. O seu SU polivalente atende em média 150 000 pacientes por ano e é o SU de última linha para 41 de 86 municípios do norte do país, cobrindo uma população de quase dois milhões de pessoas. O centro hospitalar Médio-Ave (CHMA) é um hospital de âmbito local, que cobre uma população de cerca de 250 000 pessoas na região do Vale do Ave. O centro hospitalar é composto por dois

hospitais: o Hospital Conde de São Bento em Santo Tirso, que possui um serviço de urgência básico, e o Hospital São João de Deus em Farnalim, que tem um SU médico-cirúrgico e um SU pediátrico especializado.

Na prestação de cuidados urgentes de psiquiatria, os três hospitais constantes deste estudo estão integrados na urgência metropolitana de psiquiatria do Porto (UMPP). A UMPP é uma área física do serviço de urgência do CHSJ, no Porto – a unidade polivalente avaliada neste trabalho – que está ao encargo dos profissionais de nove instituições hospitalares (sete centros hospitalares, uma unidade local de Saúde e um hospital psiquiátrico) que prestam serviço assistencial na Área Metropolitana do Porto. Encontra-se em atividade 24 horas por dia e presta assistência de cuidados urgentes em psiquiatria e saúde mental: 1) aos doentes triados no SU do CHSJ com fluxogramas afectos a esta área; 2) aos doentes avaliados em qualquer uma das instituições integrantes da UMPP com necessidade de cuidados urgentes de psiquiatria, que são assim transferidos fisicamente para o CHSJ; 3) aos doentes com necessidade de cuidados urgentes de psiquiatria da região de saúde do norte, extra-UMPP, em horário em que o hospital de referência da área não tenha disponível prestação de cuidados especializados em psiquiatria (sobretudo períodos noturnos).

Para o estudo da procura dos SU de saúde mental, utilizámos os fluxogramas da Triagem de Manchester. Fluxogramas de "doença mental", "auto agressão" e "comportamento estranho" foram classificados como problemas relacionados com condições de saúde mental. Todos os restantes fluxogramas da Triagem de Manchester foram agrupados num único conjunto respeitante a todas as outras condições relacionadas à saúde. A figura 1 apresenta o fluxograma de "doença mental", nomeadamente os discriminadores clínicos que orientam cada classificação de triagem.

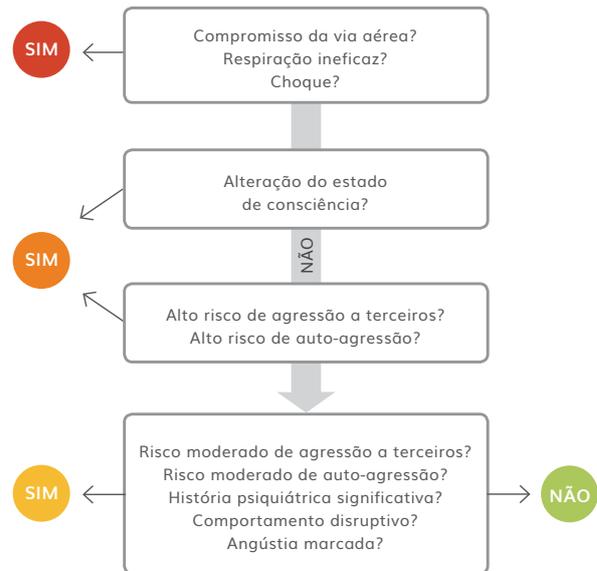


Figura 1. Fluxograma de doença mental da triagem de Manchester
Fonte: Emergency Triage, Manchester Triage Group, 2nd ed.

A utilização da triagem para seleccionar o grupo de estudo apresenta a vantagem de dar uma imagem das razões que levaram o paciente ao SU, em oposição aos dados de diagnóstico final que, à data, eram pouco relatados ou que podem ser completamente alheios à admissão no SU; o diagnóstico final em contexto de urgência, quando presente, é relativamente inespecífico¹.

No nosso estudo, comparamos a utilização do SU de saúde mental durante os primeiros 6 meses de 2011 e os primeiros 6 meses de 2012. A implementação do programa de assistência financeira em Portugal teve início no segundo semestre de 2011, pelo que este período de estudo deve fornecer uma janela de tempo ampla antes e após o início das medidas de austeridade. O ano de 2012 coincide também com o período de agravamento do cenário macroeconómico, tendo sido um dos anos de maior recessão da história portuguesa. A figura 2 dá uma imagem clara da deterioração da economia portuguesa durante este período. Na análise multivariada, utilizamos um modelo de regressão logística para estudar o impacto do início das medidas de austeridade sobre a utilização do SU por problema de saúde mental. A

1. Por outro lado, pelas limitações inerentes no processo de triagem, haverá doentes que são incorretamente triados para a área psiquiátrica (pelo facto de terem antecedentes psiquiátricos em registo, embora não recorram ao SU por motivos desta natureza) bem como doentes que, tendo dado entrada por causa diretamente atribuível a alguma perturbação psiquiátrica, apresentam complicações de outra natureza com necessidade mais urgente de cuidados, com classificação diferente em triagem (e.g. fluxograma de "sobredosagem e envenenamento"), sendo depois avaliados pela psiquiatria, sem novo processo de triagem.

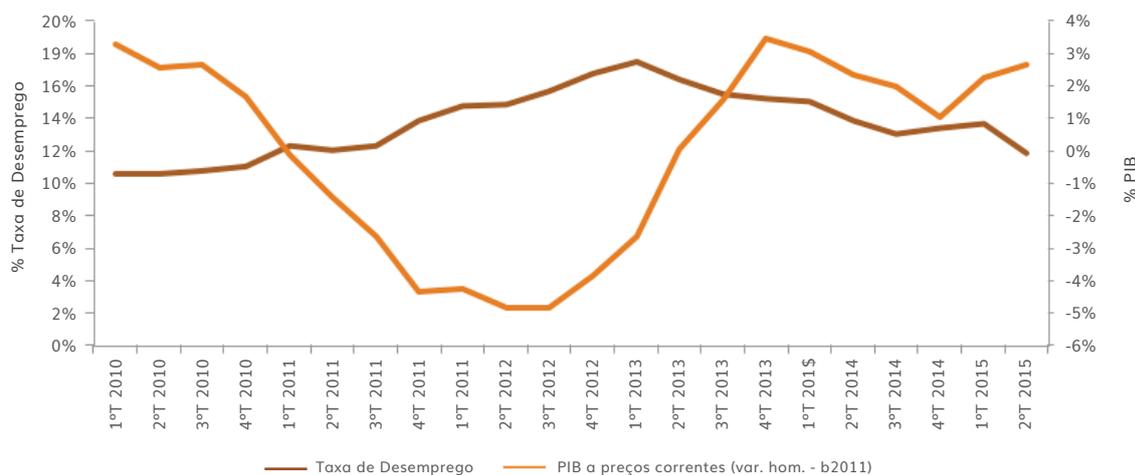


Figura 2. Evolução da taxa de desemprego e do produto interno bruto (PIB) português entre 2010 e 2015
 Fonte: elaborado a partir de dados do INE

variável dependente é assim binária, representando a probabilidade de uma visita ao SU estar relacionada com uma doença mental, em comparação com atendimentos relacionados com todas as outras questões de saúde. A variável independente chave é uma variável binária "ano" que representa o período antes e após o início das medidas de austeridade/agravamento do cenário socioeconómico (0 em 2011 e 1 em 2012).

Adicionalmente, diferenciámos este efeito de acordo com a gravidade da patologia no momento de acesso ao SU, através da classificação da Triagem de Manchester: "azul" (não urgente) e "verde" (normal) foram consideradas visitas de baixa gravidade; "amarelos" (urgentes) foram consideradas visitas de gravidade intermédia; "laranja" (muito urgente) e "vermelho" (emergente) foram consideradas visitas de alta gravidade. As variáveis de confundimento incluem o nível do SU, o sexo do paciente, a sua idade na admissão, o seu estatuto de isenção de taxa moderadora (não-isentos, dispensados por razões económicas, isentos de doença crónica ou isento por outras razões), a data do atendimento (o mês, o dia - semana versus fim de semana - e a hora - noite versus dia), o subsistema do paciente (Serviço Nacional de Saúde (SNS), subsistemas públicos, subsistemas privados, seguros privados ou outros), a proveniência do paciente (sem referência versus referenciado - pela rede de cuidados de saúde, transferência de hospitais públicos ou de hospitais privados), o destino do doente após a alta (alta para o exterior não-referenciado ver-

sus internamento ou alta com referência para os cuidados de saúde primários (CSP) ou consulta externa) e a distância do centro município de residência do paciente ao SU (em quilómetros).

O STATA Ver.12 © foi usado para construir o modelo. A variável distância, foi criada utilizando o ArcGIS (v.10.0, Environmental Systems Research Institute, Redlands, CA) - introduzindo a informação geográfica dos pacientes - o seu município registado - para calcular a rota mais curta entre o centro do município e o SU.

3. Resultados

Durante todo o período de análise, utilizámos um conjunto de 230 936 visitas nos SU's selecionados. O quadro 1 apresenta a estatística descritiva da amostra, separadamente para os episódios de saúde mental e de saúde não mental.

O quadro 2 apresenta o número de atendimentos estratificado por tipo de episódio de SU (saúde mental e saúde não mental) e gravidade do episódio, para cada um dos períodos analisados.

De 2011 para 2012 o número global de visitas ao SU diminuiu 8,60% em todos os níveis de SU. No entanto, este número resulta de comportamentos diferentes entre os dois grupos analisados – episódios de urgência de saúde mental e episódios não relacionadas com saúde mental: nos episódios não relacionadas com saúde mental houve uma dimi-

Quadro 1. Estatística descritiva da amostra

	Episódios de saúde mental (n= 16 609)	Episódios não relacionados a saúde mental (n= 221 478)
Sexo (% Feminino)	57,9 %	53,4 %
Idade (média ± d.p.)	48 ± 18	53 ± 20
Distância (média ± d.p.)	18,4 ± 24,5	13,5 ± 22,5
Isenção (% Não isentos)	32,8 %	40,1 %
Proveniência (% Referenciados)	29,7 %	11,4%
Subsistema (% Não SNS)	94,0 %	91,2 %
Nível SU (% SU méd.-cir.)	7,1%	24,9%
Nível SU (% SU básico)	2,8%	10,6 %

Fonte: elaborado a partir dos dados eletrónicos dos serviços de urgência

problemas de saúde mental (-19,71%). Da mesma forma, considerando o destino após a alta, houve um comportamento diferente entre a procura por saúde mental e por saúde não-mental: os internamentos ou referências para consulta externa ou CSP aumentaram significativamente em 2012 nos atendimentos de saúde mental, enquanto que se mantiveram estáveis nos atendimentos não relacionados a saúde mental.

Os resultados da análise multivariada (quadro 3) mostram que, após o ajuste para idade, sexo, distância para o SU e outras variáveis de confundimento, e independentemente da gravidade na

Quadro 2. Análise descritiva da procura por SU, de acordo com o tipo de doença e gravidade do episódio. O *p-value* resulta de um teste t que compara se as médias de procura mensal (para cada grupo) não diferiram entre os 2 anos. Assim, em todas as categorias, considerou-se $H_0: \mu_{2011} = \mu_{2012}$

NÚMERO TOTAL DE ATENDIMENTOS Variação homóloga	2011		2012			
	120 871		110 479 - 8,60%			
	SAÚDE NÃO-MENTAL			SAÚDE MENTAL		
	2011	2012	<i>p-value</i>	2011	2012	<i>p-value</i>
NÚM. DE ATENDIMENTOS (%total)	113 425	102 932		7 446 (6,16%)	7 547 (6,83%)	
Variação homóloga (var. hom. na % no total dos anos)		-9,25 %			1,36 % (10,89%)	
AT. GRAVIDADE ALTA	15 100	14 012	P>0.05	883	924	P>0.05
Variação homóloga		-7,21 %			4,64 %	
AT. GRAVIDADE INTERMÉDIA	59 475	54 399	P<0.05	5 741	5 963	P<0.05
Variação homóloga		-8,52 %			3,87 %	
AT. GRAVIDADE BAIXA	38 850	34 521	P<0.05	822	660	P<0.05
Variação homóloga		-11,14 %			-19,71 %	
PACIENTES INTERNADOS	10 467	10 478	P>0.05	547	599	P<0.05
Variação homóloga		+0,11 %			+9,51 %	
PACIENTES REF. P/ CONSULTA EXTERNA HOSPITALAR OU CSP	34 635	34 748	P>0.05	2 141	2 281	P<0.05
Variação homóloga		+0,33 %			+6,54 %	

Fonte: elaborado a partir dos dados eletrónicos dos serviços de urgência

nuição de 9,25%, enquanto que nos episódios de SU de saúde mental, houve um aumento de 1,36% no período analisado. Este aumento ocorreu principalmente nos episódios de gravidade alta e média (4,64% e 3,87%, respetivamente). O número de atendimentos de baixa gravidade diminuiu para ambos os tipos de doença, com decréscimo mais elevado a ser sentido pelos pacientes com

admissão, as *odds* de um atendimento no SU estar relacionado com um problema de saúde mental eram cerca de 15% maior em 2012 que em 2011.

O modelo também demonstra que, em geral, os atendimentos de urgência de saúde mental são mais frequentes no SU polivalente e são, por norma, atendimentos com maior gravidade na

Quadro 3. Resultados do modelo *logit*. A variável dependente é uma variável binária que toma o valor de 1 se o episódio de SU é um atendimento de saúde mental (como definido no texto) e 0 se é um atendimento de saúde não-mental. O número de observações é 230 936. Os níveis de base das variáveis são: ano 2011, SU polivalente, mês janeiro, data de admissão dia da semana, momento de admissão dia, gravidade do atendimento gravidade baixa, estatuto de isenção não isento, subsistema SNS, proveniência do doente "auto-referenciado" e sexo masculino. A significância estatística segue a notação: ** p < 0.05*** ; p < 0.01

	Odds Ratio	IC 95%
CONSTANTE	.044 ***	0.040 – 0.048
ANO		
2012	1.153 ***	1.115 – 1.191
NÍVEL SU		
SU médico-cirúrgico	.240 ***	0.227 – 0.255
SU básico	.289 ***	0.265 – 0.315
MÊS		
Fevereiro	1.034	0.975 – 1.095
Março	1.062 **	1.004 – 1.124
Abril	1.077 **	1.017 – 1.141
Maio	1.050	0.992 – 1.110
Junho	1.072 **	1.012 – 1.134
DATA DE ADMISSÃO		
Fim de semana	.973	0.938 – 1.009
MOMENTO DE ADMISSÃO		
Noite	.970	0.933 – 1.008
GRAVIDADE DO ATENDIMENTO		
Gravidade intermédia	4.012 ***	3.827 - 4.205
Gravidade alta	2.444 ***	2.290 – 2.609
ESTATUTO DE ISENÇÃO		
1 (Económico)	1.084 **	1.035 – 1.135
2 (Crónico)	1.062	0.995 – 1.134
3(Isento outros)	1.686 ***	1.593 – 1.783
SUBSISTEMA DE SAÚDE		
Subsistema público	1.141 ***	1.061 – 1.227
Subsistema privado	0.978	0.622 – 1.537
Seguro de saúde vol.	0.040 ***	0.026 – 0.060
Outros	1.794 ***	1.566 – 2.056
IDADE	1.032 ***	1.027 – 1.037
IDADE2	0.998 ***	0.998 – 0.999
DISTÂNCIA	1.207 ***	1.185 – 1.230
PROVENIÊNCIA DO DOENTE		
Referenciado CSP/ Transf. hosp.	1.972 ***	0.637 – 0.721
SEXO		
Feminino	1.241 ***	0.193 – 0.250

Fonte: elaborado a partir dos dados eletrónicos dos serviços de urgência

triagem, como esperado. Adicionalmente, estes atendimentos são mais comuns entre mulheres, entre adultos de meia idade, beneficiários de subsistemas públicos, utentes referenciados pela rede CSP ou transferidos de outros hospitais e residentes em localidades mais distantes do SU. Adicionalmente, investigámos se aspetos específicos da procura pelo SU de saúde mental tiveram uma contribuição especial para o aumento de utilização que encontramos. Especificamente, estudámos o efeito do sexo, da idade, da distância que o doente teve que percorrer, da proveniência do paciente, da gravidade do episódio na triagem e do destino após a alta, na variação de utilização do SU entre os períodos analisados. Para tal, interagimos a variável-chave "ano" com cada uma destas variáveis, e apresentamos estes resultados no quadro 4.

Quadro 4: Resultados do modelo *logit*. A variável dependente é uma variável binária que toma o valor de 1 se o episódio de SU é um atendimento de saúde mental (como definido no texto) e 0 se é um atendimento de saúde não-mental. Os níveis de base das variáveis são: ano 2011, SU polivalente, mês janeiro, data de admissão dia da semana, momento de admissão dia, gravidade do atendimento gravidade baixa, estatuto de isenção não isento, subsistema SNS, proveniência do doente "auto referenciado" e sexo masculino. Por razões de espaço, são apresentados apenas os resultados de interesse (os OR das restantes variáveis seguem o sentido esperado e estão disponíveis mediante solicitação aos autores). A significância estatística segue a notação: * p < 0.1 ; ** p < 0.05*** ; p < 0.01

	Odds Ratio	IC 95%
ANO * SEXO		
2012 * Feminino	0.902 **	0.844 – 0.963
ANO * IDADE		
	0.999	0.998 -1.001
ANO* DISTÂNCIA		
	1.047 **	1.011 – 1.083
ANO * GRAVIDADE DO ATENDIMENTO		
2012 * Gravidade intermédia	1.279 ***	1.164 – 1.405
2012 * Gravidade alta	1.277 ***	1.122 – 1.453
ANO* DESTINO APÓS A ALTA		
2012 * Internados /Referenciados CE	1.072 *	1.010 – 1.137
ANO * PROVENIÊNCIA DO DOENTE		
2012 * Referenciado CSP/ Transf. hosp	1.122 **	1.039 – 1.211

Fonte: elaborado a partir dos dados eletrónicos dos serviços de urgência

Os resultados do quadro 4 sublinham a existência de subgrupos específicos que aumentaram a procura pelo SU de Saúde mental, e que assim contribuíram para os resultados gerais. Especificamente, encontrámos que em 2012 os atendimentos de saúde mental foram mais frequentes entre homens, não isentos de taxa moderadora, residentes em localidades mais afastadas dos SU e que se deslocaram ao SU com referênciação pela rede de CSP ou por transferência de outros hospitais. Adicionalmente, entre os atendimentos de saúde mental, pareceu existir um escalonamento da gravidade da condição clínica dos pacientes, representada pela maior frequência de atendimentos de saúde mental com categorias de triagem de gravidade intermédia (amarela) e alta (laranja e vermelha) e de atendimentos que tiveram como destino o internamento ou a consulta externa hospitalar.

4. Discussão

Baixos níveis de saúde mental durante crises económicas dependem de vários fatores, que vão da resistência cultural das populações de diferentes países (Ayuso-Mateos et al., 2013), à disponibilidade de serviços de saúde, nomeadamente instituições sociais que desempenham um papel inestimável no apoio mental e social em Portugal, e à retaguarda sócio-familiar, que é central no processo de cuidar.

No secção anterior apresentámos alguma evidência a favor de uma mudança na natureza dos problemas de saúde que atingiram os serviços de urgência portugueses durante o pico da crise económica no país. Independentemente do nível do SU na rede de urgência e emergência portuguesa, encontrámos um aumento em 2012 – após o início do programa de assistência financeira em Portugal - de episódios de SU relacionados com problemas de saúde mental, em comparação com 2011 – antes do início do programa. Além deste aumento da procura de cuidados de saúde mental, encontrámos uma escalada na gravidade dos atendimentos no SU relacionados com saúde mental: atendimentos de gravidade intermédia e alta aumentaram em 2012, enquanto que as visitas de

baixa gravidade diminuíram acentuadamente entre os dois anos; da mesma forma, atendimentos que resultaram em internamento ou referênciação para a consulta externa também aumentaram em 2012. Estes resultados contrastam com a procura do SU para cuidados de saúde não relacionados com problemas de saúde mental, que reduziram durante este período em todos os níveis de gravidade e/ou referênciação após a alta.

Apesar da gravidade atribuída pela Triagem de Manchester surgir como um dos meios mais acessíveis e intuitivos disponíveis para avaliar a gravidade dos casos, é relevante assumir que este método peca por inespecífico na área da saúde mental, considerando que a grande maioria dos doentes é inespecificamente triado com pulseira amarela, enquadrando-se dentro deste nível uma grande heterogeneidade de perturbações e gravidade clínicas. As pulseiras laranja são sobretudo atribuídas a casos de agitação psicomotora grave ou mandados de condução, o que não é necessariamente critério de gravidade clínica. Já a taxa de internamentos/referênciação para outros cuidados de saúde parece apresentar-se como um indicador mais fidedigno.

Adicionalmente, encontramos que o efeito de aumento de atendimentos no SU de saúde mental foi particularmente relevante em pacientes do sexo masculino, provenientes de municípios mais afastados do SU, e que foram referenciados pela rede de CSP ou transferidos de outros hospitais.

A literatura sobre o impacto de crises económicas sobre a utilização de SU de saúde mental é limitada, mas suporta os nossos resultados. Numa série temporal na Austrália, Bidargaddi et al. (2015) encontraram que o número de episódios de SU por razões de saúde mental aumentava em resposta ao crescimento das taxas de desemprego, um resultado que foi também descrito nos Estados Unidos da América (EUA) (Kiernan et al., 1989).

Neste estudo, o curto período de avaliação dos dados de acesso aos SU, bem como a limitação a três hospitais no norte do país, limitam a generalizabilidade dos resultados e a sua extrapolação para uma tendência nacional. Ainda assim, a lite-

ratura sobre o impacto do desemprego na procura de serviços de saúde mental reporta um efeito retardatório de apenas 1 a 2 meses até se começar a verificar um aumento de utilização destes serviços, particularmente entre homens em idade laboral, o que é consistente com os nossos dados (Kiernan et al., 1989; Gili et al., 2012; Bartoll et al., 2014; Bidargaddi et al., 2015).

Estes resultados podem ser avaliados à luz de duas interpretações diferentes, mas complementares.

Do ponto de vista económico, durante um período de recessão, quando o rendimento das famílias diminui e os custos indiretos da saúde aumentam, considerando a mesma carga de doença, a procura por cuidados de saúde (mental) deverá diminuir. Evidência da elasticidade específica da procura por serviços de saúde mental – a medida em que a procura pelos serviços de mental diminui mais ou menos do que a procura por outros cuidados de saúde – não é definitiva (Frank and McGuire, 1986, Lu et al., 2008, Keeler Emmett B. et al., 1986). Artigos recentes sobre a elasticidade da procura de cuidados de saúde mental alegam que os serviços de saúde mental devem ter maior cobertura do que outros serviços de saúde devido à sua baixa elasticidade-preço (Haas-Wilson et al., 1989; Meyerhoefer and Zuvekas, 2010). Portanto, mesmo se a carga de doença mental se mantiver estável durante este período, (e.g. a população não se tornou mais doente), a procura de cuidados de saúde mental deve diminuir menos do que a dos outros serviços num cenário de contração macroeconómica.

Do ponto de vista clínico, e regressando à evidência que apresentámos na Introdução, não é expectável que a carga de doença mental na população permaneça estável durante este período, uma vez que foram encontrados vários fatores dependentes do contexto que afetam a saúde mental da população. Em oposição à rigidez da antiga ideia de emprego *versus* desemprego e nível de rendimento do agregado familiar, um estudo recente aponta que a incerteza - não ter controlo ("domínio") sobre o seu futuro - é um dos determinantes mais fortes no aparecimento de problemas de saúde mental durante as crises económicas (Price et al., 2002).

Em primeiro lugar, a pressão financeira *per se* tem sido destacada como um importante fator de stress e desencadeador de problemas de saúde mental comuns. Lahelma et al. (2006) encontraram uma forte correlação entre as dificuldades económicas vividas ao longo da vida e a depressão clínica, ansiedade e bem-estar afetivo, havendo também evidência a favor de uma forte associação entre endividamento e depressão (Reading and Reynolds, 2001; Brown et al., 2005; Jenkins et al., 2008), embora o efeito direto dos choques financeiros em termos psicológicos permaneça pouco claro (Bridges and Disney, 2010).

Em segundo lugar, independentemente do seu efeito sobre o rendimento, a situação de emprego, nomeadamente a insegurança no trabalho (e.g. o risco de ficar desempregado involuntariamente) e a empregabilidade (e.g. a capacidade de encontrar um novo emprego) também são importantes desencadeadores de problemas psicológicos, especificamente através de mecanismos de aumento da solidão e do stress e diminuição da felicidade e da auto estima (DiTella et al., 2001, Nolan et al., 2000; Cheng and Chan, 2008). Green (2011) aponta que ambos os efeitos são consideráveis: o aumento da insegurança no emprego é tão pernicioso quanto o desemprego por si só, sendo que um aumento da empregabilidade praticamente anula esse efeito nefasto. Da mesma forma, Mandal et al. (2011) descobriram que os indivíduos com elevadas expectativas de perda de emprego têm o dobro das taxas de sintomas depressivos. Em áreas onde o desemprego é uma norma social, o seu efeito sobre o bem-estar tende a ser menor, o que parece corroborar a existência de um efeito estigmatizante do desemprego sobre a auto imagem. (Clark et al., 2009).

Algumas implicações políticas dos nossos resultados são diretas.

Parece claro que uma das prioridades de financiamento durante períodos de crise financeira deverá ser a área da saúde mental, a fim de lidar com o aumento da procura de cuidados destes serviços. A Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de saúde mental tem lançado alertas sobre o sub-financiamento da rede de

saúde mental, afirmando que em Portugal estamos ainda longe de oferecer a toda a população acesso a cuidados essenciais de saúde mental (CNRSSM, 2007).

Para diminuir a pressão sobre os serviços de urgência, especificamente em períodos de crise, a Organização Mundial da Saúde recomenda a integração da saúde mental nos CSP, como estratégia eficiente para lidar com esta alta carga de doença mental e alcançar a cobertura universal de saúde mental (WHO and WONCA, 2008; WHO, 2008), dando como exemplo inúmeras experiências de integração bem-sucedidas (Felker et al., 2004; Kates et al., 2011; Khadivi et al., 2012). Em Portugal, no Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) está consagrada como uma das linhas mestras para a década a descentralização dos cuidados de psiquiatria e saúde mental, aproximando-os da comunidade. (CNSM, 2008) Porém, qualquer incorporação efetiva da saúde mental no seio dos cuidados de comunidade acarreta vários desafios: em primeiro lugar, envolve a integração dos CSP e dos serviços locais de saúde mental, que são extremamente centrados nos hospitais, sob a forma de colaboração, apoio e auditoria de resultados. Além disso, mesmo se a integração formal não for possível, os incentivos financeiros devem ser alinhados; em segundo lugar, deve ser dada a apresentação suficiente do *case-mix* psiquiátrico durante o internato do médico de medicina geral e familiar e deve ser feito um maior investimento nos médicos desta especialidade em cursos de formação psiquiátrica, uma vez que são necessárias habilidades e competências específicas para o diagnóstico, tratamento e encaminhamento dos pacientes com transtornos mentais. Na verdade, há evidência substancial de subdiagnóstico de distúrbios mentais no âmbito dos CSP (Cepoiu et al., 2008; Gonçalves et al., 2011).

Outra política que pode ser eficaz no contexto português é o controlo de preços e disponibilidade de bebidas alcoólicas, uma vez que a sociedade portuguesa ainda tem um padrão de consumo de álcool assinalável. (OECD, 2013, Pinto-Meza et al., 2013). Embora politicamente desafiadora - as indústrias de cerveja e vinho são sectores impor-

tantes da economia portuguesa - políticas que aumentem os preços e reduzam a acessibilidade ao álcool, especialmente entre os jovens, podem ser úteis para minorar problemas relacionados com o seu consumo, os quais aumentam em períodos de recessão económica (de Goeij et al., 2015).

Referências Bibliográficas

- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*, American Psychiatric Association.
- Ayuso-Mateos, J., Barros, P., & Gusmao, R. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381 (9874), 391-2. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6)
- Bartoll, X., Palencia, L., Malmusi, D., Suhrcke, M., & Borrell, C. (2014). The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *European Journal of Public Health*, 24, 415-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckt208>
- Bidargaddi, N., Bastiampillai, T., Schrader, G., Adams, R., Piantadosi, C., Strobel, J., Tucker, G., & Allison, S. (2015). Changes in monthly unemployment rates may predict changes in the number of psychiatric presentations to emergency services in South Australia. *BMC Emergency Medicine*, 15, 16. doi:10.1186/s12873-015-0042-5
- Bridges, S., & Disney, R. (2010). Debt and depression. *Journal of Health Economics*, 29, 388-403. doi: 10.1016/j.jhealeco.2010.02.003
- Brown, S., Taylor, K., & Wheatley Price, S. (2005). Debt and distress: Evaluating the psychological cost of credit. *Journal of Economic Psychology*, 26(5), 642-663.
- Catalano, R. (2009). Health, Medical Care, and Economic Crisis. *New England Journal of Medicine*, 360, 749-751. doi: 10.1056/NEJMp0809122
- Cepoiu, M., Mccusker, J., Cole, M., Sewitch, M., Belzile, E., & Ciampi, A. (2008). Recognition of depression by non-psychiatric physicians-a systematic literature review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 23(1), 25-36.
- Cheng, G., & Chan, D. (2008). Who Suffers More from Job Insecurity? A Meta-Analytic Review. *Applied Psychology*, 57(2), 272-303. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00312.x
- Clark, A., Knabe, A., & Rätzl, S. (2009). Boon or Bane? Others' Unemployment, Well-being and Job Insecurity. Institute for the Study of Labor (IZA).
- CNRSSM 2007. Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental.

- CNSM (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007—2016. In: Coordenação nacional para a saúde mental, A. C. D. S., MINISTÉRIO DA SAÚDE (ed.). Lisboa.
- De Belvis, A., Ferre, F., Specchia, M., Valerio, L., Fattore, G., & Ricciardi, W. (2012). The financial crisis in Italy: implications for the healthcare sector. *Health Policy*, 106(1), 10-6. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.04.003
- De Goeij, M., Suhrcke, M., Toffolutti, V., Van de Mheen, D., Schoenmakers, T., & Kunst, A. (2015). How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: A realist systematic review. *Social Science & Medicine*, 131, 131-146.
- Ditella, R., Macculloch, R., & Oswald, A. (2001). Preferences over inflation and unemployment: Evidence from surveys of happiness. ZEI - Center for European Integration Studies, University of Bonn.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Patelakis, A., & Stefanis, C. (2013a). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 308-14. doi: 10.1016/j.jad.2012.08.008
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Theleritis, C., Patelakis, A., & Stefanis, C. (2013b). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry*, 12(1), 53-9. doi: 10.1002/wps.20016
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Theleritis, C., & Stefanis, C. (2012). Suicidality and the economic crisis in Greece. *The Lancet*, 380, 337.
- Evans-Lacko, S., Knapp, M., Mccrone, P., Thornicroft, G., & Mojtabai, R. (2013). The mental health consequences of the recession: economic hardship and employment of people with mental health problems in 27 European countries. *PLoS One*, 8, e69792.
- Felker, B., Barnes, R., Greenberg, D., chaney, E., Shores, M., Gillespie-Gateley, L., Buike, M., & Morton, C. (2004). Preliminary outcomes from an integrated mental health primary care team. *Psychiatric Services*, 55, 442-4.
- Fernandez-Rivas, A., & Gonzalez-Torres, M. (2013). The economic crisis in Spain and its impact on the mental health of children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 583-586.
- Frank, R., & Mcguire, T. (1986). A review of studies of the impact of insurance on the demand and utilization of specialty mental health services. *Health Services Research*, 21(2), 241-65.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., Mckee, M., & Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cks035>
- Giotakos, O., Tsouvelas, G., & Kontaxakis, V. (2012). Suicide rates and mental health services in Greece. *Psychiatrike*, 23, 29-38.
- Goncalves, D., Fortes, S., Tofoli, L., Campos, M., & Mari Jde, J. (2011). Determinants of common mental disorders detection by general practitioners in primary health care in Brazil. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41, 3-13.
- Green, F. (2011). Unpacking the misery multiplier: how employability modifies the impacts of unemployment and job insecurity on life satisfaction and mental health. *Journal of Health Economics*, 30, 265-76.
- Haas-Wilson, D., Scheffler, R., & Cheadle, A. (1989). Demand for Mental Health Services: An Episode of Treatment Approach. *Southern Economic Journal*, 55.
- Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Coid, J., Fryers, T., Weich, S., Singleton, N., & Meltzer, H. (2008). Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological Medicine*, 38(10), 1485-93. doi: 10.1017/S0033291707002516
- Kates, N., Mcpherson-Doe, C., & George, L. (2011). Integrating mental health services within primary care settings: the Hamilton Family Health Team. *Journal of Ambulatory Care Management*, 34, 174-82.
- Keeler Emmett B., Kenneth, B. Wells Willard, G. Manning, J., Rumpel, D., & Janet, M. (1986). The Demand for Episodes of Mental Health Services. In: CORPORATION, R. (ed.) R-3432-NIMH. Santa Monica, Calif.
- Khadivi, R., Shakeri, M., & Ghobadi, S. (2012). The Efficiency of Mental Health Integration in Primary Health Care: a Ten-year Study. *International Journal of Preventive Medicine*, 3, S139-45.
- Kiernan, M., Toro, P., Rappaport, J., & Seidman, E. (1989). Economic predictors of mental health service utilization: A time-series analysis. *American Journal of Community Psychology*, 17, 801-820.
- Lahelma, E., Laaksonen, M., Martikainen, P., Rahkonen, O., & Sarlio-Lähteenkorva, S. (2006). Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 63, 1383-1399.
- Lu, C., Frank, R., & Mcguire, T. (2008). Demand response of mental health services to cost sharing under managed care. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 11, 113-25.
- Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T., & Stefanis, C. (2011). Depression and economic hardship across Greece.

ce in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 943-52.

Mandal, B., Ayyagari, P., & Gallo, W. (2011). Job loss and depression: The role of subjective expectations. *Social Science & Medicine*, 72, 576-583.

Meyerhoefer, C., & Zuvekas, S. (2010). New estimates of the demand for physical and mental health treatment. *Health Economics*, 19, 297-315.

Nolan, J., Wichert, I., & Burchell, B. (2000). Job insecurity, psychological well-being and family life. *The insecure workforce*, 181-209.

OECD 2013. Health at a Glance.

Pinto-Meza, A., Moneta, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Bruffaerts, R., Caldas de Almeida, J., De Girolamo, G., De Graaf, R., Florescu, S., Kovess Masfety, V., O'Neill, S., Vassilev, S., & Haro, J. (2013). Social inequalities in mental health: results from the EU contribution to the World Mental Health Surveys Initiative. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 173-81.

Price, R., Choi, J., & Vinokur, A. (2002). Links in the chain of adversity following job loss: how financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning, and poor health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7, 302-12.

Reading, R., & Reynolds, S. (2001). Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science & Medicine*, 53, 441-53.

Ruhm, C. (2003). Good times make you sick. *Journal of Health Economics*, 22(4), 637-58. doi: 10.1016/S0167-6296(03)00041-9

Saraiva, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*, Lisboa.

Viinamaki, H., Hintikka, J., Kontula, O., Niskanen, L., & Koskela, K. (2000). Mental health at population level during an economic recession in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54, 177-182. doi: 10.1080/080394800750019079

Warner, R. (2004). *Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy*.

WHO (2008). Mental health gap action programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. In: Programme, M. M. H. G. A. (ed.).

WHO & WONCA (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective.

2.4 As características individuais e contextuais na saúde mental em tempos de crise

Adriana Loureiro^(1,2), Ricardo Almendra^(1,2), Carla Nunes⁽³⁾ e Paula Santana^(1,2)

(1) Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT), Universidade de Coimbra;

(2) Departamento de Geografia e Turismo, Universidade de Coimbra; (3) Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

DOI: http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1_8

Neste texto é caracterizada a saúde mental percecionada e analisada a associação estatística com fatores de risco individuais e contextuais em quatro municípios da Área Metropolitana de Lisboa (Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras), durante um período de crise económica e financeira. Este estudo foi realizado em 2014/2015, em adultos (≥ 18 anos), residentes em quatro concelhos da Área Metropolitana de Lisboa, integrando informação individual (características demográficas e socioeconómicas, características comportamentais, informações de saúde nomeadamente sobre doenças crónicas, índice de massa corporal e estado de saúde mental percecionado) e contextual (e.g. oferta de serviços nas freguesias). Participaram 1.066 indivíduos dos quais 33% foram classificados como tendo pior estado de saúde mental. Indivíduos do sexo feminino, pessoas mais velhas, com menor escolaridade, sem atividade física, com excesso de peso, desempregados, com salários mais baixos, que expressaram ter dificuldades em pagar despesas ou com doenças crónicas, foram associados a piores condições de saúde mental. No mesmo sentido contribuíram ainda a insatisfação com a área de residência, incluindo condições de baixo capital social e a não utilização de espaços verdes. O modelo múltiplo - incorporando as interações entre as variáveis - mostrou uma boa capacidade de ajustamento. Os resultados são concordantes com a literatura, no entanto, a magnitude dos resultados observados mostra uma situação crítica que poderá ser explicada pela crise económica em Portugal.

This text characterizes the state of mental health, perceiving and understanding the statistical association of individual and contextual risk factors in four municipalities in the Lisbon Metropolitan Area (Amadora, Lisboa, Mafra and Oeiras) during a period of economic and financial crisis. The study was conducted in 2014-2015 with adults (≥ 18 years of age) residing in four counties in the Lisbon Metropolitan Area, including individual information (demographic and socio-economic characteristics, behavioural characteristics, information on health namely with regard to chronic illnesses, body mass index and perceived state of mental health) and contextual information (e.g. municipal services offered by borough governments). A total of 1,066 individual participated, 33% of which were identified as suffering from poor mental health. Women, the elderly, individuals with low levels of education, those doing little physical activity, the overweight, the unemployed, individuals with low salaries, individuals expressing difficulties in paying daily expenses, and individuals with chronic illnesses were those associated with poor mental health conditions. Other contributing factors were dissatisfaction with an individual's place of residence, including the conditions of low social capital, and the non-use of green spaces. The multiple model, which incorporates the interaction amongst variables, showed a good capacity for adjustment. The results obtained are in agreement with the literature; however, the magnitude of the results observed indicate a critical situation that can be explained by the economic crisis presently being felt in Portugal.

1. Introdução

Vários autores têm afirmado que piores resultados em saúde mental decorrem de causas multifatoriais, incluindo fatores biológicos, influências sociais e contextuais e aspectos comportamentais (Barry, 2009; Curtis, 2010; Patel et al., 2010; Sarkar, Webster & Gallacher, 2014; Brown, Learmonth & Mackereth, 2015).

Características dos indivíduos, como o sexo e a idade, têm influência na sua saúde mental (Cattan & Tilford, 2006; Velde, Boyd & Masfety, 2011; Eaton et al., 2012; WHO & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014; Brown, Learmonth & Mackereth, 2015). A literatura científica refere que as mulheres tendem a apresentar pior saúde mental auto reportada (Brown, Learmonth & Mackereth, 2015), sofrem mais de perturbações de humor, ansiedade e fobias (Eaton et al., 2012) e utilizam mais os serviços de saúde mental (Velde, Boyd & Masfety, 2011), quando comparadas com os homens. Todavia, também são as mulheres que têm maior probabilidade de serem tratadas devido a um problema de saúde mental, porque têm mais facilidade em relatar sintomas e sinais de doença mental comum (Brown, Learmonth & Mackereth, 2015).

No que diz respeito à idade, a evidência científica é contraditória. Alguns estudos revelam que o envelhecimento está associado a um aumento da prevalência de doenças mentais (Taylor et al., 2007; WHO & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014). No entanto, outros autores referem que a prevalência de doenças mentais comuns diminui com a idade (Evans et al., 2003).

A evidência demonstra, também, que os ambientes socioeconómico, físico e construído e de interação social e cultural (Loureiro et al., 2015) desempenham um papel muito importante sugerindo que fatores como estatuto socioeconómico, escolaridade, estado civil, prática de atividade física, acesso a equipamentos e serviços, isolamento social, participação na comunidade, insegurança, consumo de álcool, estado saúde autoavaliado inferior a bom, influenciam os resultados em saúde mental (Nicholls, 2006; Fox et al., 2007; Allen, 2008; Luanaigh & Lawlor, 2008; Sarkar, Webster

& Gallacher, 2014; Brown, Learmonth & Mackereth, 2015). Piores resultados de saúde mental estão associados a situações de desemprego ou falta de atividade económica (Breslin & Mustard, 2003; Comino et al., 2003; Artazcoz et al., 2004; Fone & Dunstan, 2006; Fone et al., 2007a; Thomas, Benzeval & Stansfeld, 2007; Roberts, Abbott & Mckee, 2010; Fukuda & Hiyoshi, 2012; Córdoba-Doña et al., 2014), a menor escolaridade (Fryers et al., 2005; Ploubidis & Grundy, 2009; Roberts, Abbott & Mckee, 2010; Cornaglia, Crivellaro & McNally, 2012), a rendimentos mais baixos (Zhang, Ho & Woo, 2005; Sundquist & Ahlen, 2006; Fone et al., 2007b; Orpana, Lemyre & Gravel, 2009; Roberts, Abbott & Mckee, 2010; Fukuda & Hiyoshi, 2012) e estilos de vida menos saudáveis (e.g. falta de exercício físico e dieta desequilibrada) (Penedo & Dahn, 2005; Bize, Johnson & Plotnikoff, 2007; Bruffaerts et al., 2008; Ul-Haq et al., 2014).

A literatura revela, ainda, que a saúde mental da população depende das condições do contexto: i) acesso a equipamentos e serviços, como espaços verdes (de Vries et al., 2003; Guite, Clark & Ackrill, 2006; Gary, Stark & LaVeist, 2007), ii) capital social, iii) segurança (Whitley & Prince, 2005; Gary, Stark & LaVeist, 2007; Leslie & Cerin, 2008; Cromley, Wilson-Genderson & Pruchno, 2012; Sheppard et al., 2012; Wilson-Genderson & Pruchno, 2013), iv) qualidade ambiental e v) satisfação com o lugar de residência (Araya et al., 2007; Thomas et al., 2007; Leslie & Cerin, 2008). Segundo estes autores, pior saúde mental verifica-se em indivíduos residentes em contextos marcados por insegurança, baixos níveis de capital social, insatisfação com o lugar de residência, por exemplo.

Outros fenómenos globais, como processos de urbanização desorganizada e as crises económicas, financeiras e/ou sociais, com aplicação de políticas de austeridade, podem agravar as relações e as condições de vulnerabilidade (individuais ou da comunidade) identificadas anteriormente (Santana, 2009; De Snyder et al., 2011; Stuckler & Basu, 2013).

A vulnerabilidade social em saúde não é uma condição "natural", resulta do contexto desigual em torno do quotidiano dos mais desfavorecidos

e dos grupos, muitas vezes, excluídos socialmente (De Snyder et al., 2011), tendo consequências negativas na saúde, em geral, e na saúde mental, em particular, dos indivíduos e das comunidades e na equidade em saúde. Stuckler e outros (Stuckler et al., 2009) afirmam que o impacto económico na saúde individual depende de fatores protetores, onde se incluem a coesão social (bem-estar informal) e a proteção (capital) social (bem-estar formal).

Por outro lado, em tempos de crise, a produção de espaço urbano, nomeadamente a (re)distribuição de redes de equipamentos e de serviços, tem um valor estratégico que deve ser considerado. Este facto tem vindo a ser discutido após se ter concluído que lugares caracterizados pela mono-funcionalidade, exclusivamente residenciais, baixos níveis de capital social, sem oferta de equipamentos e serviços, com desenho urbano monótono em blocos de apartamentos e/ou casas geminadas, são ambientes, potencialmente, negativos para a saúde mental (Burton, 2015). Ou seja, atribuir ao desenho urbano o papel que ele "merece" na avaliação das determinantes da saúde mental (e.g. biológicas/genéticas, grupos sociais vulneráveis, tipologia de uso do solo) (Barton et al., 2015).

Alguns autores têm vindo a considerar que lugares com níveis baixos de capital social e coesão social, expressos na ausência de suporte social, na falta de identidade e de integração na comunidade e pelo enfraquecimento dos laços sociais, contribuem para o desenvolvimento de problemas emocionais, impactando negativamente a saúde mental dos indivíduos e das comunidades (Almedom, 2005; Rohrer, Pierce & Blackburn, 2005; Miles, Coutts & Mohamadi, 2012). Em períodos de crise, o reforço do capital social de proximidade, incluindo a participação e envolvimento ativo dos indivíduos na comunidade e acesso a várias formas de apoio social, por exemplo, pode contribuir para alcançar ganhos em saúde mental (Kawachi, 1999).

Neste texto é caracterizada a saúde mental percebida, e analisada a associação estatística com fatores de risco individuais e contextuais em

quatro municípios da Área Metropolitana de Lisboa (Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras), durante um período de crise económica e financeira.

2. Dados e métodos

2.1 Questionário

Entre agosto de 2014 e fevereiro de 2015 foi aplicado um questionário (anexo 1) à população adulta (≥ 18 anos) dos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras. A população desta área consiste em 808.110 habitantes (INE, 2011 Censos), entre os quais foi recolhida informação de 1.066 indivíduos através de um processo de amostragem aleatória simples (estimada com uma margem de erro de 3,21% e um nível de confiança de 99%). Os quatro municípios representam áreas urbanas consolidadas, áreas urbanas recentes e áreas rurais, de acordo com suas características geográficas e socioeconómicas distintas (densidade populacional, desemprego, habitação, educação e condições).

Através do questionário aplicou-se informação relativa: às características demográficas (e.g. sexo, idade, nacionalidade) ii) características socioeconómicas (e.g. educação, famílias, renda, profissão), iii) aos comportamentos e estilos de vida (e.g. tabagismo, atividade física), iv) à auto avaliação do contexto da área de residência (e.g. qualidade do ambiente, segurança e equipamentos e serviços), e v) auto percepção do estado de saúde, em geral, e da saúde mental e vitalidade, em particular.

2.2 Caracterização da saúde mental dos indivíduos

A escala de saúde e vitalidade mentais é uma sub-escala do instrumento SF-36v2, versão em português, que originalmente contém 36 perguntas para medir e avaliar o estado de saúde da população (Ferreira, 2000). O score de saúde e vitalidade mental foi calculado segundo a metodologia definida por Ware e outros (Ware et al., 1993), na qual maiores scores indicam maior saúde mental e vitalidade, variando entre 0 e 100.

2.3 Caracterização do contexto

Foram construídos 2 scores de contexto: i) score de satisfação com a área de residência e o ii) score de capital social de proximidade.

O score de satisfação com a área de residência agrupa respostas a 15 questões que pretendem avaliar o grau de satisfação do indivíduo com a área de residência (quadro 1). Para cada ques-

Quadro 1. Dimensões e critérios incluídas nos scores de satisfação com a área de residência e no score de capital social de proximidade

DIMENSÕES	CRITÉRIOS EM AVALIAÇÃO
Score de satisfação com a área de residência	
Oferta de emprego, equipamentos e serviços	Saúde Educação Cultura Desporto Transportes Públicos Comércio local Estacionamento Espaços de lazer ao ar livre Segurança Limpeza Espaços comunitários Ofertas de emprego
Qualidade ambiental	Ruído dentro de casa Ruído fora de casa Qualidade do ar exterior
Score de capital social	
Suporte relacional da família e da comunidade	Apoio financeiro em caso de necessidade Apoio emocional em caso de necessidade Relação com os vizinhos
Sentimento de pertença e identidade	Gostar de viver na freguesia
Isolamento	Viver sozinho
Confiança nas instituições	Participação (voto) nas últimas eleições autárquicas

Fonte: elaborado a partir dos questionários realizados nos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

tão, as opções de resposta traduzem o nível de satisfação qualitativa, expressa pelos respondentes, numa gradação linear: entre insatisfação e satisfação máxima. Posteriormente, estas opções de resposta foram convertidas numa escala

igualmente linear (cujos intervalos assumem o mesmo valor), variando entre 0 (insatisfação) e 100 (satisfação máxima). O score final de satisfação com a área de residência é a média aritmética do score das 15 questões.

O score de capital social de proximidade foi desenvolvido de modo similar ao score de satisfação com a área de residência, sendo o score final resultante da média aritmética do score das 6 questões incluídas (quadro 1). Este score tem por base a definição de capital social de Putnam (2000) - *Linking, Bonding and Bridging Social Capital*.

2.4 Análise estatística

Foram determinados os *odds ratio* (OR) brutos e ajustados (por sexo e idade) e os intervalos de confiança correspondentes, utilizando modelos de regressão logística binária (função *link = logit, method = Enter*), com uma significância estatística de 5%. Nesta primeira análise as variáveis foram categorizadas de uma forma dicotómica, considerando cada classe *versus* todas as outras (isto é uma variável com K categorias e $K > 2$, deu origem a K variáveis). Posteriormente foi desenvolvido um modelo múltiplo final (função *logit* e método *stepwise*), usando as variáveis na forma usual (definição de uma classe de referência para comparação com as outras classes). Todas as análises estatísticas foram desenvolvidas em R.

3. Resultados

A amostra é maioritariamente composta por mulheres (53%), apresenta uma média de idade de 49,4 anos, variando entre 18 e 96 anos com um desvio padrão de 18,5. Em termos do estatuto profissional, a maioria dos indivíduos encontra-se empregado (54,8%), 26,4% são reformados, os desempregados são 12,6%, havendo menores proporções de estudantes e domésticos (respetivamente 4,2% e 2,6%). No que diz respeito à escolaridade, 26,3% têm até 4 anos de escolaridade com aproveitamento, 27,8% têm ensino superior (> 12 anos de escolaridade) e a maioria está entre 5 e 12 anos de escolaridade (54,9%).

Os valores obtidos para o score de saúde mental variaram entre 0 e 100, com uma média de 59,3, uma mediana de 61,1 e um desvio padrão de 19,4. Considerando o valor de corte (50) proposto por Ware e outros (Ware et al., 1993), 32,9% dos indivíduos apresentaram

uma pior saúde mental auto reportada (score de saúde mental ≤ 50). No quadro 3 podem observar-se as frequências das variáveis individuais e contextuais, globalmente e considerando os 2 subgrupos relativos ao estado de saúde mental (pior e melhor).

Quadro 2. Frequências observadas das variáveis individuais e contextuais nos dois subgrupos relativos à percepção da saúde mental (melhor e pior)

	MELHOR SAÚDE MENTAL		PIOR SAÚDE MENTAL	
	N	%	N	%
Grupos Etários				
<=29	128	74,42%	44	25,58%
30-44	232	72,73%	87	27,27%
45-64	201	61,85%	124	38,15%
>=65	154	61,60%	96	38,40%
Sexo				
H	379	76,88%	114	23,12%
M	336	58,64%	237	41,36%
Nacionalidade				
PT	684	66,93%	338	33,07%
Estrangeira	31	70,45%	13	29,55%
Estado Civil				
Solteiro	224	70,44%	94	29,56%
Casado/União	361	70,37%	152	29,63%
Divorciado	67	57,26%	50	42,74%
Viúvo	59	52,21%	54	47,79%
Escolaridade				
<=4	155	55,36%	125	44,64%
5-12	336	68,57%	154	31,43%
>=13	224	75,68%	72	24,32%
Estatuto Profissional				
Trabalhador	417	71,40%	167	28,60%
Desempregado	87	64,93%	47	35,07%
Estudante	33	73,33%	12	26,67%
Reformado	170	60,50%	111	39,50%
Doméstico	8	36,36%	14	63,64%
Tipo de Profissão				
Não manuais	485	70,29%	205	29,71%
Manuais	158	61,24%	100	38,76%
Rendimento (alteração nos dois últimos anos)				
Menor	327	63,37%	189	36,63%
Igual	327	70,78%	135	29,22%
Maior	57	69,51%	25	30,49%

	MELHOR SAÚDE MENTAL		PIOR SAÚDE MENTAL	
	N	%	N	%
Familiar desempregado				
Sim	260	60,47%	170	39,53%
Não	446	71,47%	178	28,53%
Situação financeira				
Dificuldades	293	56,02%	230	43,98%
Poupa	416	78,05%	117	21,95%
Preocupação despesas (alteração nos últimos dois anos)				
Menos habitual	19	82,61%	4	17,39%
Como habitual	278	75,75%	89	24,25%
Mais habitual	418	61,83%	258	38,17%
Rendimento do agregado familiar				
<500	109	49,55%	111	50,45%
500-900	188	63,73%	107	36,27%
900-1500	192	71,64%	76	28,36%
>1500	213	80,38%	52	19,62%
Satisfação com a área de residência				
<=50	222	55,78%	176	44,22%
>50	492	73,76%	175	26,24%
Satisfação com a freguesia (alteração nos últimos dois anos)				
Menos satisfeito	80	57,14%	60	42,86%
Igual	487	69,27%	216	30,73%
Mais satisfeito	129	64,50%	71	35,50%
Utilização espaços verdes				
Sim	459	69,55%	201	30,45%
Não	248	62,78%	147	37,22%
Meio de transporte mais frequente				
Motorizado	580	67,21%	283	32,79%
Não Motorizado	128	66,32%	65	33,68%
Pratica Exercício Físico				
Sim	384	73,14%	141	26,86%
Não	331	61,18%	210	38,82%

Quadro 2. Frequências observadas das variáveis individuais e contextuais nos dois subgrupos relativos à percepção da saúde mental (melhor e pior) (continuação)

	MELHOR SAÚDE MENTAL		PIOR SAÚDE MENTAL	
	N	%	N	%
Estado de saúde auto-avaliado				
<Bom	248	49,80%	250	50,20%
>=Bom	467	82,22%	101	17,78%
Diabetes				
Tem	75	61,48%	47	38,52%
Não	635	67,84%	301	32,16%
Hipertensão				
Sim	173	57,67%	127	42,33%
Não	535	70,77%	221	29,23%
Índice de massa corporal				
Excesso / obesidade	110	63,22%	64	36,78%
Normal / baixo	590	68,13%	276	31,87%
Despesas				
Saúde	97	50,00%	97	50,00%
Outras*	611	70,80%	252	29,20%
Capital Social				
<=50	59	50,43%	58	49,57%
>50*	656	69,13%	293	30,87%

Fonte: elaborado a partir dos questionários realizados nos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

Quadro 3. Odds ratio brutos e ajustados (sexo e/ou idade) para o evento pior saúde mental

Variável	Classe	Tipo OR	OR	LI: IC95%	LS: IC95%	p-value
Sexo (versus H)	M	simples	2,35	1,80	3,07	0,000
		ajustado ¹	2,32	1,78	3,04	0,000
Idade (versus todos)	<= 29	simples	0,66	0,45	0,94	0,050
		ajustado ²	0,65	0,44	0,94	0,050
	30-44	simples	0,69	0,51	0,91	0,050
		ajustado ²	0,71	0,52	0,95	0,050
	45-64	simples	1,40	1,06	1,83	0,050
		ajustado ²	1,42	1,07	1,87	0,050
	>=65	simples	1,37	1,02	1,84	0,050
		ajustado ²	1,31	0,97	1,76	0,080
Estado Civil (versus H)	Solteiros	simples	0,80	0,60	1,06	0,120
		ajustado ³	1,17	0,82	1,66	0,390
	Casado/União	simples	0,74	0,57	0,96	0,050
		ajustado ³	0,70	0,53	0,92	0,050
	Divorciado	simples	1,60	1,08	2,36	0,050
		ajustado ³	1,45	0,96	2,18	0,070
	Viúvo	simples	2,02	1,36	2,99	0,001
		ajustado ³	1,36	0,84	2,19	0,210

1 – ajustado à idade; 2 – ajustado ao sexo; 3 – ajustado à idade e ao sexo; 4 - classe de estudantes e domésticos excluídas por baixo n.

No quadro 3 apresentam-se os *odds ratio* brutos e ajustados (sexo e/ou idade) para o evento pior saúde mental, considerando a definição de categorias definida na metodologia (cada classe versus todas as outras)

No modelo final, num contexto múltiplo, e considerando as correlações entre as variáveis potencialmente explicativas, foram identificadas as variáveis género, idade, escolaridade, rendimento, familiar desempregado, situação financeira do agregado, preocupação com as despesas, prática de exercício físico e estado de saúde. Adicionalmente foram identificadas interações significativas entre a idade e a escolaridade, a idade e a satisfação com a residência e rendimento e a prática de exercício físico. Este modelo apresentou uma área sob a curva ROC de 78,9%, o que demonstra uma muito boa capacidade discriminativa. Os pressupostos matemáticos deste modelo foram verificados.

Quadro 3. Odds ratio brutos e ajustados (sexo e/ou idade) para o evento pior saúde mental (continuação)

Variável	Classe	Tipo OR	OR	LI: IC95%	LS: IC95%	p-value
Escolaridade (versus todos)	<=4	simples	2,00	1,51	2,65	0,000
		ajustado ³	1,82	1,26	2,64	0,010
	5-12 Anos	simples	0,88	0,68	1,14	0,337
		ajustado ³	0,94	0,71	1,23	0,640
	>=13 Anos	simples	0,57	0,42	0,76	0,000
		ajustado ³	0,70	0,50	0,96	0,050
Condição perante o trabalho ⁴ (versus todos)	Exerce uma Profissão	simples	0,65	0,50	0,84	0,000
		ajustado ³	0,69	0,50	0,95	0,050
	Desempregado	simples	1,12	0,76	1,63	0,570
		ajustado ³	1,28	0,85	1,90	0,230
	Reformado	simples	1,48	1,12	1,97	0,010
		ajustado ³	1,32	0,78	2,24	0,310
Profissão (versus não manuais)	Trab. Manuais	simples	1,50	1,11	2,02	0,010
		ajustado ³	1,55	1,12	2,13	0,010
Rendimento (versus todos)	<= 500 €	simples	1,37	1,05	1,78	0,050
		ajustado ³	1,37	1,04	1,81	0,050
	500-900 €	simples	1,22	0,92	1,62	0,161
		ajustado ³	1,14	0,85	1,52	0,380
	900-1500 €	simples	0,75	0,55	1,01	0,061
		ajustado ³	0,77	0,56	1,05	0,100
> 1500€	simples	0,49	0,30	0,78	0,010	
	ajustado ³	0,54	0,33	0,89	0,050	
Desemprego (últimos 3 anos)	Sim versus Não	simples	1,10	0,81	1,48	0,530
		ajustado ³	1,25	0,91	1,72	0,170
Desempregados na família	Sim versus Não	simples	1,64	1,26	2,13	0,000
		ajustado ³	1,77	1,35	2,33	0,000
Rendimento do agregado familiar-último ano (versus todos)	Menor	simples	1,39	1,07	1,79	0,050
		ajustado ³	1,37	1,05	1,80	0,050
	Igual	simples	0,74	0,57	0,96	0,050
		ajustado ³	0,73	0,55	0,96	0,050
	Maior	simples	1,00	0,59	1,65	0,995
		ajustado ³	0,89	0,53	1,43	0,625
Situação financeira (versus todos)	Capacidade de poupança	simples	0,36	0,27	0,47	0,000
		ajustado ³	0,39	0,30	0,51	0,000
	Dificuldade de pagar despesas	simples	2,79	2,14	3,66	0,000
		ajustado ³	2,56	1,94	3,37	0,000
Preocupação com as despesas (versus todos)	Como e menos que habitualmente	simples	0,51	0,38	0,67	0,000
		ajustado ³	0,54	0,40	0,72	0,000
	Mais que habitualmente	simples	1,97	1,50	2,61	0,000
		ajustado ³	1,86	1,39	2,49	0,000
Despesas com maior peso no orçamento familiar	Saúde versus Todas outras	simples	2,42	1,77	3,33	0,000
		ajustado ³	2,17	1,51	3,12	0,000

1 – ajustado à idade; 2 – ajustado ao sexo; 3 – ajustado à idade e ao sexo; 4 - classe de estudantes e domésticos excluídas por baixo n.

Quadro 3. Odds ratio brutos e ajustados (sexo e/ou idade) para o evento pior saúde mental (continuação)

Variável	Classe	Tipo OR	OR	LI: IC95%	LS: IC95%	p-value
Utilização de espaços verdes	Não versus Sim	simples	1,35	1,04	1,76	0,050
		ajustado ³	1,21	0,92	1,59	0,167
Tempo de deslocação actividades diárias	>= 20 minutos versus < 20 minutos	simples	1,09	0,84	1,42	0,646
		ajustado ³	1,13	0,86	1,49	0,385
Meio de transporte	Motorizado versus Não motorizado	simples	1,04	0,74	1,44	0,830
		ajustado ³	0,96	0,68	1,35	0,813
Prática de actividade física	Não pratica versus pratica	simples	1,73	1,33	2,24	0,000
		ajustado ³	1,58	1,21	2,07	0,000
Estado de saúde auto-avaliada	Mau versus Bom	simples	4,66	3,54	6,17	0,000
		ajustado ³	4,28	3,19	5,79	0,000
Diabetes	Ter versus Não ter	simples	1,32	0,89	1,95	0,160
		ajustado ³	1,20	0,78	1,83	0,390
Hipertensão	Ter versus Não ter	simples	1,78	1,35	2,35	0,000
		ajustado ³	1,49	1,08	2,04	0,050
Índice de massa corporal	Excesso de peso e obesidade versus Todos	simples	1,44	1,11	1,88	0,010
		ajustado ³	1,35	1,02	1,78	0,050
Fumador	Fuma versus Não fuma	simples	0,85	0,64	1,14	0,280
		ajustado ³	1,07	0,78	1,47	0,650
Score capital social e proximidade	Menor capital versus Maior capital	simples	2,16	1,47	3,18	0,000
		ajustado ³	2,09	1,41	3,12	0,000
Satisfação com a freguesia relativamente há 2 anos (versus todos)	Mais satisfeitos	simples	1,13	0,82	1,56	0,457
		ajustado ³	1,11	0,79	1,54	0,557
	Iguualmente satisfeitos	simples	0,71	0,54	0,93	0,050
		ajustado ³	0,73	0,55	0,97	0,050
	Menos satisfeitos	simples	1,61	1,11	2,31	0,050
		ajustado ³	1,57	1,08	2,29	0,050
Score satisfação área residencia	Menos satisfeitos versus Mais satisfeitos	simples	2,14	1,64	2,79	0,000
		ajustado ³	1,97	1,50	2,57	0,000

1 – ajustado à idade; 2 – ajustado ao sexo; 3 – ajustado à idade e ao sexo; 4 - classe de estudantes e domésticos excluídas por baixo n.
 Fonte: elaborado a partir dos questionários realizados nos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

4. Discussão

Um em cada três inquiridos identifica-se com um pior estado de saúde mental. A grandeza deste valor é de um alarme claro em termos de saúde pública, sendo necessário compreender este fenómeno para o diminuir. Os resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2014 indicam que 25% da população residente com 15 ou mais anos tem sintomas de depressão (INE & INSA, 2015). Não sendo estes valores diretamente comparáveis

(diferentes objetos, instrumentos e populações, ambos auto reportados) evidenciam situações críticas ao nível da saúde mental.

Os resultados obtidos são concordantes com o que é descrito na literatura, tendo sido identificadas características associadas a pior saúde mental: i) ser mulher (OR: 2,35) (Brown, Learmonth & Mackereth, 2015); ii) apenas ter completado o 1º ciclo de escolaridade (OR: 2,00) (Fryers et al., 2005; Ploubidis & Grundy, 2009; Roberts, Abbott & Mc-

kee, 2010; Cornaglia, Crivellaro & McNally, 2012); iii) apresentar rendimento inferior a 500€ (OR: 1,37) (Zhang, Ho & Woo, 2005; Sundquist & Ahlen, 2006; Fone et al., 2007b; Orpana, Lemyre & Gravel, 2009; Roberts, Abbott & Mckee, 2010; Fukuda & Hiyoshi, 2012); iv) não praticar atividade física (OR: 1,73) (Penedo & Dahn, 2005; Bize, Johnson & Plotnikoff, 2007; Bruffaerts et al., 2008; Ul-Haq et al., 2014); v) ter excesso de peso (OR: 1,44) (Penedo & Dahn, 2005; Bize, Johnson & Plotnikoff, 2007; Bruffaerts et al., 2008; Ul-Haq et al., 2014); vi) indicar dificuldades em pagar despesas (OR: 2,79) (Breslin & Mustard, 2003; Comino et al., 2003; Artazcoz et al., 2004; Fone & Dunstan, 2006; Fone et al., 2007b; Thomas et al., 2007; Roberts, Abbott & Mckee, 2010; Fukuda & Hiyoshi, 2012; Córdoba-Doña et al., 2014); vii) ter hipertensão (OR: 1,78) (Stein et al., 2014); viii) reportar mau ou muito mau estado saúde (OR: 4,66) (Mulsant, Ganguli & Seaberg, 1997; Goldberg et al., 2001; Wu et al., 2013).

Foram igualmente identificados piores estados de saúde mental em indivíduos mais velhos (OR: 1,37), no entanto, este é um facto controverso na literatura, como já referido. Estas características individuais estão já claramente identificadas na literatura, mas a magnitude destas relações e as percentagens observadas revelam situações críticas.

Após calcular os OR ajustados para o sexo e idade verificou-se que, apenas, no estado civil se registam alterações relevantes (divorciados e viúvos deixam de apresentar risco significativamente elevado de ter pior saúde mental). Todavia, estas alterações eram já expectáveis dada a relação entre as variáveis envolvidas.

Verificou-se que o meio de transporte e tempo de deslocação nas atividades diárias, a presença de diabetes ou hábitos tabágicos não se revelaram como fatores de risco (não são estatisticamente significativos). Observou-se que a variável desemprego nos últimos 3 anos não teve o impacto esperado (OR= 1,1 $p > 0,05$), de acordo com o que vem sendo referido na literatura, mas a variável familiar desempregado evidenciou uma elevada associação com piores estados de saúde mental (OR= 1,64, $p < 0,001$). Este facto aparentemente controverso pode estar relacionado com um

aumento do sentimento de responsabilidade para com a família, mas são necessários estudos mais detalhados para uma melhor compreensão.

A importância do contexto e a percepção e a satisfação com o meio envolvente foi analisada através de dois scores, que integram na sua construção variados aspetos. Valores mais baixos de satisfação associam-se estatisticamente com piores estados de saúde mental (OR > 2). A importância do espaço envolvente e do contexto, descrito neste estudo, está de acordo com o que é referido na literatura (de Vries et al., 2003; Guite, Clark & Ackrill, 2006; Gary, Stark & LaVeist, 2007; Araya et al., 2007; Thomas, Benzeval & Stansfeld, 2007; Leslie & Cerin, 2008; Cromley, Wilson-Genderson & Pruchno, 2012; Sheppard et al., 2012; Wilson-Genderson & Pruchno, 2013).

A análise multivariada identifica o conjunto de variáveis que melhor descreve (no sentido discriminativo) a saúde mental, sendo composto por: género, grupos etários, escolaridade, rendimento, familiar desempregado, preocupação com as despesas, despesas em saúde, exercício físico, estado de saúde auto avaliado e satisfação com a área de residência. Em concordância com o referido anteriormente, a agregação de fatores individuais e contextuais revela uma elevada capacidade discriminativa do estado de saúde mental (Curtis, 2010; WHO & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014; Brown, Learmonth & Mackereth, 2015).

5. Conclusões

Este estudo retrata uma realidade muito crítica, com 33 % de pessoas a reportarem pior estado de saúde mental, estando este resultado associado às características individuais e contextuais, algumas delas têm vindo a ser identificadas na literatura. A vulnerabilidade dos indivíduos e das comunidades, amplificada em tempos de crise económica e financeira como a que se vive atualmente em Portugal, pode justificar a magnitude das associações observadas. Estes resultados exigem, pela sua pertinência e atualidade, maior detalhe e aprofundamento em trabalhos futuros. Estudos que sejam focados em grupos específicos (e.g. desemprego e o impacto da crise), utilizando análises estatísticas mais robustas (análises multinível) e em diversos períodos de tempo (estudo longitudinal).

Agradecimentos

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do projeto de investigação PTDC/ATP-GEO/4101/2012, SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das Condicionantes Locais e Económicas, e da bolsa de doutoramento SFRH/BD/92369/2013, financiados por Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Agradece-se ao grupo de investigação do projeto SMAILE (Benedetto Saraceno, Graça Cardoso, Joana Lima, João Ferrão, José Caldas de Almeida, Manuela Silva, Maria do Rosário Partidário e Pedro Pita Barros) pelos contributos ao longo destes dois anos de desenvolvimento do projeto. Agradece-se também a Helena Peixoto e Cristina Nunes por todo o suporte prestado na realização dos questionários e à equipa de entrevistadores, Adriana Loureiro, Ângela Freitas, Catarina Barros, Cláudia Costa, Joana Lima, Maria Lucília Cardoso, Paula Santana, Ricardo Almendra e Tiago Cruz.

Um agradecimento às Câmaras Municipais da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, Juntas de Freguesia e outras instituições destes concelhos por terem aceite participar no estudo SMAILE, colaborando e apoiando a realização dos questionários à população residente. Agradece-se especialmente aos respetivos presidentes, vereadores e técnicos das câmaras municipais referidas acima (Carla Tavares, Cristina Farinha e Ana Moreno (Câmara Municipal da Amadora); Fernando Medina, João Afonso e Teresa Craveiro (Câmara Municipal de Lisboa); Hélder Silva e Aldevina Rodrigues (Câmara Municipal de Mafra); e Paulo Vistas, Marlene Rodrigues e Marta Camilo (Câmara Municipal de Oeiras)).

Referências Bibliográficas

Allen, J. (2008). *Older People and Wellbeing* (p. 40). London.

Almedom, A. (2005). Social capital and mental health: an interdisciplinary review of primary evidence. *Social Science & Medicine*, 61(5), 943–964.

Araya, R., Montgomery, A., Rojas, G., Fritsch, R., Solis, J., Signorelli, A., & Lewis, G. (2007). Common mental disorders and the built environment in Santiago, Chile. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 190(5), 394–401. doi:10.1192/bjp.bp.106.024596

Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortès, I. (2004). Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health*, 94(1), 82–88. doi:10.2105/AJPH.94.1.82

Barry, M. (2009). Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4–17. doi:10.1080/14623730.2009.9721788

International Journal of Mental Health Promotion, 11(3), 4–17. doi:10.1080/14623730.2009.9721788

Barton, H., Thompson, S., Burgess, S., & Grant, M. (Eds.). (2015). *The Routledge Handbook of Planning for Health and Well-Being. Shaping a sustainable and healthy future* (p. 618). Devon: Routledge.

Bize, R., Johnson, J., & Plotnikoff, R. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Preventive Medicine*, 45(6), 401–415. doi:10.1016/j.ypmed.2007.07.017

Breslin, F., & Mustard, C. (2003). Factors influencing the impact of unemployment on mental health among young and older adults in a longitudinal, population-based survey. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 29(1), 5–14. doi:10.5271/sjweh.698

Brown, J., Learmonth, A., & Mackereth, C. (2015). *Promoting Public Mental Health and Well-being: Principles into Practice* (p. 304). London: Jessica Kingsley Publishers.

Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Vilagut, G., Martinez, M., Bonnewyn, A., De Graaf, R., Haro, J., Bernet, S., Angermeyer, M., Brugha, T., Roick, C., & Alonso, J. (2008). The relation between body mass index, mental health, and functional disability: a European population perspective. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 53(10), 679–88.

Burton, L. (2015). Mental Well-being and the Influence of Place. In H. Barton, S. Thompson, S. Burgess, & M. Grant (Eds.), *The Routledge Handbook of Planning for Health and Well-Being: Shaping a sustainable and healthy future* (Routledge, p. 617). Oxon: Taylor & Francis.

Cattan, M., & Tilford, S. (2006). *Mental Health Promotion: A Lifespan Approach* (p. 264). Berkshire: Open University Press.

Comino, E., Harris, E., Chey, T., Manicavasagar, V., Penrose Wall, J., Powell Davies, G., & Harris, M. (2003). Relationship between mental health disorders and unemployment status in Australian adults. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(2), 230–235. doi:10.1046/j.1440-1614.2003.01127.x

Córdoba-Doña, J., San Sebastián, M., Escolar-Pujolar, A., Martínez-Faure, J. E., & Gustafsson, P. (2014). Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, southern Spain. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 55. doi:10.1186/1475-9276-13-55

Cornaglia, F., Crivellaro, E., & McNally, S. (2012). *Mental Health and Education Decisions* (p. 62). London.

Cromley, E., Wilson-Genderson, M., & Pruchno, R. (2012). Neighborhood characteristics and depressive symptoms of older people: Local spatial analyses. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2307–2316. doi:10.1016/j.socscimed.2012.08.033

- Curtis, S. (2010). *Space, place and mental health. Geographies of health*. Surrey: Ashgate.
- De Snyder, V., Friel, S., Fotso, J., Khadr, Z., Meresman, S., Monge, P., & Patil-Deshmukh, A. (2011). Social conditions and urban health inequities: Realities, challenges and opportunities to transform the urban landscape through research and action. *Journal of Urban Health*, 88, 1183–1193. doi:10.1007/s11524-011-9609-y
- De Velde, S., Van Boyd, A., & Masfety, V. (2011). *The Gender Perspective of Mental Health in Europe*.
- De Vries, S., Verheij, R., Groenewegen, P., & Spreeuwenberg, P. (2003). Natural environments - Healthy environments? An exploratory analysis of the relationship between greenspace and health. *Environment and Planning A*, 35, 1717–1731. doi:10.1068/a35111
- Eaton, N., Keyes, K., Krueger, R., Balsis, S., Skodol, A., Markon, K., Grant, B., & Hasin, D. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 282–288. doi:10.1037/a0024780
- Evans, O., Singleton, N., Meltzer, H., Stewart, R., & Prince, M. (2003). *The mental health of older people Report based on the analysis of the ONS Survey of Psychiatric Morbidity among Adults in Great Britain carried out in 2000 for the Department of Health, the Scottish Executive Health Department and the Welsh Assembly Gover* (p. 110). London.
- Ferreira, P. (2000). *Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36. Parte I - Adaptação Cultural e Linguística*.
- Fone, D., Dunstan, F., John, A., & Lloyd, K. (2007). Associations between common mental disorders and the Mental Illness Needs Index in community settings. Multilevel analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 191, 158–163. doi:10.1192/bjp.bp.106.027458
- Fone, D., Dunstan, F., Williams, G., Lloyd, K., & Palmer, S. (2007). Places, people and mental health: a multilevel analysis of economic inactivity. *Social Science & Medicine* (1982), 64(3), 633–45. doi:10.1016/j.socscimed.2006.09.020
- Fone, D. L., & Dunstan, F. D. J. (2006). Mental health, places and people: a multilevel analysis of economic inactivity and social deprivation. *Health & Place*, 12(3), 332–344. doi:10.1016/j.healthplace.2005.02.002
- Fox, K., Stathi, A., McKenna, J., & Davis, M. (2007). Physical activity and mental well-being in older people participating in the Better Ageing Project. *European Journal of Applied Physiology*, 100, 591–602. doi:10.1007/s00421-007-0392-0
- Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R., & Brugha, T. (2005). The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 1, 14. doi:10.1186/1745-0179-1-14
- Fukuda, Y., & Hiyoshi, A. (2012). Influences of income and employment on psychological distress and depression treatment in Japanese adults. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 17(1), 10–17. doi:10.1007/s12199-011-0212-3
- Gary, T., Stark, S., & LaVeist, T. (2007). Neighborhood characteristics and mental health among African Americans and whites living in a racially integrated urban community. *Health & Place*, 13, 569–575. doi:10.1016/j.healthplace.2006.06.001
- Goldberg, P., Guéguen, A., Schmaus, A., Nakache, J., & Goldberg, M. (2001). Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(4), 233–8. doi:10.1136/jech.55.4.233
- Guite, H., Clark, C., & Ackrill, G. (2006). The impact of the physical and urban environment on mental well-being. *Public Health*, 120(12), 1117–26. doi:10.1016/j.puhe.2006.10.005
- INE, & INSA. (2015). Destaque: Informação à comunicação social. Inquérito Nacional de Saúde 2014. Lisboa.
- Kawachi, I. (1999). Social capital and community effects on population and individual health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 120–30.
- Leslie, E., & Cerin, E. (2008). Are perceptions of the local environment related to neighbourhood satisfaction and mental health in adults? *Preventive Medicine*, 47, 273–278. doi:10.1016/j.ypmed.2008.01.014
- Loureiro, A., Lima, J., Partidário, M. do R., & Santana, P. (2015). Condicionantes da saúde mental e os instrumentos de avaliação de impactos. In P. Santana (Ed.), *Território e Saúde Mental em tempos de crise*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra.
- Lunaigh, C., & Lawlor, B. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213–21. doi:10.1002/gps.2054
- Miles, R., Coutts, C., & Mohamadi, A. (2012). Neighborhood urban form, social environment, and depression. *Journal of Urban Health*, 89, 1–18. doi:10.1007/s11524-011-9621-2
- Mulsant, B., Ganguli, M., & Seaberg, E. (1997). The relationship between self-rated health and depressive symptoms in an epidemiological sample of community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(8), 954–958.
- Nicholls, A. (2006). *Assessing the mental health needs of older people*. London.
- Orpana, H., Lemyre, L., & Gravel, R. (2009). Income and psychological distress: The role of the social environment. *Statistics Canada Health Reports*, 20(1), 1–8.

- Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S., Corrigan, J., Funk, M., & Flisher, A. J. (2010). Mental disorders: equity and social determinants. In A. Blas & A. S. Kurup (Eds.), *Equity, Social Determinants and Public Health Programs* (pp. 115–134). Geneva: World Health Organization.
- Penedo, F., & Dahn, J. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 189–193. doi:10.1097/00001504-200503000-00013
- Ploubidis, G., & Grundy, E. (2009). Later-Life Mental Health in Europe: A Country-Level Comparison. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B, 666–676. doi:10.1093/geronb/gbp026
- Putnam, R. (2000). Bowling alone. *The collapse and revival of American community* (p. 541). New York: Simon & Schuster.
- Roberts, B., Abbott, P., & Mckee, M. (2010). Levels and determinants of psychological distress in eight countries of the former Soviet Union. *Journal of Public Mental Health*, 9, 17–26.
- Rohrer, J., Pierce, J., & Blackburn, C. (2005). Lifestyle and mental health. *Preventive Medicine*, 40, 438–443.
- Santana, P. (2009). Urbanização e saúde. *Janus*, 1–7.
- Sarkar, C., Webster, C., & Gallacher, J. (2014). *Healthy Cities: Public Health Through Urban Planning* (Edward Elg).
- Sheppard, A., Salmon, C., Balasubramaniam, P., Parsons, J., Singh, G., Jabbar, A., Zaidi, Q., Scott, A., Nisenbaum, R., Dunn, J., Ramsay, J., Haque, N., & O'Campo, P. (2012). Are residents of downtown Toronto influenced by their urban neighbourhoods? Using concept mapping to examine neighbourhood characteristics and their perceived impact on self-rated mental well-being. *International Journal of Health Geographics*. doi:10.1186/1476-072X-11-31
- Stein, D., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Bruffaerts, R., de Jonge, P., Liu, Z., Caldas de Almeida, J., O'Neill, S., Viana, M., Al-Hamzawi, A., Angermeyer, M., Beniet, C., De Graaf, R., Ferry, F., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Girolamo, G., Florescu, S., Hu, S., Kawakami, N., Maria-Haro, J., Piazza, M., Posada-Villa, J., Wojtyniak, B., Xavier, M., Lim, C., Kessler, R., & Scott, K. (2014). Associations between mental disorders and subsequent onset of hypertension. *General Hospital Psychiatry*, 36(2), 142–9. doi:10.1016/j.genhosppsych.2013.11.002
- Stuckler, D., & Basu, S. (2013). *The Body Economic: Why Austerity Kills*. New York: Basic Books.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374, 315–323. doi:10.1016/S0140-6736(09)61124-7
- Sundquist, K., & Ahlen, H. (2006). Neighbourhood income and mental health: a multilevel follow-up study of psychiatric hospital admissions among 4.5 million women and men. *Health & Place*, 12, 594–602.
- Taylor, L., Taske, N., Swann, C., & Waller, S. (2007). *Public health interventions to promote positive mental health and prevent mental health disorders among adults* (p. 130). London.
- Thomas, C., Benzeval, M., & Stansfeld, S. (2007). Psychological distress after employment transitions: the role of subjective financial position as a mediator. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 48–52. doi:10.1136/jech.2005.044206
- Thomas, H., Weaver, N., Patterson, J., Jones, P., Bell, T., Playle, R., Dunstan, S., Lewis, G., & Araya, R. (2007). Mental health and quality of residential environment. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 191(6), 500–505. doi:10.1192/bjp.bp.107.039438
- Ul-Haq, Z., Mackay, D., Fenwick, E., & Pell, J. (2014). Association between body mass index and mental health among Scottish adult population: a cross-sectional study of 37,272 participants. *Psychological Medicine*, 44(10), 2231–40. doi:10.1017/S0033291713002833
- Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston: New England Medical Centre (p. 1 v. (various pagings)).
- Whitley, R., & Prince, M. (2005). Fear of crime, mobility and mental health in inner-city London, UK. *Social Science & Medicine*, 61, 1678–1688. doi:10.1016/j.socscimed.2005.03.044
- WHO, & Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social Determinants of Mental Health* (p. 52). Geneva.
- Wilson-Genderson, M., & Pruchno, R. (2013). Effects of neighborhood violence and perceptions of neighborhood safety on depressive symptoms of older adults. *Social Science & Medicine*, 85, 43–49. doi:10.1016/j.socscimed.2013.02.028
- Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan, X., & He, J. (2013). The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*, 13, 320. doi:10.1186/1471-2458-13-320
- Zhang, J., Ho, S., & Woo, J. (2005). Assessing mental health and its association with income and resource utilization in old-old Chinese in Hong Kong. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 13, 236–243. doi:10.1176/appi.ajgp.13.3.236

Anexo 1 - Questionário Aplicado



Estudo no âmbito da Saúde & Bem Estar: Avaliação do Impacte das Condicionantes Locais e Económicas da responsabilidade do CEGOT - Universidade de Coimbra

A. DATA:	B. ID INQUÉRITO (GERADO AUTOMATICAMENTE)	C. AUTO-PREENCHIDO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
-----------------	--	---

D. LOCAL DE RESIDÊNCIA:

RUA: _____ CONCELHO: _____

FREGUESIA: _____ CÓDIGO POSTAL (7 dígitos): _____ - _____

<p>1. IDADE: ____ ANOS</p>	<p>11.A. QUAL O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO RELATIVAMENTE À SUA FREGUESIA, NOS SEGUINTE DOMÍNIOS?</p> <p>(1 – MUITO SATISFEITO; 2 – SATISFEITO; 3 – POUCO SATISFEITO; 4 – NADA SATISFEITO)</p> <p>- NO DOMÍNIO, RELATIVAMENTE AO QUAL, NÃO TEM OPINIÃO/NÃO SABE. DEIXE EM BRANCO E PASSE AO SEGUINTE.</p>
<p>2. SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p>	<p>11.1 - COMÉRCIO LOCAL</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>3. NACIONALIDADE? _____</p> <p>(ADICIONAR OUTRA NACIONALIDADE, CASO NECESSÁRIO)</p>	<p>11.2 - ESPAÇOS DE LAZER AO AR LIVRE</p> <p>(ESPAÇOS VERDES, ZONAS RIBEIRINHAS, ESPAÇOS DE ESTADIA, ETC.)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>4. ESTADO CIVIL</p> <p><input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO / UNIÃO DE FACTO</p> <p><input type="checkbox"/> DIVORCIADO / SEPARADO <input type="checkbox"/> VIÚVO</p>	<p>11.3 - SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE SAÚDE</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>5. ESCOLARIDADE COMPLETA</p> <p><input type="checkbox"/> SEM ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/> < 4ª CLASSE</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIGA 4ª CLASSE <input type="checkbox"/> ATÉ AO 6º ANO</p> <p><input type="checkbox"/> ATÉ AO 9º ANO <input type="checkbox"/> ENSINO SECUNDÁRIO</p> <p><input type="checkbox"/> ENSINO SUPERIOR <input type="checkbox"/> OUTRO: _____</p>	<p>11.4 - SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE EDUCAÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>6. QUANTAS PESSOAS VIVEM EM SUA CASA ALÉM DE SI? _____</p>	<p>11.5 - SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE CULTURA</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>7. TEM INDIVÍDUOS DEPENDENTES A SEU CARGO?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM, FILHOS <input type="checkbox"/> SIM, PAIS</p> <p><input type="checkbox"/> SIM, AMBOS <input type="checkbox"/> SIM, AVÓS</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> OUTROS: _____</p>	<p>11.6 - SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE DESPORTO</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>8. CONDIÇÃO PRINCIPAL PERANTE O TRABALHO</p> <p><input type="checkbox"/> EXERCE UMA PROFISSÃO</p> <p><input type="checkbox"/> DESEMPREGADO, À PROCURA DE 1º EMPREGO</p> <p><input type="checkbox"/> DESEMPREGADO, À PROCURA DE NOVO EMPREGO</p> <p><input type="checkbox"/> ESTUDANTE <input type="checkbox"/> REFORMADO</p> <p><input type="checkbox"/> DOMÉSTICO <input type="checkbox"/> SERVIÇO MILITAR</p> <p><input type="checkbox"/> OUTRA CONDIÇÃO: _____</p>	<p>11.7 - TRANSPORTES PÚBLICOS</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>8.1. PROFISSÃO (IDENTIFIQUE A ÚLTIMA, CASO DESEMPREGADO OU REFORMADO)</p> <p>_____</p>	<p>11.8 - ESTACIONAMENTO</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>9. GOSTA DE VIVER NA SUA FREGUESIA?</p> <p><input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO <input type="checkbox"/> MUITO</p> <p><input type="checkbox"/> NEM GOSTO NEM DESGOSTO</p> <p><input type="checkbox"/> POUCO <input type="checkbox"/> NADA</p>	<p>11.9 - SEGURANÇA</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>10. HÁ QUANTO TEMPO VIVE NESTA FREGUESIA?</p> <p>_____ MESES/ANOS</p>	<p>11.10 - LIMPEZA (RECOLHA DE LIXO, LIMPEZA URBANA, ETC.)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p>
	<p>11.11 - OFERTAS DE EMPREGO</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p>
	<p>11.12 - ESPAÇOS COMUNITÁRIOS (ASSOCIAÇÕES, CENTROS RECREATIVOS, CLUBES, CASAS DO POVO, ETC.)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p>
	<p>11.B. COMO CONSIDERA A QUALIDADE AMBIENTAL DA SUA FREGUESIA, RELATIVAMENTE:</p> <p>- 11.1B - NÍVEIS DE RUÍDO, DENTRO DE CASA: (PROVENIENTES DO EXTERIOR E/OU DA VIZINHANÇA)</p> <p><input type="checkbox"/> MUITO BOM <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> ACEITÁVEL <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> MUITO MAU</p> <p>- 11.2B - NÍVEIS DE RUÍDO, NA RUA:</p> <p><input type="checkbox"/> MUITO BOM <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> ACEITÁVEL <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> MUITO MAU</p> <p>- 11.3B - QUALIDADE DO AR NAS RUAS: (MAUS CHEIROS, FUMOS DE ESCAPE, FUMOS DE INDÚSTRIAS...)</p> <p><input type="checkbox"/> MUITO BOM <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> ACEITÁVEL <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> MUITO MAU</p>
	<p>12. DE UMA FORMA GERAL, A SUA SATISFAÇÃO COM A FREGUESIA, COMPARATIVAMENTE HÁ DOIS ANOS ATRÁS, É:</p> <p><input type="checkbox"/> MUITO MAIOR <input type="checkbox"/> MAIOR <input type="checkbox"/> IGUAL</p> <p><input type="checkbox"/> MENOR <input type="checkbox"/> MUITO MENOR</p>

13. UTILIZA REGULARMENTE OS ESPAÇOS VERDES?

SIM NÃO (PASSAR PARA A QUESTÃO 17)

14. RELATIVAMENTE AO ESPAÇO VERDE QUE UTILIZA MAIS FREQUENTEMENTE, É O MAIS PRÓXIMO A PÉ OU DE BICICLETA DA SUA RESIDÊNCIA?

SIM NÃO

15. FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO:

1 VEZ POR MÊS OU MENOS
 2 A 3 VEZES POR MÊS
 1 VEZ POR SEMANA
 2 A 3 VEZES POR SEMANA
 TODOS OS DIAS

16. RELATIVAMENTE À UTILIZAÇÃO DESSES ESPAÇOS VERDES, COMPARATIVAMENTE HÁ UM ANO ATRÁS, DIRIA QUE É:

MUITO MAIOR MAIOR
 IGUAL
 MENOR MUITO MENOR

17. CONSIDERA ÚTIL A EXISTÊNCIA DE ESPAÇOS VERDES PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA?

SIM NÃO

18. QUAL É O MEIO DE TRANSPORTE PRINCIPAL QUE UTILIZA NAS SUAS DESLOCAÇÕES DIÁRIAS PARA O SEU LOCAL DE TRABALHO/ESTUDO/OUTRAS ACTIVIDADES?

TRANSPORTE PÚBLICO TRANSPORTE PRIVADO
 A PÉ TRANSPORTE PÚB. + A PÉ
 OUTRA: _____

18.1 TEMPO MÉDIO DE DESLOCAÇÃO (CONSIDERAR APENAS UMA DESLOCAÇÃO): **MIN**

19. RELATIVAMENTE À SUA HABITAÇÃO, É:

ARRENDATÁRIO
 PROPRIETÁRIO
 RESIDENTE CASA CEDIDA/EMPRESTADA

20. EM SITUAÇÕES NORMAIS DO DIA-A-DIA, RELACIONA-SE COM OS SEUS VIZINHOS?

SIM NÃO (PASSAR PARA A QUESTÃO 22)

21. COMO CLASSIFICA ESSA RELAÇÃO NO ÚLTIMO ANO?

MUITO MELHOR DO QUE HABITUALMENTE
 MELHOR DO QUE HABITUALMENTE
 COMO HABITUALMENTE
 PIOR DO QUE HABITUALMENTE
 MUITO PIOR DO QUE HABITUALMENTE

22. EM CASO DE NECESSIDADE DE APOIO FINANCEIRO (DINHEIRO E/OU BENS) A QUEM RECORRE?

(PODE OPTAR POR ESCOLHER MAIS DO QUE UMA)

FAMÍLIA AMIGOS VIZINHOS
 INSTITUIÇÕES DE SOLIDARIEDADE SOCIAL
 NINGUÉM BANCO OUTRO: _____

23. EM CASO DE NECESSIDADE DE APOIO EMOCIONAL A QUEM RECORRE?

(PODE OPTAR POR ESCOLHER MAIS DO QUE UMA)

FAMÍLIA AMIGOS VIZINHOS NINGUÉM
 INSTITUIÇÕES DE SOLIDARIEDADE SOCIAL
 PROFISSIONAIS DE SAÚDE OUTRO: _____

24. COMO DESCREVE A IMPORTÂNCIA DESSES APOIOS NO ÚLTIMO ANO?

MUITO MAIS IMPORTANTE DO QUE HABITUALMENTE
 MAIS IMPORTANTE DO QUE HABITUALMENTE
 COMO HABITUALMENTE
 MENOS DO QUE HABITUALMENTE
 MUITO MENOS DO QUE HABITUALMENTE

25. DEDICA-SE A ALGUM TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA REGULARMENTE? (2 OU MAIS VEZES POR SEMANA)

SIM / QUAL: _____
 NÃO / MOTIVO: _____

26. COMO CONSIDERA O SEU ESTADO GERAL DE SAÚDE?

MUITO BOM BOM RAZOÁVEL
 MAU MUITO MAU

27. RELATIVAMENTE AO ANO ANTERIOR, O SEU ESTADO DE SAÚDE É:

MUITO MELHOR MELHOR IGUAL
 PIOR MUITO PIOR

28. O SEU MÉDICO DIAGNOSTICOU-LHE DIABETES?

SIM NÃO

29. O SEU MÉDICO DIAGNOSTICOU-LHE HIPERTENSÃO?

SIM NÃO

30. PESO: ____ KG

31. ALTURA: ____, ____ CM

32. FUMA?

SIM NÃO OCASIONALMENTE

33. ALGUMA VEZ ESTEVE DESEMPREGADO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS?

SIM / QUANTO MESES: _____
 NÃO

34. O RENDIMENTO DO SEU AGREGADO FAMILIAR NO ÚLTIMO ANO FOI:

- MUITO MAIOR DO QUE HABITUALMENTE
 MAIOR DO QUE HABITUALMENTE
 COMO HABITUALMENTE
 MENOR DO QUE HABITUALMENTE
 MUITO MENOR DO QUE HABITUALMENTE

35. NA SUA FAMÍLIA PRÓXIMA EXISTE ALGUÉM DESEMPREGADO?

- SIM NÃO

36. QUAL A SITUAÇÃO FINANCEIRA QUE MELHOR DESCREVE O SEU AGREGADO FAMILIAR:

- CAPACIDADE DE POUPANÇA DEPOIS DE PAGAR DESPESAS CORRENTES E OUTRAS
 CAPACIDADE DE POUPANÇA SE APENAS PAGAR DESPESAS CORRENTES
 CAPACIDADE APENAS PARA PAGAR DESPESAS CORRENTES
 DIFICULDADE DE PAGAR DESPESAS CORRENTES

37. ATÉ QUE PONTO SE PREOCUPA COM AS SUAS DESPESAS DIÁRIAS:

- MUITO MAIS DO QUE HABITUALMENTE
 MAIS DO QUE HABITUALMENTE
 COMO HABITUALMENTE
 MENOS DO QUE HABITUALMENTE
 MUITO MENOS DO QUE HABITUALMENTE

38. DAS SEGUINTE RÚBRICAS, QUAL A QUE TEM MAIOR PESO NO SEU ORÇAMENTO FAMILIAR MENSAL?

- DESPESAS DE SAÚDE
 DESPESAS DE ALIMENTAÇÃO
 DESPESAS DE EDUCAÇÃO
 DESPESAS DE HABITAÇÃO
 DESPESAS DE TRANSPORTE
 OUTRAS:

38.1. NO ÚLTIMO ANO DIRIA QUE ESSE PESO É:

- MUITO MAIOR DO QUE HABITUALMENTE
 MAIOR DO QUE HABITUALMENTE
 COMO HABITUALMENTE
 MENOR DO QUE HABITUALMENTE
 MUITO MENOR DO QUE HABITUALMENTE

39. CONHECE UM FAMILIAR/AMIGO/VIZINHO COM DIFICULDADES EM PAGAR AS DESPESAS MENSAS?

- SIM NÃO (PASSAR PARA A QUESTÃO 40)

39.1. ESSA DIFICULDADE DO FAMILIAR/AMIGO/VIZINHO ACTUALMENTE É:

- MUITO MAIOR DO QUE HABITUALMENTE
 MAIOR DO QUE HABITUALMENTE
 COMO HABITUALMENTE
 MENOR DO QUE HABITUALMENTE
 MUITO MENOR DO QUE HABITUALMENTE

40. DE ACORDO COM O CARTÃO NO FINAL DO QUESTIONÁRIO, PODERIA INDICAR A LETRA QUE MAIS SE APROXIMA DO RENDIMENTO RECEBIDO TOTAL DO AGREGADO FAMILIAR NO MÊS PASSADO?

- A B C D E F
 G H I J

41. NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS QUANTO TEMPO SE SENTIU?

(1 – SEMPRE; 2 – A MAIOR PARTE DO TEMPO; 3 – ALGUM TEMPO; 4 – POUCO TEMPO; 5 – NUNCA)

41.1. CHEIO DE VITALIDADE

- 1 2 3 4 5

41.2. MUITO NERVOSO

- 1 2 3 4 5

41.3. TÃO DEPRIMIDO QUE NADA O ANIMAVA

- 1 2 3 4 5

41.4. CALMO E TRANQUILO

- 1 2 3 4 5

41.5. COM MUITA ENERGIA

- 1 2 3 4 5

41.6. DEPRIMIDO

- 1 2 3 4 5

41.7. ESTAFADO

- 1 2 3 4 5

41.8. FELIZ

- 1 2 3 4 5

41.9. CANSADO

- 1 2 3 4 5

(SEGUNDO SF36v2, P9, VERSÃO PORTUGUESA)

42. VOTOU NAS ÚLTIMAS ELEIÇÕES AUTÁRQUICAS?

- SIM NÃO

43. VOTOU NAS ÚLTIMAS ELEIÇÕES LEGISLATIVAS?

- SIM NÃO

CARTÃO DE RENDIMENTO RELATIVAMENTE À QUESTÃO 40.

- A. < 150 € B. 151 – 250 €
C. 251 – 350 € D. 351 – 500 €
E. 501 – 700 € F. 701 – 900 €
G. 901 – 1200 € H. 1201 – 1500 €
I. 1501 – 2000 € J. > 2000 €

AGRADEÇO A SUA COLABORAÇÃO NESTE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.

A COORDENADORA,
PROF. PAULA SANTANA

2.5 Desemprego jovem e auto percepção de saúde mental

Pedro Pita Barros^(1,2), Maria Ana Matias⁽¹⁾ e Ana Moura⁽³⁾

(1) Nova School of Business and Economics, Universidade Nova de Lisboa; (2) Centre for Economic Policy Research (CEPR), Londres

(3) Universidade de Tilburg

DOI: http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1_9

Na recente crise económica, o desemprego jovem atingiu, em Portugal e na Europa, valores historicamente elevados. A taxa de desemprego entre os jovens atingiu os 34,8%, o dobro do observado na população em geral. Uma questão natural é qual o efeito sobre a saúde mental nestes jovens, e saber se constituem um grupo a necessitar de atenção particular.

Utilizando o inquérito SMAILE, cobrindo cerca de 1500 indivíduos da área de Lisboa, foi calculada uma escala de saúde mental e vitalidade, recolhida da literatura científica. O confronto desta escala com as características pessoais e de situação perante o emprego permitiu concluir que houve um impacto negativo relevante da crise económica (avaliada pela preocupação com as despesas diárias) sobre a saúde mental, que existe um gradiente positivo associado com anos de escolaridade (melhor saúde mental para quem possui mais anos de escolaridade) e uma grande importância do gradiente de escolaridade nos desempregados jovens (idade igual ou menor a 35 anos). Este gradiente específico é negativo: a saúde mental associada com o desemprego jovem tem menor valor na escala usada quanto maior for o nível de escolaridade. Em termos quantitativos, este efeito é substancialmente mais elevado que qualquer um dos outros efeitos mencionados. A vulnerabilidade encontrada deverá motivar políticas conjuntas de promoção do emprego e da saúde mental neste grupo etário.

During the Great Recession, youth unemployment reached, in Portugal and in Europe, historically high values. The youth unemployment rate in Portugal reached 34,8%, twice the value of the general population. A natural question is the impact on the mental health of the young of this high unemployment rate, and ask whether, or not, this is a vulnerable group requiring specific attention from public policies.

Taking advantage of the SMAILE survey, which covers about 1500 individuals in the Lisbon region, we compute a mental health and vitality scale that is present in the literature. Relating this scale with personal characteristics and with the employment situation suggests a negative impact on mental health from the economic crisis (measured at the individual level by the concern with daily expenditures). We also find a positive gradient associated with schooling (better mental health for those that had more years of schooling completed) and a more important gradient of schooling in the young unemployed (defined as unemployed aged equal or less than 35 years). Moreover, this specific gradient is negative: mental health associated with youth unemployment is lower the higher the level of schooling. In quantitative terms, this effect is substantially larger than any of the other effects found. This mental health vulnerability of young unemployed should motivate joint policies addressing unemployment and mental health specifically designed for this age group.

1. Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”(World Health Organization [WHO], 2007). A saúde mental desempenha pois um papel crucial na saúde dos indivíduos.

Ao longo do tempo as sociedades têm vindo, de uma forma crescente, a tomar consciência da importância da saúde mental. Vários estudos comprovam que uma sociedade com uma elevada taxa de incidência de doenças do foro mental resulta em perda de produtividade, a qual se traduz em elevados custos económicos (OECD, 2014). Desta forma, promover uma boa saúde mental dos indivíduos tem sido uma das prioridades das atuais sociedades uma vez que se traduz em ganhos de produtividade e prosperidade, crucial ao crescimento económico (WHO, 2011).

São vários os fatores de risco/agravamento com impacto negativo na saúde mental da população. Entre esses fatores encontram-se as características individuais e familiares, o contexto escolar, fatores relacionados com a comunidade e culturais bem como acontecimentos de maior stresse que podem ocorrer ao longo da vida, dos quais se destaca a situação de desemprego (OECD, 2012).

A questão do desemprego tem sido amplamente discutida devido às suas repercussões tanto ao nível individual como coletivo. O desemprego está associado, entre outros fatores, a perda de rendimento, instabilidade financeira, estigma social, perda de autoestima e diminuição da atividade física e mental do indivíduo (Artazcoz et al., 2004; OECD 2012). Todos estes fatores tem um impacto negativo na saúde mental uma vez que contribuem para um aumento (ou agravamento) das doenças associadas à depressão e ansiedade (WHO, 2011).. Adicionalmente, os jovens desempregados têm um maior risco de contrair problemas de saúde mental quando comparados com os jovens que permanecem empregados (WHO, 2011).

Desta forma os desempregados, sobretudo os jovens desempregados, são considerados como um grupo vulnerável aos quais estão associados níveis de saúde mental mais baixos quando comparados com os da generalidade da população (Artazcoz et al., 2004).

Devido à recente crise económica e financeira mundial, à qual está associada um aumento significativo da taxa de desemprego, nomeadamente da taxa de desemprego jovem¹, surgiu uma maior preocupação sobre os seus efeitos na saúde mental dos indivíduos.

De acordo com o recente relatório da Organização Mundial do Trabalho de 2015, a taxa global de desemprego jovem teve um crescimento acentuado entre 2007 e 2010 de 11,7% para 13%, respetivamente. Entre os anos de 2012 e 2014, esta taxa estagnou permanecendo nos 13%. É estimado que em 2015 essa taxa aumente ligeiramente para 13,1% (ILO, 2015).

Em 2014, a taxa de desemprego jovem na zona Euro atingiu os 23%. No entanto, e apesar de uma melhoria na taxa de desemprego entre 2012 e 2014, a taxa de desemprego jovem em 2014 continua a exceder os 30% em vários países da Europa, nomeadamente, Grécia (52,4%), Itália (42,7%), Portugal (34,8%) e Espanha (53,2%) (ILO, 2015), valores muito acima da taxa de desemprego geral de cada um destes países.

Adicionalmente, o problema do desemprego jovem ainda se torna mais grave quando olhamos para a sua duração. Na União Europeia (28 países) a taxa de jovens desempregados à procura de emprego há mais de um ano aumentou de 32,6% para 35,5% entre 2012 e 2014, respetivamente (ILO, 2015).

Desta forma, e sendo Portugal um dos países com pior *performance* ao nível da taxa de desemprego jovem, tem o enquadramento ideal para determinar o impacto do desemprego jovem na saúde mental.

1. Percentagem da população desempregada dos 15-24 anos no total da população ativa do mesmo grupo etário (INE, 2015).

Com o objetivo de determinar o impacto do desemprego jovem na saúde mental, usou-se informação de um inquérito realizado entre 2014 e 2015 nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras. Desta forma avalia-se o impacto do desemprego jovem na perceção da sua saúde mental. O nosso contributo consiste na análise detalhada deste impacto recorrendo a estatística descritiva, nomeadamente com o recurso a histogramas e funções densidade. Desta forma, e ao contrário das análises econométricas que se centram na média², esta metodologia permite a avaliação de dinâmicas que ocorrem ao longo de toda a distribuição e não nos focamos apenas nas dinâmicas que ocorrem em torno da média.

Este estudo está integrado no projeto SMAILE (Saúde Mental - Avaliação do Impacto das Condicionantes Locais e Económicas) que visa avaliar o efeito ambiental e territorial das determinantes em saúde na saúde mental e o uso dos serviços de saúde mental em tempos de crise económica e social.

O estudo está dividido da seguinte forma: a secção 2 descreve a fonte dos dados, a secção 3 procede à análise estatística dos dados e a secção 4 apresenta as principais conclusões.

2. Dados

Os dados utilizados nesta análise foram obtidos através de um inquérito realizado entre os meses de Agosto de 2014 e Fevereiro de 2015. Este inquérito foi feito tanto presencialmente como online e destinou-se a toda a população adulta (maiores de 18 anos) residente nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras. A escolha destes quatro concelhos da Área Metropolitana de Lisboa foi feita com base no seu grau de desenvolvimento com o objetivo de termos na nossa amostra áreas urbanas consolidadas (Lisboa), áreas urbanas recentes e em crescimento (Amadora e Oeiras) e áreas menos desenvolvidas (Mafra).

A população estatística consiste em 808.110 residentes, na qual foi recolhida uma amostra aleatória simples de 1.609 residentes (estimou-se uma margem de erro de 3,21% a um nível de confiança de 99%).

O inquérito recolheu informação individual ao nível das características demográficas (idade e género); das características socioeconómicas (nível de educação, status profissional, estado civil, situação financeira do agregado familiar e preocupações financeiras); da saúde (diabetes, hipertensão, índice de massa corporal); das características comportamentais (fumador, atividade física) e da auto perceção da saúde mental.

Relativamente à auto perceção da saúde mental, esta foi avaliada com base nas escalas de saúde mental e vitalidade (MHVS), versão validada para a população Portuguesa do *Short Form 36-item Health* (SF-36v2). O SF-36 é um questionário de estado de saúde com o objetivo de medir e avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem doença; monitorizar doentes com múltiplas condições, comparar doentes com condições diversas e comparar o estado de saúde de doentes com o da população em geral. O questionário contém 36 itens cobrindo oito dimensões de estado de saúde e detetando tanto os estados positivos como os negativos de saúde (Ferreira, 2000).

O MHVS é medido numa escala de 0 a 100, em que o valor máximo corresponde à melhor situação de saúde mental possível. Este indicador foi calculado seguindo a metodologia proposta por Ware e outros (1993). Devido à falta de um grupo de controlo, foi estipulado um valor de corte de 50 (ponto médio da escala) para determinar os indivíduos que estão melhor e os que estão pior em termos de saúde mental medida pela escala. De salientar que o inquérito recolheu outro tipo de informação, nomeadamente ao nível do meio envolvente onde o indivíduo reside, mas essa informação não é considerada no presente estudo, sendo tratada em detalhe por outros autores.

2. No artigo intitulado "Youth, well-educated and unemployed: A risky combination for perceived mental health?" utilizamos modelos econométricos para estudar o impacto do desemprego nos diferentes grupos etários e por nível de educação.

3. Análise descritiva

A secção apresenta dados estatísticos sobre a amostra usada para o presente trabalho, focando sobretudo na escala de saúde mental e vitalidade (MHVS). A análise relaciona a componente da perceção da saúde mental com a idade (faixa etária), género, nível de escolaridade e condição perante o mercado de trabalho (secção 3.1).

Dado que a questão relevante é qual o impacto do desemprego jovem na perceção da saúde mental, a secção 3.2 dedica-se a uma análise estatística considerando os indivíduos jovens e desempregados, a qual assenta nas mesmas variáveis usadas na secção 3.1.

Finalmente, e apesar de não haver representatividade ao nível do concelho, na secção 3.3 procedemos a uma análise da perceção da saúde mental a esse nível.

3.1 Perceção da saúde mental e suas determinantes

Em primeiro lugar, utilizando os dados recolhidos no inquérito anteriormente descrito, é analisada a distribuição da escala de saúde mental e vitalidade correspondente à auto avaliação dos indivíduos. Através da figura 1, que apresenta o respetivo histograma e função densidade, verifica-se que a distribuição segue aproximadamente uma distribuição normal, ligeiramente enviesada à esquerda. A grande maioria dos indivíduos tem uma pontuação que se encontra entre os 40 e os 85, sendo que a massa concentrada nos extremos da distribuição é reduzida. Desta forma, e uma vez que a grande maioria dos indivíduos apresenta uma pontuação acima dos 50, podemos afirmar que a perceção dos indivíduos sobre a sua saúde mental é boa.

Em termos de indicadores que ajudem a caracterizar a distribuição da escala de saúde mental e vitalidade de forma mais concreta, tem-se a média e a mediana, que tomam valores de 58 e 61, respetivamente. O desvio padrão da distribuição é de 19,5. Em termos de percentis da distribuição, estes são apresentados no quadro 1.

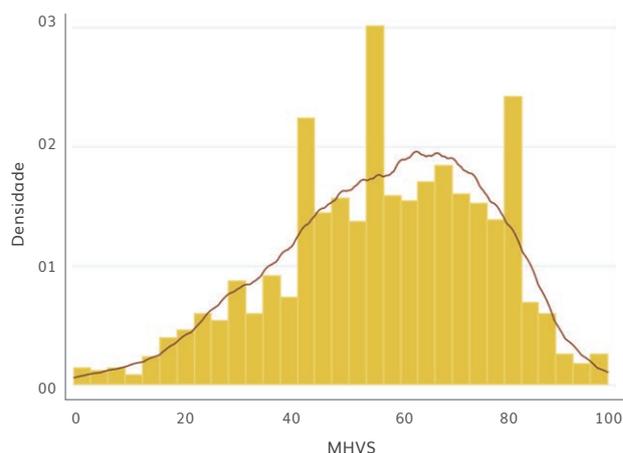


Figura 1. Histograma e função densidade MHVS

Fonte: Fonte: elaboração própria a partir dos questionários realizados nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

Quadro 1. Percentis da distribuição do MHVS

Percentil	Valor MHVS
5	22
25	44
50 (mediana)	61
75	72
95	86

Fonte: elaboração própria a partir dos questionários realizados nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

Dado que se assume que o valor de 50 na escala MHVS é o limiar entre um estado de saúde positivo ou negativo, é possível verificar que, mais de 50% dos indivíduos inquiridos tem uma saúde mental acima deste limiar (quadro 1). Importa, então, avaliar que características estão associadas positiva e negativamente com a MHVS.

A idade é tida na literatura como sendo um dos principais determinantes da saúde mental dos indivíduos. Ao contrário de outras doenças, as doenças do foro psiquiátrico, nomeadamente as doenças mentais graves, são mais prevalentes no final da adolescência/início da idade adulta e com novo pico por volta dos 30 anos de idade. De acordo com o último Estudo Epidemiológico (Caldas de Almeida & Xavier, 2013), a faixa etária entre os 18 e os 24 anos tem maior probabilidade de desenvolver uma doença mental comparativamente com as restantes faixas etárias. De salientar, que os jovens têm uma maior prevalência (50,1%) de desenvolver pelo menos uma doença mental (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

Ao analisar a relação entre a idade e a escala de saúde mental e vitalidade na amostra utilizada (figura 2), não parece existir uma relação clara entre as duas variáveis. O coeficiente de correlação de $-0,181$ evidencia um grau de correlação fraco (Dancey & Reidy, 2004), dando suporte a esta conclusão.

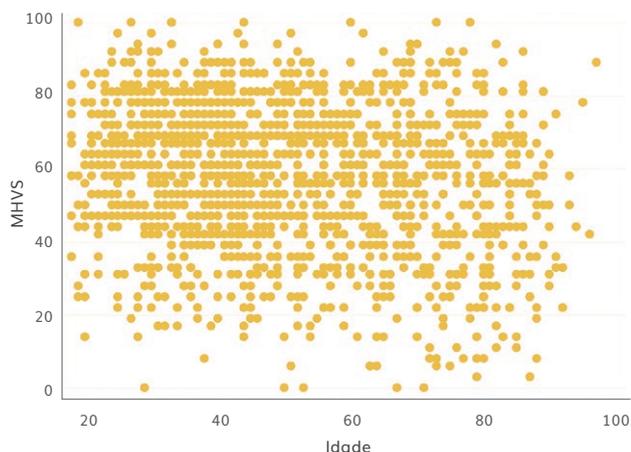


Figura 2. Relação entre idade e MHVS
Fonte: elaboração própria a partir dos questionários realizados nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

De forma a avaliar a existência de eventuais diferenças no que toca à distribuição da MHVS por faixas etárias, os indivíduos que compõem a amostra são divididos por quatro faixas etárias: indivíduos com idade igual ou inferior a 35 anos; indivíduos com idades compreendidas entre os 36 e os 50 anos; indivíduos entre os 51 e os 65 anos; e, finalmente, indivíduos com idade

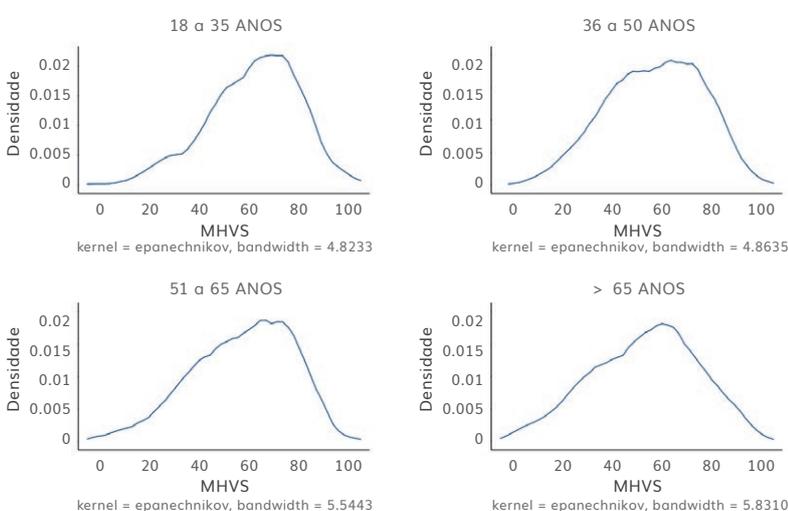


Figura 3. Funções densidade da distribuição MHVS
Fonte: elaboração própria a partir dos questionários realizados nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

superior a 65 anos. A figura 3 ilustra as funções densidade da distribuição da escala da saúde mental auto reportada para cada uma das faixas etárias consideradas.

O valor médio de MHVS é de 61,9 na distribuição correspondente à faixa etária mais jovem e vai diminuindo sucessivamente para 59,2 e 57,4 nas duas faixas etárias seguintes. Entre indivíduos pertencentes ao escalão etário superior, este valor é de 53,3. Portanto pode-se afirmar que à medida que se avança para faixas etárias mais elevadas, o valor médio da escala de saúde mental auto reportada pelos indivíduos decresce, o que não é facilmente perceptível apenas com a análise gráfica (figura 3).

Simultaneamente, verifica-se um aumento progressivo da dispersão da distribuição. Isto é, enquanto na faixa etária abaixo dos 35 anos a massa da distribuição se encontra relativamente concentrada em redor do pico, esse padrão vai-se alterando à medida que se passa para as faixas etárias seguintes. O escalão etário composto por indivíduos com idade superior a 65 anos exhibe já uma dispersão de valores muito superior, com maior massa nos extremos da distribuição. Os valores da variância, que medem o grau de dispersão de uma distribuição, ilustram esta situação: a variância toma valores de 317,1 na distribuição da MHVS no escalão etário inferior, aumentando progressivamente até atingir os 457,4 no escalão etário superior.

Assim, apesar de com base na figura 2 não ser possível identificar uma relação clara entre a idade e o estado de saúde mental auto reportado pelos indivíduos, a verdade é que, atentando às distribuições da MHVS por escalão etário, parece existir evidência de uma deterioração da saúde mental com a idade. Apesar das doenças mentais serem mais prevalentes nos jovens, esta relação negativa entre idade e saúde mental pode ser explicada com base no facto de indivíduos mais velhos enfrentarem situações de mais stress como por exemplo a passagem à reforma,

a qual está associada com um decréscimo do *status socioeconómico*. Estes fatores estão associados ao isolamento, perda de independência, solidão e sofrimento psicológico (OECD, 2015).

Para além da idade, também o género é um determinante da saúde mental dos indivíduos. Tem-se observado que as mulheres tendem a reportar um pior estado de saúde do que os homens. Tal também sucede nos nossos dados, assim como ilustra a figura 4, onde são sobrepostas as funções densidade dos homens e das mulheres. De acordo com a figura 4, a distribuição da escala de saúde mental auto reportada dos homens está localizada à direita da das mulheres. O valor médio da distribuição é de 63,6 e 54,8 para os homens e mulheres, respetivamente. Adicionalmente, a distribuição da MHVS entre as mulheres exibe um grau de achatamento superior ao dos homens. Por outras palavras, a distribuição da MHVS entre os homens exibe um pico mais acentuado do que a das mulheres.

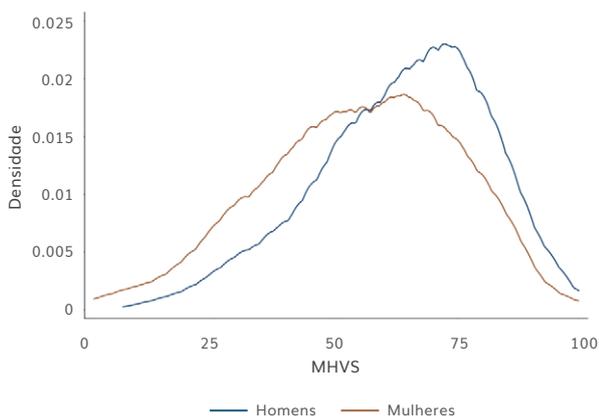


Figura 4. Distribuição MHVS por género
Fonte: elaboração própria a partir dos questionários realizados nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

Outra das variáveis frequentemente relacionadas com o estado de saúde mental é o nível educacional dos indivíduos. De acordo com a literatura, indivíduos com maior nível de escolaridade têm um melhor estado de saúde mental (OECD,

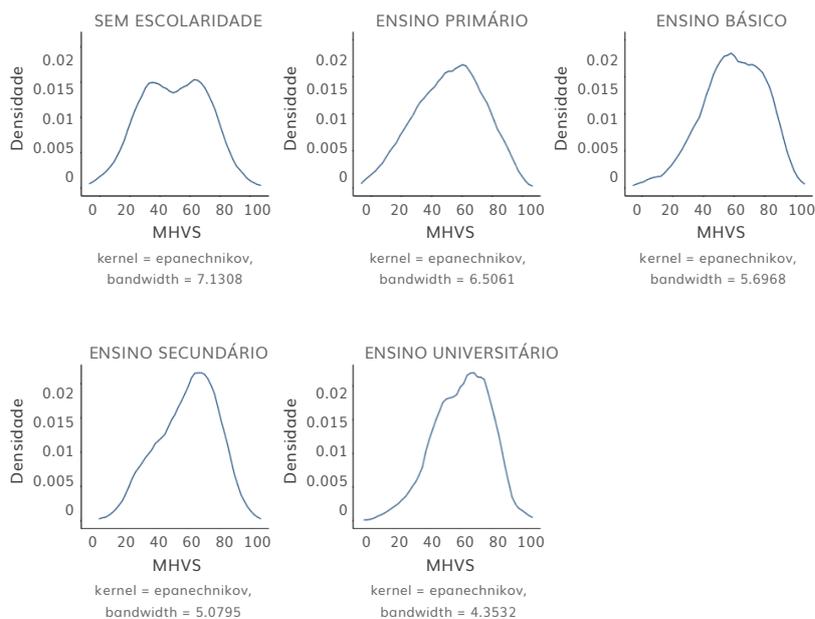


Figura 5. Distribuição MHVS por nível de escolaridade
Fonte: elaboração própria a partir dos questionários realizados nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

2012). A figura 5 apresenta a distribuição da escala de saúde mental auto reportada por nível de escolaridade. Mais uma vez, são evidentes as alterações que ocorrem na distribuição à medida que se avança no nível de escolaridade dos indivíduos. Não só a média da distribuição vai aumentando gradualmente com o nível de educação – passando de 49,5 entre indivíduos sem escolaridade para 61,2 entre aqueles que possuem estudos universitários – como o grau de dispersão também vai diminuindo.

Entre os determinantes do estado de saúde mental, encontra-se também a situação profissional dos indivíduos, sendo que esta variável assume uma importância considerável. De facto, ter uma ocupação profissional não é apenas uma forma de obter rendimento para o consumo de bens e serviços, mas é também uma forma de os indivíduos se sentirem úteis e realizados, alargarem o seu círculo de relacionamentos ou alcançarem determinada posição na sociedade. Adicionalmente, possuir uma ocupação profissional facilita aos indivíduos a organização do seu dia-a-dia e a gestão do tempo. Desta forma, uma situação de desemprego é frequentemente motivo de grande tensão, podendo mesmo ser responsável pelo desenvolvimento de depressões ou outras doenças do foro mental (Artazcoz et al., 2004; OECD, 2012; WHO, 2011).

A figura 6 apresenta a função densidade da escala de saúde mental e vitalidade entre indivíduos empregados e desempregados. Indivíduos com outro tipo de situação profissional, tais como estudantes ou domésticos, não foram considerados na construção desta figura.

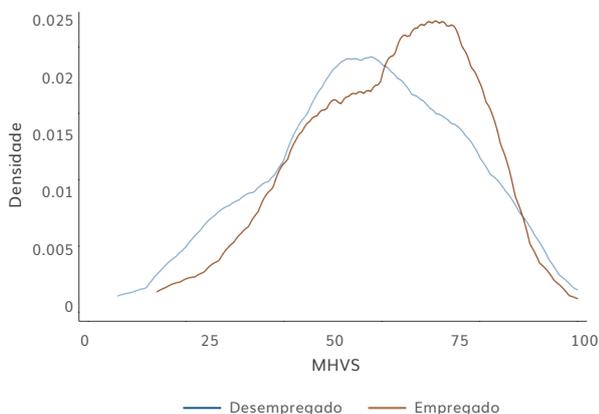


Figura 6. Distribuição MHVS entre indivíduos empregados/desempregados
Fonte: elaboração própria a partir dos questionários realizados nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

À semelhança do que se verificou em relação às diferenças de género, também a função densidade entre indivíduos desempregados se situa à direita da daqueles que estão empregados. Os valores médios são de 56,6 e 61,1, respetivamente, entre indivíduos desempregados e empregados.

Existem algumas teorias na literatura que procuram explicar que grupos de indivíduos seriam mais afetados, em termos do estado de saúde mental, por uma situação de desemprego. Resumidamente, um conjunto de teorias sugere que os indivíduos mais afetados por uma situação de desemprego são os mais privilegiados em termos de tipo de atividade e salário, pois são estes que sofrem a maior quebra no seu nível de vida (Dukerich, 2001). Por oposição, há teorias que apontam para o facto de serem aqueles com menores recursos socioeconómicos os que mais sofrem com uma situação de desemprego. O racional por detrás desta teoria prende-se com o facto de estar à partida inserido num contexto desvantajoso em termos socioeconómicos atuar como um fator que vem exacerbar o efeito negativo que uma situação de desemprego exerce na saúde mental dos indivíduos (Syme, 1996).

3.2 Desemprego jovem e perceção da saúde mental

Deste ponto em diante, será dado especial enfoque ao desemprego como variável passível de afetar a perceção da saúde mental. Sem qualquer ambição de estabelecer relações de causalidade, dadas as características da amostra recolhida, entre variáveis socioeconómicas e o efeito de uma situação de desemprego no estado de saúde mental auto reportado, serão analisados os histogramas e funções densidade da escala de saúde mental e vitalidade de acordo com algumas interações das variáveis socioeconómicas anteriormente mencionadas. O objetivo é apenas avaliar o comportamento da distribuição entre grupos distintos de indivíduos.

É frequentemente encontrada evidência na literatura que aponta no sentido de serem os indivíduos do género masculino aqueles a quem uma situação de desemprego produz efeitos mais nefastos no estado de saúde mental. Esta situação deve-se essencialmente ao papel de sustento tradicionalmente atribuído ao homem no seio do agregado familiar, sendo que, na impossibilidade de manter esse papel, o homem experimenta uma sensação de falhanço pessoal (Paul & Moser, 2009; Backhans & Hemmingson, 2012; Breslin & Breslin, 2013; Clemens et al., 2015). As mulheres, por outro lado, não só não são vistas como as principais responsáveis pelo sustento do agregado familiar, como também têm maior facilidade em substituir o seu papel de profissionais pelo de cuidadora do lar (Artazcoz et al., 2004).

Através da análise da figura 7, verifica-se que a função densidade entre as mulheres está localizada ligeiramente à direita da dos homens. No entanto, esta situação não é tão notória como quando se considera a totalidade da amostra (figura 4). Na verdade, as maiores diferenças de género no que toca à função densidade da escala de saúde mental e vitalidade ocorrem quando se considera apenas os indivíduos empregados, como ilustrado na figura 8. Estes resultados podem estar associados à insatisfação laboral, sugerindo que a importância assumida pelo tipo de trabalho desempenhado é fundamental para a manutenção de um bom estado de saúde mental.

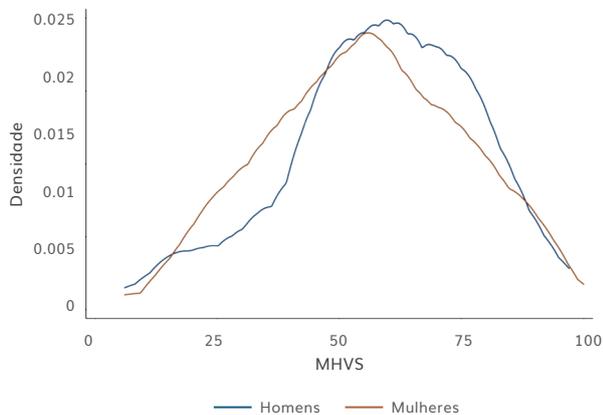


Figura 7. Distribuição MHVS por género e indivíduos desempregados
 Fonte: elaboração própria a partir dos questionários realizados nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

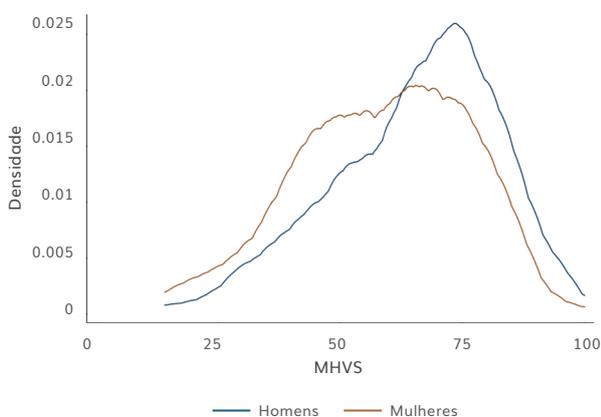


Figura 8. Distribuição MHVS por género e indivíduos empregados
 Fonte: elaboração própria a partir dos questionários realizados nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

Dentro da temática geral do desemprego, é o desemprego jovem que tem gerado mais preocupações. Efetivamente, e como mencionado anteriormente, a taxa de desemprego entre os jovens na União Europeia é o dobro da dos adultos. Sendo a entrada no mercado laboral após término da educação formal uma fase crucial para delinear uma carreira profissional, uma situação de desemprego pode colocar em risco o futuro dos indivíduos, principalmente se for de longa duração. De forma a combater esta questão foi desenvolvida uma estratégia a nível europeu de combate ao desemprego jovem. Esta consiste num pacote de medidas que incluem, por exemplo, a melhoria da oferta e qualidade dos estágios empresariais para os jovens (Banerji et al., 2014; European Commission, 2015).

Apesar de, quando se considera toda a amostra, os jovens serem aqueles com melhor estado de saúde mental auto reportada (figura 3), se aten-

tarmos apenas ao grupo de indivíduos desempregados, tal já não se verifica. De facto, de acordo com a figura 9, a função densidade da escala de saúde mental e vitalidade parece deslocar-se para a direita à medida que se avança para escalões etários superiores. Indicadores como a média ou o desvio padrão não transmitem esta realidade, dado que se mantêm relativamente constantes para os três grupos etários considerados. No entanto, a figura 9 ilustra claramente as alterações que ocorrem a nível da forma da distribuição.

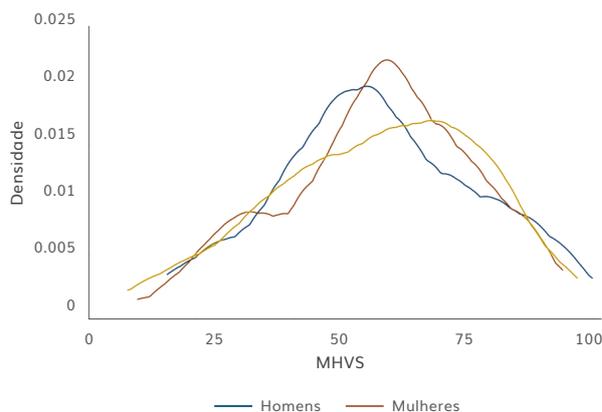


Figura 9. Distribuição MHVS por faixa etária
 Fonte: elaboração própria a partir dos questionários realizados nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

Realizando uma análise semelhante à da figura anterior, mas tendo em conta o nível de escolaridade dos indivíduos ao invés do escalão etário obtêm-se as funções densidade para indivíduos que se encontram em situação de desemprego, por nível educacional. Estas são apresentadas na figura 10.

Apesar de não muito aparente através da simples observação das funções densidade exibidas na figura 10, a análise dos valores médios da distribuição revela um padrão interessante: ao considerarmos a totalidade de indivíduos na amostra obtínhamos uma relação positiva entre o valor médio da escala de saúde mental e vitalidade e o nível educacional dos indivíduos (figura 5); no entanto, ao restringir a análise a indivíduos que se encontram em situação de desemprego, tal deixa de se verificar. Na verdade, o valor médio da MHVS mais elevado ocorre entre aqueles que estão desempregados e não possuem qualquer tipo de escolaridade (61,3). Aque-

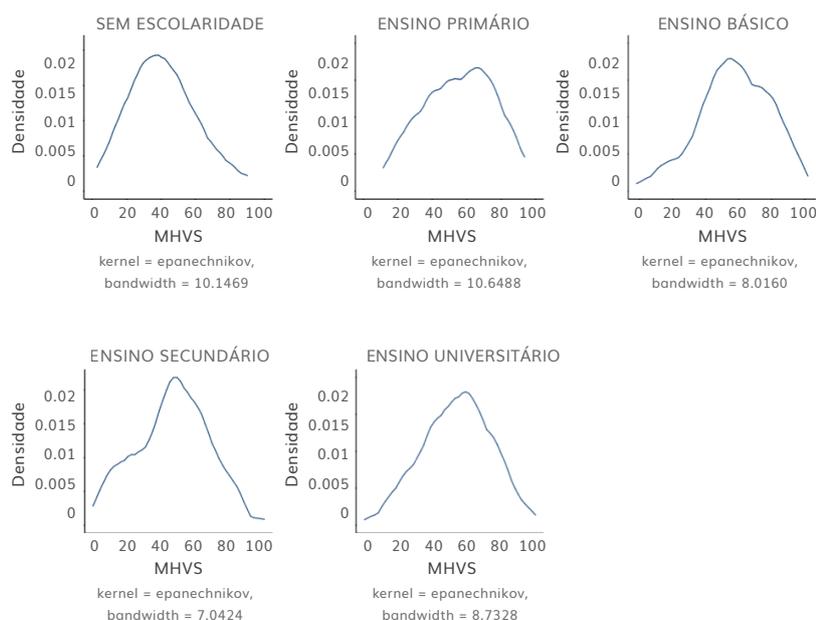


Figura 10. Distribuição MHVS por nível de escolaridade

Fonte: elaboração própria a partir dos questionários realizados nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

les que completaram o ensino universitário e se encontram numa situação de desemprego, pelo contrário, são o grupo com menor valor médio da MHVS (54,1). Nos restantes grupos o valor médio da escala de saúde mental e vitalidade é de 55,3, 57,4 e 56,3, respetivamente para indivíduos que terminaram o ensino primário, básico e secundário. A dispersão das distribuições, medida pela variância, mantém-se relativamente constante, independentemente do nível educacional. A forma das funções densidade, por outro lado, vai-se alterando à medida que consideramos indivíduos com nível de escolaridade mais elevado, nomeadamente no que concerne à massa localizada nos extremos das distribuições.

Esta situação, que à partida pode parecer contraintuitiva, já que na literatura tem sido sistematicamente encontrada evidência de uma relação positiva entre o estado de saúde mental e o nível educacional dos indivíduos (OECD, 2012), pode ter uma explicação simples. Considera-se a hipótese seguinte: as expectativas de quem termina um curso superior em termos de tempo necessário para encontrar um emprego, tipo de funções a desempenhar ou nível salarial a auferir, serão certamente superiores às de indivíduos que não possuem estudos, ou que não possuem um curso superior. Tendo em conta a atual situação econó-

mica e financeira que Portugal atravessa, bem como o facto de a simples posse de um grau de ensino superior já não ser um fator diferenciador no mercado de trabalho, principalmente entre as gerações mais jovens, é natural que indivíduos que tenham completado o ensino superior também enfrentem dificuldades relacionadas com a procura de emprego. Estes indivíduos vêm-se assim confrontados com uma realidade para a qual não estavam preparados, sendo que esta situação afeta a sua saúde mental de forma mais negativa do que ocorre em indivíduos com menor nível de escolaridade e, consequentemente, expectativas menos ambiciosas no que toca à sua situação no mercado de trabalho.

Focando a análise especificamente no grupo de indivíduos pertencentes ao escalão etário entre os 18 e os 35 anos de idade que se encontram em situação de desemprego, a figura 11 apresenta as funções densidade das distribuições da escala de saúde mental e vitalidade por nível de escolaridade.

O grupo de indivíduos até 35 anos, sem qualquer grau de escolaridade completo, que se encontravam desempregados à data de preenchimento do questionário tem um número reduzido de elementos (apenas 3), o que põe em causa a robustez dos resultados. No entanto, para os restantes níveis de escolaridade, cujo número de observações varia entre 15 e 20, verifica-se uma diminuição do valor médio da escala de saúde mental e vitalidade com o nível de educação. Enquanto os jovens desempregados com ensino básico completo têm uma escala média de 60, este valor reduz-se para 54,9 entre os que completaram o ensino básico e subsequentemente para 51,4 para os que possuem uma educação a nível universitário. Atentando a forma das distribuições apresentadas na figura 11, verifica-se que esta situação deriva de, por um lado, um au-

mento da massa da distribuição nas pontuações mais baixas e, por outro lado, uma diminuição nas pontuações mais elevadas.

Ao realizar esta análise para as restantes faixas etárias já não se obtém este padrão de forma tão marcada (resultados não apresentados), o que leva a crer que a dinâmica existente na faixa etária até aos 35 anos é distinta da das restantes.

Alguns pontos devem, contudo, ser alvo de uma discussão mais aprofundada. O primeiro deles é a dimensão da amostra. De facto, as conclusões re-

3.3 Análise por concelho

Uma vez que o inquérito foi realizado em quatro concelhos distintos da Área Metropolitana de Lisboa, uma análise natural dos dados consiste em avaliar a existência de eventuais diferenças entre concelhos. A análise seguirá uma lógica semelhante à realizada na subsecção anterior, embora com menor exaustividade.

Das 1.609 observações que compõem a amostra utilizada, 444 (27,6%) correspondem ao concelho da Amadora e 373 (23,2%) ao de Lisboa. As observações referentes aos concelhos de Mafra e Oeiras ascendem a 339 (21,1%) e 453 (28,2%), respetivamente.

Estes concelhos apresentam algumas disparidades entre si, nomeadamente no que toca ao grau de escolaridade das populações residentes. De facto, os concelhos de Lisboa e Oeiras possuem uma percentagem da população com ensino superior bastante acima da verificada nos restantes concelhos. Uma vez que a evidência existente na literatura aponta para uma relação positiva entre o nível de escolaridade e o estado de saúde mental

e o estado de saúde mental (OECD, 2012), estas diferenças educacionais podem traduzir-se em diferenças em termos da escala de saúde mental e vitalidade.

Ao analisar os valores médios da distribuição da MHVS, não se verificam diferenças relevantes entre os quatro concelhos, sendo que a pontuação média de saúde mental varia entre 56,3 na Amadora e os 60,1 em Mafra. A dispersão também se mantém relativamente constante entre concelhos, variando entre os 18,7 (Lisboa) e os 20,8 (Mafra).

O histograma e função densidade da escala de saúde mental e vitalidade por concelho são apresentados na figura 13. No que concerne aos extremos das distribuições, também não parecem existir diferenças significativas entre concelhos.

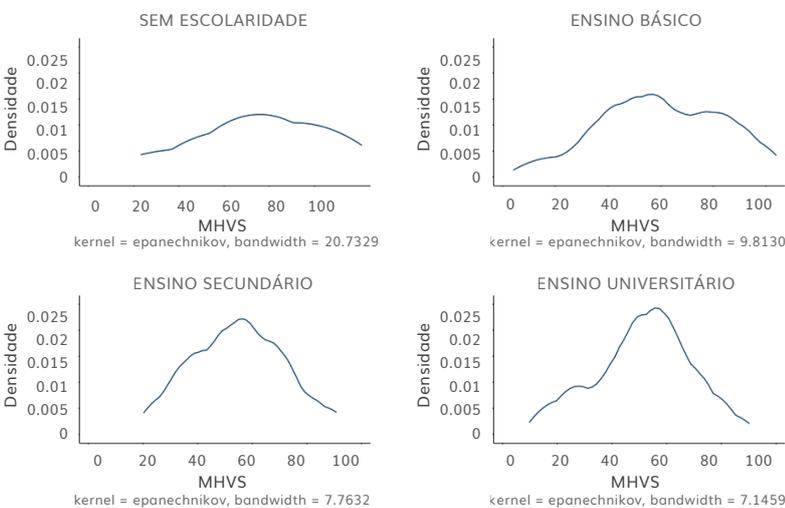


Figura 11. Distribuição MHVS por nível de escolaridade

Fonte: elaboração própria a partir dos questionários realizados nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

tiradas da análise das figuras acima apresentadas baseiam-se num reduzido número de observações, pelo que podem não apresentar robustez estatística. Adicionalmente, importa lembrar que a escala de saúde mental e vitalidade que temos vindo a utilizar ao longo desta análise não é um indicador de natureza científica. Pelo contrário, é construído com base em informação auto reportada pelos indivíduos. Não só os indivíduos percecionam a sua saúde mental de forma distinta, como também possivelmente as suas respostas terão em conta estados de saúde mental passados. Outra hipótese que podemos conjeturar prende-se com o facto de indivíduos com maior nível de educação conseguirem avaliar o próprio estado de saúde mental com maior precisão.

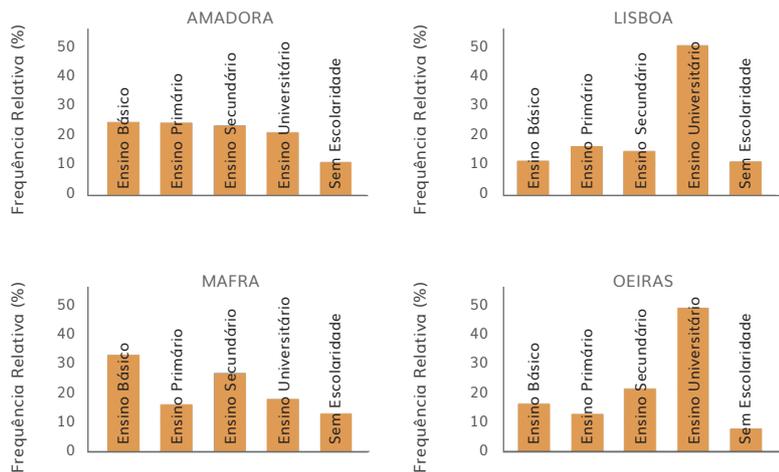


Figura 12. Nível de escolaridade por concelho

Fonte: elaboração própria a partir dos questionários realizados nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

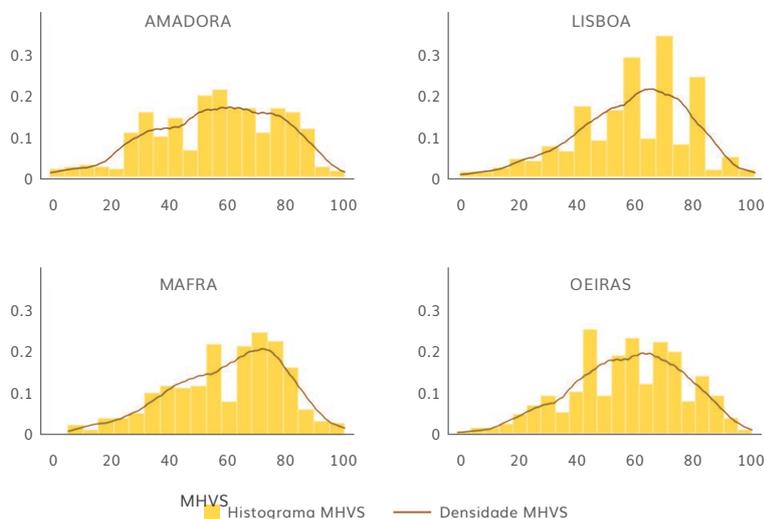


Figura 13. Histograma e função densidade MHVS por concelho

Fonte: elaboração própria a partir dos questionários realizados nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

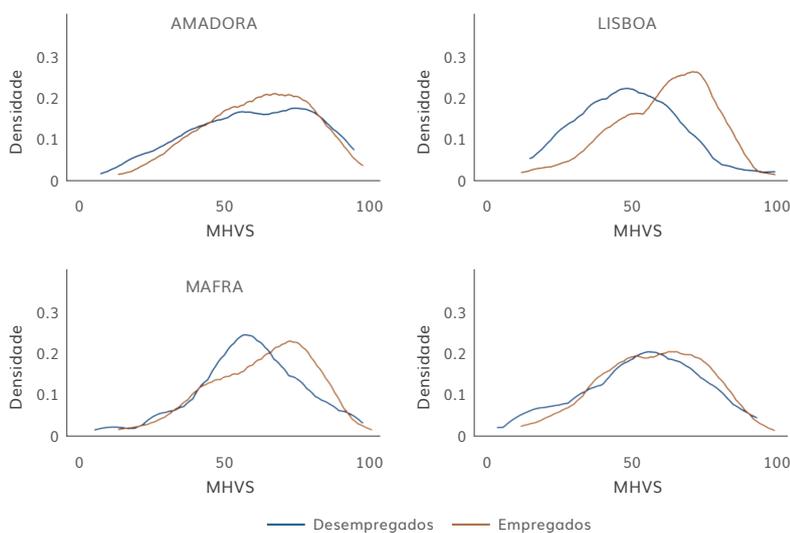


Figura 14. Distribuição MHVS por concelho

Fonte: elaboração própria a partir dos questionários realizados nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

Uma análise à função densidade da MHVS, por concelho, comparando a população empregada com a desempregada (figura 14) já aponta para a existência de padrões distintos.

Enquanto nos concelhos da Amadora e Oeiras a função densidade da MHVS é sensivelmente a mesma para indivíduos empregados e desempregados, tal não ocorre nos casos de Lisboa e Mafra. Efetivamente, no concelho de Lisboa a função densidade obtida para os desempregados situa-se à direita da dos empregados, independentemente da escala de saúde mental e vitalidade. Já no caso do concelho de Mafra, a função densidade entre indivíduos desempregados tem o seu pico num valor inferior à dos empregados.

Este tipo de situação pode dever-se, por exemplo, à existência de programas e iniciativas bem sucedidas a nível municipal, que contribuam para combater o isolamento e exclusão social dos indivíduos desempregados e simultaneamente promover a sua integração no mercado de trabalho e na sociedade.

4. Conclusão

O contributo deste capítulo encontra-se na análise do impacto do desemprego jovem na perceção da saúde mental usando como ferramenta principal a estatística descritiva, em que os dados são analisados de uma forma mais detalhada e em toda a sua extensão.

Esta análise assentou sobretudo na escala de saúde mental e vitalidade (MHVS) a qual foi analisada com base nas variáveis consideradas como fatores de risco para a saúde

mental, nomeadamente, idade (faixas etárias), género, nível de escolaridade e situação perante o mercado de trabalho.

Da análise da amostra, sem distinguir entre empregados e desempregados, é possível concluir que a generalidade dos indivíduos tem uma boa saúde mental uma vez que mais de 50% dos indivíduos inquiridos obtêm uma pontuação (na escala de saúde mental e vitalidade) superior a 50. Quando o foco da análise passa a ser os indivíduos desempregados, o padrão é diferente. Os jovens, indivíduos com menos de 35 anos, e com um nível de escolaridade mais elevado, são os que reportam pior saúde mental. Conjeturamos que este facto advenha das elevadas expectativas que estes jovens têm face às oportunidades de emprego, as quais não são satisfeitas pelo mercado de trabalho.

Ao nível do concelho, em Lisboa e Maфра os indivíduos desempregados têm uma escala de saúde mental e vitalidade ligeiramente abaixo dos indivíduos empregados. Já nos concelhos da Amadora e Oeiras não há evidência de uma diferença entre a saúde mental auto reportada pelos indivíduos empregados e desempregados. Uma possível explicação para este facto pode assentar nas políticas ao nível do município que contribuam para combater o isolamento e exclusão social dos indivíduos desempregados e simultaneamente promover a sua integração no mercado de trabalho e na sociedade. De facto, os municípios de Oeiras e da Amadora têm adotado políticas municipais específicas neste sentido, entre as quais se incluem a criação de estruturas de apoio personalizado com vista à resolução de problemas profissionais e de formação. Existem também incentivos à criação de emprego, tanto a nível de isenções fiscais para pequenas e médias empresas, como apoios financeiros para novos projetos empresariais apresentados por desempregados locais. De realçar o facto de algumas destas medidas terem sido implementadas já em 2007, o que pode indicar a existência de vantagens em atuar cedo.

Em suma, podemos afirmar que são os jovens com menos de 35 anos e com maior grau de escolaridade o grupo mais vulnerável. Sugerimos,

desta forma, que as políticas que visam combater o desemprego deverão, não só, ter um foco especial no desemprego jovem como estar aliadas a políticas que visem promover a saúde mental.

Agradecimentos

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do projeto de investigação PTDC/ATP-GEO/4101/2012, SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das Condicionantes Locais e Económicas, financiado por Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Agradece-se ao grupo de investigação do projeto SMAILE (Adriana Loureiro, Benedetto Saraceno, Carla Nunes, Graça Cardoso, Joana Lima, José Caldas de Almeida, João Ferrão, Manuela Silva, Maria do Rosário Partidário e Paula Santana) pelos contributos ao longo destes dois anos de desenvolvimento do projeto.

Agradece-se também a Helena Peixoto e Cristina Nunes por todo o suporte prestado na realização dos questionários e à equipa de entrevistadores, Adriana Loureiro, Ângela Freitas, Catarina Barros, Cláudia Costa, Joana Lima, Maria Lucília Cardoso, Paula Santana, Ricardo Almendra e Tiago Cruz.

Um agradecimento às Câmaras Municipais da Amadora, Lisboa, Maфра e Oeiras, Juntas de Freguesia e outras instituições destes concelhos por terem aceite participar no estudo SMAILE, colaborando e apoiando a realização dos questionários à população residente. Agradece-se especialmente aos respetivos presidentes, vereadores e técnicos das câmaras municipais referidas acima (Carla Tavares, Cristina Farinha e Ana Moreno (Câmara Municipal da Amadora); Fernando Medina, João Afonso e Teresa Craveiro (Câmara Municipal de Lisboa); Hélder Silva e Aldevina Rodrigues (Câmara Municipal de Maфра); e Paulo Vistas, Marlene Rodrigues e Marta Camilo (Câmara Municipal de Oeiras)).

Referências Bibliográficas

- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortes, I. (2004). Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles and social class. *American Journal of Public Health, 94*(1), 82–88.
- Backhans, M., & Hemmingson, T. (2012). Unemployment and mental health – Who is (not) affected?. *European Journal of Public Health, 22*(3), 429–433. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckr059>

- Banerji, A., Saksonovs, S., Lin, H., & Blavy, R. (2014). *Youth Unemployment in Advanced Economies in Europe: Searching for solutions*.
- Breslin, M., & Breslin, T. (2013). Unemployment and psychological well-being in post celtic tiger Ireland. *Irish Journal of Psychology*, 34(2), 67–80. doi:10.1080/03033910.2013.796584
- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º Relatório*. Lisbon: Nova Medical School, Faculdade de Ciências Médicas.
- Clemens, M., Popham, F., & Boyle, P. (2015). What is the effect of unemployment on all-cause mortality? A cohort study using propensity score matching. *European Journal of Public Health*, 25(1), 115–121.
- Dancey, C., & Reidy, J. (2004). *Statistics Without Maths for Psychology: Using SPSS for Windows*. London: Prentice Hall.
- Dukerich, J. (2001). Role transitions in organizational life: An identity-based perspective by Blake E. Ashforth. *The Academy of Management Review*, 26(4), 670-672.
- European Commission (2015). *Addressing youth unemployment in the EU*.
- Ferreira, L. (2000). Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36, Parte I – Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- International Labour Organisation (2015). *Global Employment trends for youth: Scaling up investments in decent jobs for youth*. Geneva: ILO.
- INE (2015). *Desemprego Jovem*. Retrieved October 6, 2015, from <http://smi.ine.pt/>
- OECD (2012). *Sick on the job? Myths and Realities about Mental Health and Work*. OECD Publishing.
- OECD (2014). *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*.
- OECD (2015). *Mental health and older adults*. Fact Sheet No. 381.
- Paul, K., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behaviour*, 74(3), 264–282. doi:10.1016/j.jvb.2009.01.001
- Syme, S. (1996). Rethinking disease: Where do we go from here?. *Annals Epidemiology*, 6(5), 463–468.
- Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.
- World Health Organisation (2007). *Mental Health: Strengthening mental health promotion*. World Health Organisation. Fact Sheet No. 220.
- World Health Organisation (2011). *Impact of economic crisis on mental health*.

2.6 Condições sócio-ambientais e relação com a saúde mental auto percebida nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras

Adriana Loureiro^(1,2), Maria Lucília Cardoso⁽¹⁾, Ricardo Almendra^(1,2) e Paula Santana^(1,2)

(1) Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT), Universidade de Coimbra;

(2) Departamento de Geografia e Turismo, Universidade de Coimbra

DOI: http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1_10

Este texto pretende: i) identificar *clusters* de indivíduos, residentes nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, de acordo com as características biológicas, socioeconómicas, financeiras, contextuais e dos comportamentos, e ii) analisar a relação entre os *clusters* identificados e a saúde mental auto percebida.

Foi aplicado um questionário à população com 18 ou mais anos de idade residente nos quatro concelhos, em 2014 e 2015 (N= 1066). A identificação de *clusters* de indivíduos foi efetuada através do *TwoStep Cluster Analysis*. O número de *clusters* foi identificado através da análise do valor mais alto da taxa de mudança BIC (Critério Bayesiano de Schwarz) e da distância de máxima-verossimilhança (*Ratio of Distances Measure*). Para analisar a relação entre os *clusters* identificados e a saúde mental auto percebida utilizaram-se modelos de regressão logística binomial.

A vulnerabilidade de cada *cluster* foi avaliada através da percentagem de indivíduos com atributos semelhantes (e.g. características biológicas, socioeconómicas, contextuais), associados a má saúde mental, sendo descritos como *cluster* de vulnerabilidade baixa, elevada ou intermédia. Observa-se que na Amadora, Lisboa e Mafra os residentes nos *clusters* de menor vulnerabilidade têm significativamente maior probabilidade de reportarem melhor a saúde mental (*p-value* <0,05). Em Oeiras não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois *clusters*.

This paper aims to: i) identify *clusters* of individuals, living in the municipalities of Amadora, Lisbon, Mafra and Oeiras, through their biological, socio-economic, financial status and context characteristics; ii) analyze the relationship between the identified *clusters* and self-reported mental health.

A survey was applied to the resident population age 18 and over, living in the four municipalities in 2014 (N=1066). The *cluster* identification was performed through the tool *TwoStep Cluster Analysis*. The number of *clusters* was selected by analyzing the higher value of BIC change (Bayesian Information Criterion) and the distance of Maximum likelihood (*Ratio of Distances Measure*). To analyze the relationship between the identified *clusters* and self-reported mental health binomial logistic regression models were used.

The vulnerability of each *cluster* was assessed through the percentage of individuals with similar attributes (e.g. biological, socio-economic, contextual and financial status characteristics) associated with poor mental health, being described as *clusters* of low, high or average vulnerability. In Amadora, Lisbon and Mafra the individuals of the low vulnerability *cluster* have significantly higher probability of reporting better mental health (*p-value* <0.05). In Oeiras, no significant differences between *clusters* were found.

1. Introdução

Nos últimos anos, vários investigadores (Drukker & van Os, 2003; Kubzansky et al., 2005; Skapinakis et al., 2005; Araya et al., 2006; Fone & Dunstan, 2006; Sundquist & Ahlen, 2006; Dupéré & Perkins, 2007; Lee, 2009; Hamano et al., 2010; Rios, Aiken & Zautra, 2012) sugerem que as variações em saúde mental podem ser explicadas com base nas características individuais (comportamentos, fatores psicossociais e biológicos) e/ou em características micro ou meso-sociais do ambiente (suporte social ou condições de trabalho, por exemplo), incluindo o grau de coesão social entre os membros de uma sociedade e a sua participação nas vantagens do capital social e nas dinâmicas do mercado de trabalho (Macintyre & Ellaway, 2000; WHO, 2008, 2013). Genericamente, estes fatores ou condições, que se presume tenham uma influência no nível geral de saúde das pessoas, são chamadas de “determinantes” em saúde. As explicações das variações sociais em saúde podem dividir-se em materialistas/estruturalistas, comportamentais/estilos de vida e psicossociais (Santana, Nogueira & Santos, 2007). No entanto, elas complementam-se e interagem, numa tendência para a integração das explicações.

Devido à multiplicidade de determinantes que influenciam a saúde mental vários estudos avaliam simultaneamente vários fatores com impacto no bem-estar mental da população (Johar & Savage, 2013). A identificação de *clusters* de indivíduos com características e comportamentos semelhantes é um método utilizado frequentemente, permitindo sintetizar informação e analisar padrões (Johar & Savage, 2013; Loureiro et al., 2015a).

Verger, Lions & Ventelou (2009) verificaram a existência de associações entre *clusters* de indivíduos com comportamentos de risco e sintomas de depressão, sugerindo que indivíduos fuma-

dores e com baixo consumo de vegetais apresentavam maior probabilidade de ter sintomas de depressão. Simultaneamente, Conry e outros (2011) indicam que *clusters* de indivíduos com comportamentos saudáveis apresentam menores níveis de sofrimento psicológico e maior energia e vitalidade.

Uma melhor compreensão das variações dos comportamentos, das características dos indivíduos e dos contextos ambientais pode vir a ter um papel crucial na preparação de políticas. Assim, este trabalho pretende: i) identificar *clusters* de indivíduos (dos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras), de acordo com as características biológicas, socioeconómicas, financeiras, contextuais e dos comportamentos, e ii) analisar a relação entre os *clusters* identificados e a saúde mental auto percebida.

2. Dados e métodos

2.1 Dados

Foi aplicado um questionário (anexo 1) à população com 18 ou mais anos de idade, residente nos concelhos de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015. Selecionou-se uma amostra representativa da população, ao nível do concelho, através do método aleatório simples por quotas,

Quadro 1. Dimensões e variáveis, do questionário, utilizadas no estudo

DIMENSÃO	VARIÁVEIS
Biológica	Sexo Idade
Socioeconómica	Estado Civil Escolaridade Condição perante o trabalho Profissão Situação profissional de desempregado (últimos 3 anos) Situação profissional de desempregados na família
Financeira	Rendimento Rendimento (último ano) Situação financeira Preocupação com as despesas diárias Despesas com maior peso no orçamento familiar
Comportamental	Utilização de Espaços Verdes Meio de transporte Prática de atividade física Fumador
Saúde auto percebida	Saúde Mental Estado Geral de Saúde Diabetes Hipertensão Índice de Massa Corporal
Contexto auto percebida	Ambiente físico Ambiente social (capital social)

Fonte: elaborado a partir dos questionários realizados nos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015.

de acordo com o sexo e a idade dos inquiridos. A amostra é constituída por 1066 indivíduos, com um erro amostral de 6% e um intervalo de confiança de 95%. Dos 1066 questionários recolhidos, 267 indivíduos residem na Amadora, 267 em Lisboa, 265 em Mafra e 267 em Oeiras (Loureiro et al., 2015b).

Do questionário efetuado, utilizou-se informação relativa às características biológicas, socioeconómicas, situação financeira, dos comportamentos, do contexto e condições de saúde auto reportadas (quadro 1).

2.2 Métodos

2.2.1 Caracterização da saúde mental dos indivíduos

A caracterização da saúde mental dos inquiridos foi efetuada utilizando a escala de saúde mental e vitalidade, validada para a população portuguesa (Ferreira, Noronha Ferreira & Nobre Pereira, 2012). Neste estudo não é utilizado o questionário na sua totalidade (SF- 36v2: oito dimensões em saúde, como perceções de saúde gerais, vitalidade, função física, saúde mental, entre outras), apenas as nove questões (relativas à dimensão da saúde mental) que avaliam a saúde mental e vitalidade dos inquiridos. As respostas registam o nível de concordância, com cada um dos itens, numa escala de 1 a 5. Esses valores são, posteriormente, transformadas num score que varia entre 0 e 100, com os valores mais baixos (≤ 50) a significar máxima incapacidade e os mais altos (> 50) ausência de incapacidade (Ware et al., 1993). As nove questões foram posteriormente agregadas e transformadas numa variável dicotómica de saúde mental que descreve o indivíduo como tendo pior (≤ 50) ou melhor saúde mental (> 50).

2.2.2 Identificação de *clusters* de vulnerabilidade

A identificação de *clusters* de indivíduos, de acordo com as suas características biológicas, socioeconómicas, financeiras, contextuais e de comportamentos, foi efetuada através do *TwoStep Cluster Analysis*, utilizando o SPSS (versão 21).

Para avaliar a adequação do modelo analisou-se a silhueta de coesão e separação como critério interno. Este coeficiente é calculado pela análise da similitude dos casos que pertencem ao mesmo *cluster*, em comparação com a sua dissemelhança com os casos pertencentes aos outros *clusters* (Kaufman & Peter, 1990). A silhueta de coesão e separação varia entre -1 (modelo muito fraco) e 1 (modelo excelente), considerando-se que o modelo tem uma estrutura adequada quando apresenta valores iguais ou superiores a 0,2.

O número de *clusters* foi identificado através da análise do valor mais alto da taxa de mudança BIC (Critério Bayesiano de Schwarz) e da distância de máxima-verossimilhança (*Ratio of Distances Measure*) (Ferreira et al., 2008)

Foram utilizadas 23 variáveis recolhidas no questionário. Sempre que o coeficiente de coesão e separação se revelou inferior a 0,2, foram retiradas as variáveis não consideradas importantes para a formação dos *clusters*. Após obter um conjunto de variáveis com uma estrutura adequada selecionou-se o número de *clusters* a reter e, posteriormente, procedeu-se à identificação das variáveis importantes para a formação dos *clusters* pelo valor do teste do qui-quadrado. De acordo com o indicado por Han, Kamber & Pei (2012) optou-se por analisar os dados com identificação de *outliers*.

A vulnerabilidade de cada *cluster* foi avaliada através da percentagem de indivíduos com atributos associados a pior saúde mental, sendo descritos como *cluster* de vulnerabilidade baixa, elevada ou intermédia.

2.2.3 Relação entre saúde mental e *clusters* de vulnerabilidade

Para analisar a relação entre os *clusters* identificados e a saúde mental auto percebida (variável dependente) utilizaram-se modelos de regressão logística binomial que permitem a obtenção das probabilidades relativas (*odd ratios*). Para desenvolver estes testes utilizou-se o *R-GLM package*.

3. Resultados

3.1 Descrição da amostra

Foi aplicado um questionário a 1066 indivíduos, com idade média de 49 anos, dos quais 54% são mulheres (quadro 2). Quase metade dos indivíduos é casado ou vive em união de facto (48%),

46% têm escolaridade intermédia (5º ao 12º ano). No que refere à condição perante o trabalho, 55% dos inquiridos estão empregados, sendo que 72% são trabalhadores não manuais. Cerca de um quarto dos inquiridos estiveram desempregados nos últimos 3 anos, Amadora é o concelho com maior percentagem (30%) e Lisboa o município com menor (17%). O quadro 2 apresenta, de

Quadro 2. Descrição da amostra (população entrevistada) na Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras

		Amadora	Lisboa	Mafra	Oeiras
		N= 267 (% de indivíduos)	N= 267 (% de indivíduos)	N= 265 (% de indivíduos)	N= 267 (% de indivíduos)
CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS					
Sexo	Homem	124 (46,4)	120 (44,9)	127 (47,9)	122 (45,7)
	Mulher	143 (53,6)	147 (55,1)	138 (52,1)	145 (54,3)
Idade	<= 29 anos	42 (15,7)	44 (16,5)	44 (16,6)	42 (15,7)
	30 a 44 anos	77 (28,8)	77 (28,8)	86 (32,5)	79 (29,6)
	45 a 59 anos	69 (25,8)	50 (18,7)	65 (24,5)	62 (23,2)
	60 a 74 anos	43 (16,1)	55 (20,6)	48 (18,1)	56 (21,0)
	>=75 anos	36 (13,5)	41 (15,4)	22 (8,3)	28 (10,5)
CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS					
Estado Civil	Solteiro	91 (34,2)	78 (29,4)	70 (26,6)	79 (29,6)
	Casado ou em união de facto	116 (43,6)	128 (48,3)	146 (55,5)	123 (46,1)
	Divorciado ou separado	26 (9,8)	25 (9,4)	29 (11,0)	37 (13,9)
	Viúvo	33 (12,4)	34 (12,8)	18 (6,8)	28 (10,5)
Escolaridade	Baixa (4 ou menos anos)	86 (32,2)	64 (24,0)	79 (29,8)	51 (19,1)
	Intermédia (5 a 12 anos)	133 (49,8)	77 (28,8)	143 (54,0)	137 (51,3)
	Elevada (mais de 12 anos)	48 (18,0)	126 (47,2)	43 (16,2)	79 (29,6)
Condição perante o trabalho	Empregado	130 (48,7)	147 (55,1)	168 (63,4)	139 (52,1)
	Desempregado	48 (18,0)	22 (8,2)	27 (10,2)	37 (13,9)
	Estudante	9 (3,4)	14 (5,2)	8 (3,0)	14 (5,2)
	Reformado	72 (27,0)	81 (30,3)	53 (20,0)	75 (28,1)
	Doméstica	8 (3,0)	3 (1,1)	9 (3,4)	2 (0,7)
Profissão	Forças armadas	2 (0,8)	5 (2,1)	4 (1,7)	3 (1,2)
	Trabalhadores não manuais	147 (60,7)	183 (77,2)	156 (65,0)	198 (81,5)
	Trabalhadores agrícolas	3 (1,2)	0	14 (5,8)	1 (0,4)
	Trabalhadores manuais	90 (37,2)	49 (20,7)	66 (27,5)	41 (16,9)
Desempregado (últimos 3 anos)	Sim	79 (29,8)	45 (17,0)	65 (25,1)	64 (24,2)
	Não	186 (70,2)	219 (83,0)	194 (74,9)	200 (75,8)
Desempregados na família	Sim	122 (46,0)	113 (43,5)	96 (36,4)	99 (37,4)
	Não	143 (54,0)	147 (56,5)	168 (63,6)	166 (62,6)

		Amadora	Lisboa	Mafra	Oeiras
		N= 267 (% de indivíduos)	N= 267 (% de indivíduos)	N= 265 (% de indivíduos)	N= 267 (% de indivíduos)
SITUAÇÃO FINANCEIRA					
Rendimento mensal do agregado familiar	Baixo (<= 500€)	72 (27,0)	50 (19,5)	55 (20,9)	43 (16,4)
	Intermédio baixo (501€ a 900€)	89 (33,3)	63 (24,6)	78 (29,7)	65 (24,8)
	Intermédio alto (901€ a 1500€)	65 (24,3)	48 (18,8)	76 (28,9)	79 (30,2)
	Elevado (> a 1500€)	41 (15,4)	95 (37,1)	54 (20,5)	75 (28,6)
Rendimento no último ano	Menor do que habitualmente	108 (40,4)	135 (51,1)	130 (49,2)	143 (54,0)
	Igual a habitualmente	142 (53,2)	100 (37,9)	110 (41,7)	110 (41,5)
	Maior do que habitualmente	17 (6,4)	29 (11,0)	24 (9,1)	12 (4,5)
Capacidade financeira	Capacidade de poupança depois de pagar despesas correntes e outras	52 (19,5)	78 (29,7)	22 (8,4)	56 (21,1)
	Capacidade de poupança se apenas pagar despesas correntes	63 (23,7)	77 (29,3)	118 (45,0)	67 (25,3)
	Capacidade de apenas pagar despesas correntes	88 (33,1)	70 (26,6)	117 (44,7)	102 (38,5)
	Dificuldade de pagar despesas correntes	63 (23,7)	38 (14,4)	5 (1,9)	40 (15,1)
Despesas com maior peso no orçamento familiar mensal	Despesas de Saúde	53 (19,9)	53 (20,0)	42 (16,1)	46 (17,4)
	Despesas de Alimentação	105 (39,3)	79 (29,8)	107 (41,0)	115 (43,6)
	Despesas de Habitação	84 (31,5)	109 (41,1)	78 (29,9)	82 (31,1)
	Todas as outras	25 (9,4)	24 (9,1)	34 (13,0)	21 (8,0)
Preocupação com as despesas diárias	Menos do que habitualmente	8 (3,0)	5 (1,9)	5 (1,9)	5 (1,9)
	Como habitualmente	85 (31,8)	94 (35,2)	95 (35,8)	93 (34,8)
	Mais do que habitualmente	174 (65,2)	168 (62,9)	165 (62,3)	169 (63,3)
CARACTERÍSTICAS DO CONTEXTO E COMPORTAMENTOS					
Satisfação com a área de residência	Baixa	123 (46,1)	80 (30,0)	104 (39,4)	97 (36,3)
	Elevada	144 (53,9)	187 (70,0)	160 (60,6)	170 (63,7)
Capital social de proximidade	Baixo	43 (16,1)	28 (10,5)	14 (5,3)	32 (12,0)
	Elevado	224 (83,9)	239 (89,5)	251 (94,7)	235 (88,0)
Utilização de espaços verdes	Utiliza	157 (58,8)	186 (69,7)	140 (55,1)	177 (66,3)
	Não utiliza	110 (41,2)	81 (30,3)	114 (44,9)	90 (33,7)
Meio de transporte	Motorizado público	125 (47,2)	129 (48,7)	26 (9,8)	78 (29,9)
	Motorizado privado	91 (34,3)	96 (36,2)	173 (65,3)	145 (55,6)
	Não motorizado	49 (18,5)	40 (15,1)	66 (24,9)	38 (14,6)
Atividade física	Prática	115 (43,1)	146 (54,7)	115 (43,4)	149 (55,8)
	Não prática	152 (56,9)	121 (45,3)	150 (56,6)	118 (44,2)
Hábito tabágico	Fuma	62 (23,2)	67 (25,1)	95 (36,1)	65 (24,3)
	Não fuma	205 (76,8)	200 (74,9)	168 (63,9)	202 (75,7)

		Amadora	Lisboa	Mafra	Oeiras
		N= 267 (% de indivíduos)	N= 267 (% de indivíduos)	N= 265 (% de indivíduos)	N= 267 (% de indivíduos)
SITUAÇÃO FINANCEIRA					
Estado de saúde auto percecionado	>=Bom	130 (48,7)	158 (59,2)	145 (54,7)	135 (50,6)
	<Bom	137 (51,3)	109 (40,8)	120 (45,3)	132 (49,4)
Saúde mental auto percecionada	Melhor	174 (65,2)	189 (70,8)	177 (66,8)	175 (65,5)
	Pior	93 (34,8)	78 (29,2)	88 (33,2)	92 (34,5)
Diabetes diagnosticada	Sim	29 (10,9)	38 (14,4)	22 (8,3)	33 (12,5)
	Não	237 (89,1)	226 (85,6)	242 (91,7)	231 (87,5)
Hipertensão diagnosticada	Sim	78 (29,3)	78 (29,9)	65 (24,6)	79 (29,8)
	Não	188 (70,7)	183 (70,1)	199 (75,4)	186 (70,2)
Índice de massa corporal	Baixo peso	3 (1,2)	8 (3,1)	6 (2,3)	9 (3,4)
	Peso normal	116 (44,8)	141 (55,5)	117 (44,8)	126 (47,7)
	Excesso de peso e obesidade	140 (54,1)	105 (41,3)	138 (52,9)	129 (48,9)

Fonte: elaborado a partir dos questionários realizados nos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

forma detalhada, as características biológicas, socioeconómicas, da situação financeira, do contexto e de comportamentos e, ainda, condições de saúde auto avaliada, da população entrevistada nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015.

3.2 Caracterização dos Clusters

Foram identificados três *clusters* de saúde mental auto percecionada no concelho da Amadora e dois em Lisboa, Mafra e Oeiras (quadro 3).

3.2.1 Amadora

O *cluster* 1 (de melhor saúde mental auto percecionada) é composto por indivíduos com idade inferior a 60 anos, casados ou a viver em união de facto (49,5%), com escolaridade alta (33%, ensino superior) e empregados (97%), em profissões não manuais (81,3%). Os indivíduos que constituem este *cluster* apresentam rendimentos elevados (32%, ≥ 1500 €), não tendo reportado decréscimos no último ano (56%), a maior parte do seu orçamento familiar destina-se a despesas com a habita-

Quadro 3. Distribuição da amostra (Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras) por *cluster*

CLUSTERS	AMADORA		LISBOA		MAFRA		Oeiras	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cluster 1	91	39,1%	132	65,7%	166	76,9%	146	62,7%
Cluster 2	77	33,0%	59	29,4%	44	20,4%	78	33,5%
Cluster 3	61	26,2%	-	-	-	-	-	-
Outlier	4	1,7%	10	5,0%	6	2,8%	9	3,9%
TOTAL	233	100%	201	100%	216	100%	233	100%
Casos excluídos	34		66		49		34	
TOTAL	267		267		265		267	

Fonte: elaborado a partir dos questionários realizados nos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

ção (44%). Este *cluster* agrupa indivíduos que reportaram estado de saúde igual ou superior (69%) (figura 1).

O *cluster* 2 (risco de pior saúde mental auto percebida) é composto maioritariamente por indivíduos com menos de 60 anos (95%), solteiros (44%), com escolaridade média (69%, 5º ao 12º ano de escolaridade), desempregados (55%) e trabalhadores manuais (57%). O rendimento mensal dos indivíduos que fazem parte deste *cluster* é, maioritariamente, inferior a 500€ (46%), indicando uma diminuição do rendimento no último ano (62%), sendo despesas com a alimentação (52%) as que mais pesam no orçamento familiar mensal. Este *cluster* agrupa indivíduos que reportaram, maioritariamente, estado de saúde inferior a bom (55%).

O *cluster* 3 integra, quase na sua totalidade, indivíduos mais velhos (>=60 anos: 97%), viúvos (43%), com baixa escolaridade (4ª classe ou inferior: 92%) e reformados (97%). O rendimento é baixo (41%, ≤ 500€) e não sofreu alterações no último ano (75%). A maior parte do seu orçamento familiar mensal destina-se a despesas com a saúde (53%). Neste *cluster* verifica-se concentração de indivíduos menos saudáveis: 71% reportaram estado de saúde auto percebido inferior a bom, 36% referiram que lhes tinha sido diagnosticado diabetes e 62% hipertensão.

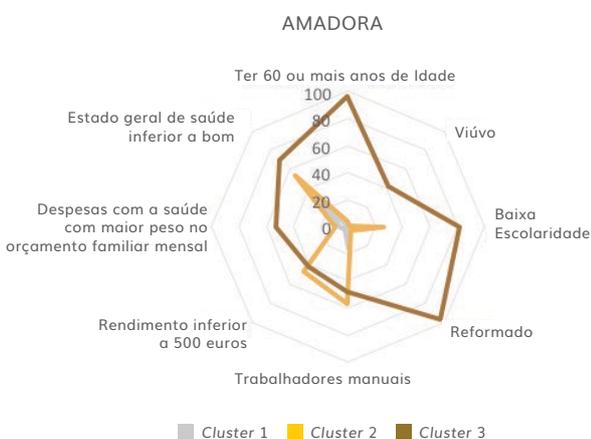


Figura 1. Condições de vulnerabilidade nos *clusters* da Amadora
Fonte: elaborado a partir dos questionários realizados na Amadora, em 2014 e 2015

3.2.2 Lisboa

O *cluster* 1 (de melhor saúde mental auto percebida) é composto maioritariamente por indivíduos com menos de 60 anos de idade (87%), casados ou a viver em união de facto (56%), de escolaridade alta (83%) e empregados (87%), em trabalhos não manuais (94%). Este *cluster* é composto, ainda, por residentes que auferem rendimentos mensais superiores a 1500€ (64%), sendo a maior parte do orçamento mensal destinado a despesas com a habitação (61%). O principal meio de transporte utilizado por estes indivíduos é o motorizado privado (55%). Este *cluster* agrupa indivíduos com estado de saúde auto reportado igual ou superior a bom (77%), indicaram ter peso normal (71%), não ter hábito tabágico (71%), não lhes ter sido diagnosticado diabetes (96%) ou hipertensão arterial (86%) (figura 2).

O *cluster* 2 (risco de pior saúde mental auto percebida), comparativamente ao *cluster* 1, integra indivíduos mais velhos (92%, com 60 ou mais anos de idade), casados ou a viver em união de facto (48%), com menor escolaridade (73%, 4ª classe ou inferior) e reformados (90%). Têm rendimentos menores do que os reportados pelos indivíduos que compõe o *cluster* 1 e a maior parte do seu orçamento mensal destina-se a despesas com a saúde (49%). O principal meio de transporte utilizado nas suas deslocações diárias é o motorizado público (76%). Reportaram pior estado de saúde (63%), excesso de peso e obesidade (64%), diabetes (31%) e hipertensão arterial (61%) diagnosticadas.

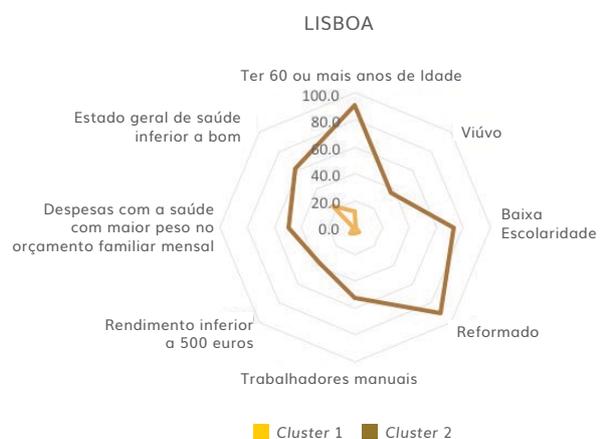


Figura 2. Condições de vulnerabilidade nos *clusters* de Lisboa
Fonte: elaborado a partir dos questionários realizados em Lisboa, em 2014 e 2015

3.2.3 Mafra

O *cluster 1* (de melhor saúde mental auto percebida) é composto, maioritariamente, por indivíduos com idades inferiores a 60 anos (94%), casados ou a viver em união de facto (54%), com escolaridade média (69%, com 5º ao 12º ano de escolaridade) e empregados (86%), em profissões não manuais (76%). Os agregados familiares dos indivíduos que compõem este *cluster* têm rendimentos mensais superiores a 900€ (61%) e maior parte do seu orçamento familiar mensal destina-se a despesas com habitação (43%). São indivíduos que utilizam regularmente espaços verdes (65%) e que utilizam meio de transporte motorizado privado nas suas deslocações diárias (75%). Este *cluster* agrega indivíduos com estado de saúde auto reportado superior ou igual a bom (67%), não fumadores (55%) e sem diagnóstico de diabetes (98%) ou hipertensão arterial (83%) (figura 3).

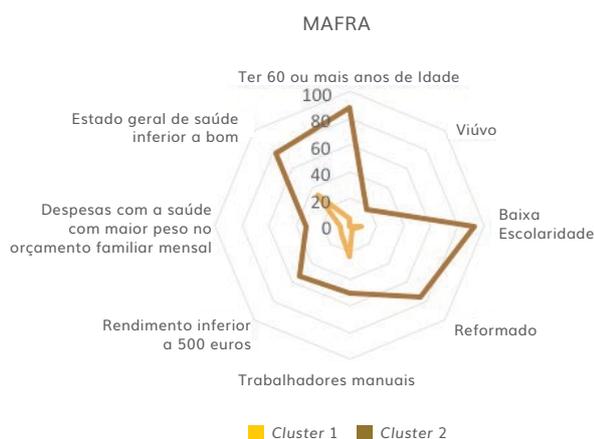


Figura 3. Condições de vulnerabilidade nos *clusters* de Mafra
Fonte: elaborado a partir dos questionários realizados em Mafra, em 2014 e 2015

O *cluster 2* (risco de pior saúde mental auto percebida), comparativamente ao *cluster 1*, integra indivíduos mais velhos (89%, com 60 ou mais anos), casados ou a viver em união de facto (71%), com menor escolaridade (93%, com 4ª classe ou inferior) e reformados (75%). Os indivíduos que compõem este *cluster* reportam rendimentos mensais do agregado familiar inferior a 500€ (52%) com valor percentual elevado de despesas com a alimentação (57%) no orçamento familiar mensal. São indivíduos que não utilizam regularmente espaços ver-

des (73%) e utilizam transporte motorizado privado nas suas deslocações diárias (46%). Este *cluster* agrega um conjunto de indivíduos com pior saúde: 77%, reportou a sua saúde como razoável, má e muito má; o médico diagnosticou diabetes e hipertensão arterial a 30% e 55%, respetivamente.

3.2.4 Oeiras

O *cluster 1* (de melhor saúde mental auto percebida) é composto maioritariamente por indivíduos com menos de 60 anos de idade (95%), casados ou a viver em união de facto (53%), com escolaridade média (51%, 5º ao 12º ano de escolaridade) e empregados (82%) em profissões não manuais (93%). Os indivíduos que constituem este *cluster* indicam que a maior parte do seu orçamento familiar mensal se destina a despesas com a habitação (45%). Estão satisfeitos com a área de residência e com a qualidade ambiental (74%) e utilizam regularmente os espaços verdes (78%). São indivíduos saudáveis: revelam estado de saúde auto percebido superior ou igual a bom (61%), peso normal (57%) e não ter tido diagnóstico de diabetes (97%) ou hipertensão arterial (86%) (figura 4).



Figura 4. Condições de vulnerabilidade nos *clusters* de Oeiras
Fonte: elaborado a partir dos questionários realizados em Oeiras, em 2014 e 2015

O *cluster 2* (risco de pior saúde mental auto percebida), comparativamente ao *cluster 1*, agrupa maioritariamente indivíduos do sexo feminino (69%), mais velhos (88%, com 60 ou mais anos de idade), casados ou a viver em união de

facto (50%), com menor escolaridade (56%, com 4ª classe ou inferior) e reformados (85%). Os indivíduos que constituem este *cluster* indicam que a maior parte do seu orçamento familiar mensal destina-se a despesas com alimentação (47%). Neste *cluster*, a auto percepção do estado de saúde é pior (71%, inferior a bom), com uma percentagem elevada de indivíduos com excesso de peso e obesidade (69%) a quem foi diagnosticada diabetes (30%) e hipertensão arterial (64%).

3.3 Associação entre os perfis identificados e a saúde mental auto percebida

Analisando os *clusters* de residentes na Amadora, comparativamente aos residentes no *cluster* 1, verifica-se que os residentes: i) no *cluster* 2 (*cluster* de vulnerabilidade intermédia) têm 3,1 vezes maior probabilidade de ter pior saúde mental; ii) no *cluster* 3 (*cluster* de elevada vulnerabilidade) revelam 2,46 vezes maior probabilidade de terem pior saúde mental. Em Lisboa, o risco de ter pior saúde mental é 3 vezes superior no *cluster* 2 (*cluster* de maior vulnerabilidade), comparativamente ao *cluster* 1. No município de Mafra o padrão é semelhante: os residentes no *cluster* de maior vulnerabilidade manifestam 2,3 vezes maior probabilidade de terem pior saúde mental quando comparados com os indivíduos que integram o *cluster* de menor vulnerabilidade (quadro 4).

Em Oeiras, apesar dos valores de pior saúde mental se terem verificado nos residentes no *cluster* de maior vulnerabilidade, a probabilidade não é estatisticamente significativa.

Quadro 4. Risco Relativo de pior saúde mental auto percebida

	AMADORA	LISBOA	MAFRA	Oeiras
C2 versus C1	3,10 (1,56-6,31)**	3,00 (1,56-5,82)**	2,31 (1,17-4,58)*	1,27 (0,72-2,26)
C3 versus C1	2,46 (1,17-5,22)*	-	-	-

*p < 0.05; **p < 0.01;

Fonte: elaborado a partir dos questionários realizados nos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

Analisando os *clusters* que revelaram pior saúde mental em cada município observam-se algumas características em comum (quadro 5). Nos quatro municípios, estes *clusters* caracterizam-se por indivíduos com estado de saúde auto percebida inferior a bom. Em Lisboa, Mafra e Oeiras verifica-se um predomínio de indivíduos idosos, reformados, com baixa escolaridade e com gastos mensais em saúde (apesar de não ser a despesa com maior peso no orçamento familiar) expressivos. Desempenhar uma profissão manual está associado a má saúde mental na Amadora e em Lisboa mas não em Mafra e Oeiras. Observando os resultados dos quatro municípios, apenas em Mafra o *cluster* de pior saúde mental é maioritariamente constituído por indivíduos com rendimento inferior a 500 euros.

Amadora foi o único município que revelou três *clusters*, destacando-se o *cluster* 2 (características intermédias), sendo constituído, maioritariamente, por população ativa com escolaridade intermédia a exercer uma profissão manual.

Quadro 5. Características dos indivíduos nos *clusters* 2 (*clusters* com maior probabilidade de ter pior saúde mental)

Características dos indivíduos no <i>Cluster</i> 2	AMADORA C2 %	LISBOA C2 %	MAFRA C2 %	OEIRAS C2 %
60 ou mais anos	5	92	89	89
Viúvos	1	37	18	32
Baixa escolaridade	26	73	93	56
Reformados	3	90	75	85
Trabalhadores manuais	57	53	50	33
Rendimento inferior a 500 euros	46	37	52	26
Despesas com a saúde com maior peso no orçamento	9	49	32	39
Estado de saúde auto percebida inferior a bom	55	63	77	71

Fonte: elaborado a partir dos questionários realizados nos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, em 2014 e 2015

4. Discussão dos resultados e conclusões

O presente estudo identifica *clusters* de indivíduos com características biológicas, socioeconómicas, financeiras, contextuais e de comportamentos semelhantes. Foram identificados *clusters* de vulnerabilidade à saúde mental: i) três na Amadora (vulnerabilidade baixa C1, elevada C2 e intermédia C3) e ii) dois em Lisboa, Mafra e Oeiras (vulnerabilidade baixa C1 e elevada C2).

À semelhança de outros resultados em saúde, o bem-estar mental depende de quem se é e do lugar onde se vive (Kaplan, 1996; Macintyre & Ellaway, 2000; Santana et al., 2007). Em concordância com outros estudos, verificou-se que pessoas mais envelhecidas (Denning & Barapatre, 2004; Yen, Michael & Perdue, 2009; Lukaschek et al., 2015) a viverem em condições de maior fragilidade económica (Fone & Dunstan, 2006; Sundquist & Ahlen, 2006; Ludwig et al., 2012) e pior estado de saúde auto percecionado apresentam maior probabilidade de ter má saúde mental (Santana et al., 2007). Observa-se que em Lisboa e Mafra, os residentes nos *clusters* de maior vulnerabilidade têm significativamente maior probabilidade de auto percecionarem pior a sua saúde mental ($p\text{-value} < 0,05$).

Na Amadora foram identificados três *clusters*, verificando-se que residentes nos *clusters* de vulnerabilidade intermédia (OR: 3,10) e elevada (OR: 2,46) apresentaram significativamente maior probabilidade de ter má saúde mental quando comparados com residentes no *cluster* de baixa vulnerabilidade. No entanto, os indivíduos que constituem o *cluster* de vulnerabilidade intermédia apresentam maior probabilidade de ter pior saúde mental. Este *cluster* agregou, maioritariamente, indivíduos com rendimentos baixos e a desempenhar uma profissão manual, destacando, assim, a importância destes fatores para a saúde mental na Amadora.

Em Oeiras, apesar de ter sido identificado um *cluster* de elevada vulnerabilidade, as diferenças

entre *clusters* não são estatisticamente significativas ($p\text{-value} > 0,05$), contrariamente ao que se observou nas outras áreas em estudo.

O esforço de identificar *clusters* de indivíduos com elevada vulnerabilidade surge frequentemente na literatura (Johar & Savage, 2013; Vermeulen-Smit et al., 2015). Identificar perfis de indivíduos com características e comportamentos associados a pior saúde mental, apesar de não ser muito frequente na literatura, é de grande relevância uma vez que permite ter um conhecimento mais amplo dos grupos e população de risco, podendo garantir intervenções mais eficazes, melhorando a qualidade de vida e bem-estar mental da população.

Agradecimentos

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do projeto de investigação PTDC/ATP-GEO/4101/2012, SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das Condicionantes Locais e Económicas, e da bolsa de doutoramento SFRH/BD/92369/2013, financiados por Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Agradece-se ao grupo de investigação do projeto SMAILE (Benedetto Saraceno, Carla Nunes, Graça Cardoso, Joana Lima, João Ferrão, José Caldas de Almeida, Manuela Silva, Maria do Rosário Partidário e Pedro Pita Barros) pelos contributos ao longo destes dois anos de desenvolvimento do projeto. Agradece-se também a Helena Peixoto e Cristina Nunes por todo o suporte prestado na realização dos questionários e à equipa de entrevistadores, Adriana Loureiro, Ângela Freitas, Catarina Barros, Cláudia Costa, Joana Lima, Maria Lucília Cardoso, Paula Santana, Ricardo Almendra e Tiago Cruz.

Um agradecimento às Câmaras Municipais da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, Juntas de Freguesia e outras instituições destes concelhos por terem aceite participar no estudo SMAILE, colaborando e apoiando a realização dos questionários à população residente. Agradece-se especialmente aos respetivos presidentes, vereadores e técnicos das câmaras municipais referidas acima (Carla Tavares, Cristina Farinha e Ana Moreno (Câmara Municipal da Amadora); Fernando Medina, João Afonso e Teresa Craveiro (Câmara Municipal de Lisboa); Hélder Silva e Aldevina Rodrigues (Câmara Municipal de Mafra); e Paulo Vistas, Marlene Rodrigues e Marta Camilo (Câmara Municipal de Oeiras)).

Referências Bibliográficas

- Araya, R., Dunstan, F., Playle, R., Thomas, H., Palmer, S., & Lewis, G. (2006). Perceptions of social capital and the built environment and mental health. *Social Science & Medicine*, 62(12), 3072–83. doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.037
- Conry, M., Morgan, K., Curry, P., McGee, H., Harrington, J., Ward, M., & Shelley, E. (2011). The clustering of health behaviours in Ireland and their relationship with mental health, self-rated health and quality of life. *BMC Public Health*, 11(1), 692. doi:10.1186/1471-2458-11-692
- Dening, T., & Barapatre, C. (2004). Mental health and the ageing population. *The Journal of the British Menopause Society*, 10(2), 49–53. doi:10.1258/136218004774202346
- Drukker, M., & van Os, J. (2003). Mediators of neighbourhood socioeconomic deprivation and quality of life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(12), 698–706.
- Dupéré, V., & Perkins, D. D. (2007). Community types and mental health: A multilevel study of local environmental stress and coping. *American Journal of Community Psychology*, 39(1), 107–119. doi:10.1007/s10464-007-9099-y
- Ferreira, K., Kimura, M., Teixeira, M., Mendoza, T., da Nóbrega, J., Graziani, S., & Takagaki, T. (2008). Impact of cancer-related symptom synergisms on health-related quality of life and performance status. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(6), 604–16. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.07.010
- Ferreira, P., Noronha Ferreira, L., & Nobre Pereira, L. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 163–171. doi:10.1016/j.rpsp.2012.12.007
- Fone, D., & Dunstan, F. (2006). Mental health, places and people: a multilevel analysis of economic inactivity and social deprivation. *Health & Place*, 12(3), 332–44. doi:10.1016/j.healthplace.2005.02.002
- Hamano, T., Fujisawa, Y., Ishida, Y., Subramanian, S., Kawachi, I., & Shiwaku, K. (2010). Social capital and mental health in Japan: A multilevel analysis. *PLOS ONE*, 5. doi:10.1371/journal.pone.0013214
- Han, J., Kamber, M., & Pei, J. (2012). *Data Mining: Concepts and Techniques*. Waltham: Elsevier.
- Johar, M., & Savage, E. (2013). Discovering unhealthiness: evidence from cluster analysis. *Annals of Epidemiology*, 23(10), 614–619. doi:10.1016/j.annepidem.2013.07.015
- Kaplan, G. (1996). People and places: contrasting perspectives on the association between social class and health. *International Journal of Health Services : Planning, Administration, Evaluation*, 26(3), 507–519.
- Kaufman, L., & Peter, R. (1990). Finding Groups in Data. (L. Kaufman & P. J. Rousseeuw, Eds.). Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc. doi:10.1002/9780470316801
- Kubzansky, L., Subramanian, S., Kawachi, I., Fay, M., Soobader, M., & Berkman, L. (2005). Neighborhood contextual influences on depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 162(3), 253–260. doi:10.1093/aje/kwi185
- Lee, M. A. (2009). Neighborhood residential segregation and mental health: A multilevel analysis on Hispanic Americans in Chicago. *Social Science and Medicine*, 68(11), 1975–1984. doi:10.1016/j.socscimed.2009.02.040
- Loureiro, A., Nunes, C., Almendra, R., & Santana, P. (2015). As características individuais e contextuais na saúde mental em tempos de crise na Grande Lisboa. In *Território e Saúde Mental em tempos de crise*. (Centro de). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra (no prelo).
- Loureiro, A., Silva, M., Almendra, R., & Santana, P. (2015). Saúde mental e território: vulnerabilidades ambientais nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras. In P. Santana (Ed.), *Território e Saúde Mental em Tempos de Crise* (Centro de). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra.
- Ludwig, J., Duncan, G., Gennetian, L., Katz, L., Kessler, R., Kling, J., & Sanbonmatsu, L. (2012). Neighborhood Effects on the Long-Term Well-Being of Low-Income Adults. *Science*, 337(6101), 1505–1510. doi:10.1126/science.1224648
- Lukaschek, K., Engelhardt, H., Baumert, J., & Ladwig, K.-H. (2015). No correlation between rates of suicidal ideation and completed suicides in Europe: Analysis of 49,008 participants (55+ years) based on the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 30 (7), 374–9.
- Macintyre, S., & Ellaway, A. (2000). Ecological Approaches: Rediscovering the Role of the Physical and Social Environment. In *Social Epidemiology* (pp. 332–348). Oxford University Press.
- Rios, R., Aiken, L., & Zautra, A. (2012). Neighborhood contexts and the mediating role of neighborhood social cohesion on health and psychological distress among hispanic and non-hispanic residents. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(1), 50–61. doi:10.1007/s12160-011-9306-9
- Santana, P., Nogueira, H., Costa, C., & Santos, R. (2007). Identificação das vulnerabilidades do ambiente físico e social na construção da Cidade Saudável. In *A Cidade e a Saúde* (Almedina, pp. 165–181). Coimbra.
- Santana, P., Nogueira, H., & Santos, R. (2007). Melhorar a saúde na Amadora intervindo no ambiente físico e social. In *A Cidade e a Saúde* (Almedina, pp. 246–254). Coimbra.

Skapinakis, P., Lewis, G., Araya, R., Jones, K., & Williams, G. (2005). Mental health inequalities in Wales, UK: multi-level investigation of the effect of area deprivation. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 186(5), 417–422. doi:10.1192/bjp.186.5.417

Sundquist, K., & Ahlen, H. (2006). Neighbourhood income and mental health: a multilevel follow-up study of psychiatric hospital admissions among 4.5 million women and men. *Health & Place*, 12(4), 594–602. doi:10.1016/j.healthplace

Verger, P., Lions, C., & Ventelou, B. (2009). Is depression associated with health risk-related behaviour clusters in adults? *European Journal of Public Health*, 19(6), 618–24. doi:10.1093/eurpub/ckp057

Vermeulen-Smit, E., Ten Have, M., Van Laar, M., & De Graaf, R. (2015). Clustering of health risk behaviours and the relationship with mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 171, 111–119. doi:10.1016/j.jad.2014.09.031

Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston New England Medical Centre (p. 1 v. (various pagings)). WHO (2008). *Closing the gap in a generation. health equity through action on the social determinants of health* (p. 246). doi:10.1080/17441692.2010.514617

WHO (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report* (p. 188). Denmark (Copenhagen).

Yen, I., Michael, Y., & Perdue, L. (2009). Neighborhood Environment in Studies of Health of Older Adults. A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 455-463. doi:10.1016/j.amepre.2009.06.022

Anexo 1 – Questionário aplicado



Estudo no âmbito da Saúde & Bem Estar: Avaliação do Impacte das Condicionantes Locais e Económicas da responsabilidade do CEGOT – Universidade de Coimbra

A. DATA:	B. ID INQUÉRITO (GERADO AUTOMATICAMENTE)	C. AUTO-PREENCHIDO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
-----------------	--	---

D. LOCAL DE RESIDÊNCIA:

RUA: _____ CONCELHO: _____

FREGUESIA: _____ CÓDIGO POSTAL (7 Díg): _____ - _____

<p>1. IDADE: ____ ANOS</p>	<p>11.A. QUAL O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO RELATIVAMENTE À SUA FREGUESIA, NOS SEGUINTES DOMÍNIOS? (1 – MUITO SATISFEITO; 2 – SATISFEITO; 3 – POUCO SATISFEITO; 4 – NADA SATISFEITO)</p> <p><small>- NO DOMÍNIO, RELATIVAMENTE AO QUAL, NÃO TEM OPINIÃO/NÃO SABE. DEIXE EM BRANCO E PASSE AO SEGUINTE.</small></p> <p>11.1 - COMÉRCIO LOCAL <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>11.2 - ESPAÇOS DE LAZER AO AR LIVRE (ESPAÇOS VERDES, ZONAS RIBEIRINHAS, ESPAÇOS DE ESTADIA, ETC.) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>11.3 - SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE SAÚDE <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>11.4 - SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE EDUCAÇÃO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>11.5 - SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE CULTURA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>11.6 - SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE DESPORTO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>11.7 - TRANSPORTES PÚBLICOS <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>11.8 - ESTACIONAMENTO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>11.9 - SEGURANÇA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>11.10 - LIMPEZA (RECOLHA DE LIXO, LIMPEZA URBANA, ETC.) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>11.11 - OFERTAS DE EMPREGO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>11.12 - ESPAÇOS COMUNITÁRIOS (ASSOCIAÇÕES, CENTROS RECREATIVOS, CLUBES, CASAS DO POVO, ETC.) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>2. SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p>	
<p>3. NACIONALIDADE? _____ <small>(ADICIONAR OUTRA NACIONALIDADE, CASO NECESSÁRIO)</small></p>	
<p>4. ESTADO CIVIL</p> <p><input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO / UNIÃO DE FACTO</p> <p><input type="checkbox"/> DIVORCIADO / SEPARADO <input type="checkbox"/> VIÚVO</p>	
<p>5. ESCOLARIDADE COMPLETA</p> <p><input type="checkbox"/> SEM ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/> < 4ª CLASSE</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIGA 4ª CLASSE <input type="checkbox"/> ATÉ AO 6º ANO</p> <p><input type="checkbox"/> ATÉ AO 9º ANO <input type="checkbox"/> ENSINO SECUNDÁRIO</p> <p><input type="checkbox"/> ENSINO SUPERIOR <input type="checkbox"/> OUTRO: _____</p>	
<p>6. QUANTAS PESSOAS VIVEM EM SUA CASA ALÉM DE SI? _____</p>	
<p>7. TEM INDIVÍDUOS DEPENDENTES A SEU CARGO?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM, FILHOS <input type="checkbox"/> SIM, PAIS</p> <p><input type="checkbox"/> SIM, AMBOS <input type="checkbox"/> SIM, AVÓS</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> OUTROS: _____</p>	
<p>8. CONDIÇÃO PRINCIPAL PERANTE O TRABALHO</p> <p><input type="checkbox"/> EXERCE UMA PROFISSÃO</p> <p><input type="checkbox"/> DESEMPREGADO, À PROCURA DE 1º EMPREGO</p> <p><input type="checkbox"/> DESEMPREGADO, À PROCURA DE NOVO EMPREGO</p> <p><input type="checkbox"/> ESTUDANTE <input type="checkbox"/> REFORMADO</p> <p><input type="checkbox"/> DOMÉSTICO <input type="checkbox"/> SERVIÇO MILITAR</p> <p><input type="checkbox"/> OUTRA CONDIÇÃO: _____</p>	
<p>8.1. PROFISSÃO (IDENTIFIQUE A ÚLTIMA, CASO DESEMPREGADO OU REFORMADO)</p> <p>_____</p>	
<p>9. GOSTA DE VIVER NA SUA FREGUESIA?</p> <p><input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO <input type="checkbox"/> MUITO</p> <p><input type="checkbox"/> NEM GOSTO NEM DESGOSTO</p> <p><input type="checkbox"/> POUCO <input type="checkbox"/> NADA</p>	
<p>10. HÁ QUANTO TEMPO VIVE NESSA FREGUESIA?</p> <p>_____ MESES/ANOS</p>	
	<p>11.B. COMO CONSIDERA A QUALIDADE AMBIENTAL DA SUA FREGUESIA, RELATIVAMENTE:</p> <p>- 11.1B - NÍVEIS DE RUÍDO, DENTRO DE CASA: (PROVENIENTES DO EXTERIOR E/OU DA VIZINHANÇA)</p> <p><input type="checkbox"/> MUITO BOM <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> ACEITÁVEL <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> MUITO MAU</p> <p>- 11.2B - NÍVEIS DE RUÍDO, NA RUA:</p> <p><input type="checkbox"/> MUITO BOM <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> ACEITÁVEL <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> MUITO MAU</p> <p>- 11.3B - QUALIDADE DO AR NAS RUAS: (MAUS CHEIROS, FUMOS DE ESCAPE, FUMOS DE INDÚSTRIAS...)</p> <p><input type="checkbox"/> MUITO BOM <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> ACEITÁVEL <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> MUITO MAU</p>
	<p>12. DE UMA FORMA GERAL, A SUA SATISFAÇÃO COM A FREGUESIA, COMPARATIVAMENTE HÁ DOIS ANOS ATRÁS, É:</p> <p><input type="checkbox"/> MUITO MAIOR <input type="checkbox"/> MAIOR <input type="checkbox"/> IGUAL</p> <p><input type="checkbox"/> MENOR <input type="checkbox"/> MUITO MENOR</p>

13. UTILIZA REGULARMENTE OS ESPAÇOS VERDES?

SIM NÃO (PASSAR PARA A QUESTÃO 17)

14. RELATIVAMENTE AO ESPAÇO VERDE QUE UTILIZA MAIS FREQUENTEMENTE, É O MAIS PRÓXIMO A PÉ OU DE BICICLETA DA SUA RESIDÊNCIA?

SIM NÃO

15. FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO:

1 VEZ POR MÊS OU MENOS
 2 A 3 VEZES POR MÊS
 1 VEZ POR SEMANA
 2 A 3 VEZES POR SEMANA
 TODOS OS DIAS

16. RELATIVAMENTE À UTILIZAÇÃO DESSES ESPAÇOS VERDES, COMPARATIVAMENTE HÁ UM ANO ATRÁS, DIRIA QUE É:

MUITO MAIOR MAIOR
 IGUAL
 MENOR MUITO MENOR

17. CONSIDERA ÚTIL A EXISTÊNCIA DE ESPAÇOS VERDES PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA?

SIM NÃO

18. QUAL É O MEIO DE TRANSPORTE PRINCIPAL QUE UTILIZA NAS SUAS DESLOCAÇÕES DIÁRIAS PARA O SEU LOCAL DE TRABALHO/ESTUDO/OUTRAS ACTIVIDADES?

TRANSPORTE PÚBLICO TRANSPORTE PRIVADO
 A PÉ TRANSPORTE PÚBL. + A PÉ
 OUTRA: _____

18.1 TEMPO MÉDIO DE DESLOCAÇÃO (CONSIDERAR APENAS UMA DESLOCAÇÃO): _____ MIN

19. RELATIVAMENTE À SUA HABITAÇÃO, É:

ARRENDATÁRIO
 PROPRIETÁRIO
 RESIDENTE CASA CEDIDA/EMPRESTADA

20. EM SITUAÇÕES NORMAIS DO DIA-A-DIA, RELACIONA-SE COM OS SEUS VIZINHOS?

SIM NÃO (PASSAR PARA A QUESTÃO 22)

21. COMO CLASSIFICA ESSA RELAÇÃO NO ÚLTIMO ANO?

MUITO MELHOR DO QUE HABITUALMENTE
 MELHOR DO QUE HABITUALMENTE
 COMO HABITUALMENTE
 PIOR DO QUE HABITUALMENTE
 MUITO PIOR DO QUE HABITUALMENTE

22. EM CASO DE NECESSIDADE DE APOIO FINANCEIRO (DINHEIRO E/OU BENS) A QUEM RECORRE?
(PODE OPTAR POR ESCOLHER MAIS DO QUE UMA)

FAMÍLIA AMIGOS VIZINHOS
 INSTITUIÇÕES DE SOLIDARIEDADE SOCIAL
 NINGUÉM BANCO OUTRO: _____

23. EM CASO DE NECESSIDADE DE APOIO EMOCIONAL A QUEM RECORRE?
(PODE OPTAR POR ESCOLHER MAIS DO QUE UMA)

FAMÍLIA AMIGOS VIZINHOS NINGUÉM
 INSTITUIÇÕES DE SOLIDARIEDADE SOCIAL
 PROFISSIONAIS DE SAÚDE OUTRO: _____

24. COMO DESCREVE A IMPORTÂNCIA DESSES APOIOS NO ÚLTIMO ANO?

MUITO MAIS IMPORTANTE DO QUE HABITUALMENTE
 MAIS IMPORTANTE DO QUE HABITUALMENTE
 COMO HABITUALMENTE
 MENOS DO QUE HABITUALMENTE
 MUITO MENOS DO QUE HABITUALMENTE

25. DEDICA-SE A ALGUM TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA REGULARMENTE? (2 OU MAIS VEZES POR SEMANA)

SIM / QUAL: _____
 NÃO / MOTIVO: _____

26. COMO CONSIDERA O SEU ESTADO GERAL DE SAÚDE?

MUITO BOM BOM RAZOÁVEL
 MAU MUITO MAU

27. RELATIVAMENTE AO ANO ANTERIOR, O SEU ESTADO DE SAÚDE É:

MUITO MELHOR MELHOR IGUAL
 PIOR MUITO PIOR

28. O SEU MÉDICO DIAGNOSTICOU-LHE DIABETES?

SIM NÃO

29. O SEU MÉDICO DIAGNOSTICOU-LHE HIPERTENSÃO?

SIM NÃO

30. PESO: _____ KG

31. ALTURA: _____, _____ CM

32. FUMA?

SIM NÃO OCASIONALMENTE

33. ALGUMA VEZ ESTEVE DESEMPREGADO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS?

SIM / QUANTO MESES: _____
 NÃO

34. O RENDIMENTO DO SEU AGREGADO FAMILIAR NO ÚLTIMO ANO FOI:

MUITO MAIOR DO QUE HABITUALMENTE

MAIOR DO QUE HABITUALMENTE

COMO HABITUALMENTE

MENOR DO QUE HABITUALMENTE

MUITO MENOR DO QUE HABITUALMENTE

35. NA SUA FAMÍLIA PRÓXIMA EXISTE ALGUÉM DESEMPREGADO?

SIM NÃO

36. QUAL A SITUAÇÃO FINANCEIRA QUE MELHOR DESCREVE O SEU AGREGADO FAMILIAR:

CAPACIDADE DE POUPANÇA DEPOIS DE PAGAR DESPESAS CORRENTES E OUTRAS

CAPACIDADE DE POUPANÇA SE APENAS PAGAR DESPESAS CORRENTES

CAPACIDADE APENAS PARA PAGAR DESPESAS CORRENTES

DIFICULDADE DE PAGAR DESPESAS CORRENTES

37. ATÉ QUE PONTO SE PREOCUPA COM AS SUAS DESPESAS DIÁRIAS:

MUITO MAIS DO QUE HABITUALMENTE

MAIS DO QUE HABITUALMENTE

COMO HABITUALMENTE

MENOS DO QUE HABITUALMENTE

MUITO MENOS DO QUE HABITUALMENTE

38. DAS SEGUINTE RÚBRICAS, QUAL A QUE TEM MAIOR PESO NO SEU ORÇAMENTO FAMILIAR MENSAL?

DESPESAS DE SAÚDE

DESPESAS DE ALIMENTAÇÃO

DESPESAS DE EDUCAÇÃO

DESPESAS DE HABITAÇÃO

DESPESAS DE TRANSPORTE

OUTRAS:

38.1. NO ÚLTIMO ANO DIRIA QUE ESSE PESO É:

MUITO MAIOR DO QUE HABITUALMENTE

MAIOR DO QUE HABITUALMENTE

COMO HABITUALMENTE

MENOR DO QUE HABITUALMENTE

MUITO MENOR DO QUE HABITUALMENTE

39. CONHECE UM FAMILIAR/AMIGO/VIZINHO COM DIFICULDADES EM PAGAR AS DESPESAS MENSAS?

SIM NÃO (PASSAR PARA A QUESTÃO 40)

39.1. ESSA DIFICULDADE DO FAMILIAR/AMIGO/VIZINHO ACTUALMENTE É:

MUITO MAIOR DO QUE HABITUALMENTE

MAIOR DO QUE HABITUALMENTE

COMO HABITUALMENTE

MENOR DO QUE HABITUALMENTE

MUITO MENOR DO QUE HABITUALMENTE

40. DE ACORDO COM O CARTÃO NO FINAL DO QUESTIONÁRIO, PODERIA INDICAR A LETRA QUE MAIS SE APROXIMA DO RENDIMENTO RECEBIDO TOTAL DO AGREGADO FAMILIAR NO MÊS PASSADO?

A B C D E F

G H I J

41. NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS QUANTO TEMPO SE SENTIU?

(1 – SEMPRE; 2 – A MAIOR PARTE DO TEMPO; 3 – ALGUM TEMPO; 4 – POUCO TEMPO; 5 – NUNCA)

41.1. CHEIO DE VITALIDADE

1 2 3 4 5

41.2. MUITO NERVOSO

1 2 3 4 5

41.3. TÃO DEPRIMIDO QUE NADA O ANIMAVA

1 2 3 4 5

41.4. CALMO E TRANQUILO

1 2 3 4 5

41.5. COM MUITA ENERGIA

1 2 3 4 5

41.6. DEPRÍMIDO

1 2 3 4 5

41.7. ESTAFADO

1 2 3 4 5

41.8. FELIZ

1 2 3 4 5

41.9. CANSADO

1 2 3 4 5

(SEGUNDO SF36v2, P9, VERSÃO PORTUGUESA)

42. VOTOU NAS ÚLTIMAS ELEIÇÕES AUTÁRQUICAS?

SIM NÃO

43. VOTOU NAS ÚLTIMAS ELEIÇÕES LEGISLATIVAS?

SIM NÃO

CARTÃO DE RENDIMENTO RELATIVAMENTE À QUESTÃO 40.

A. < 150 € **B.** 151 – 250 €

C. 251 – 350 € **D.** 351 – 500 €

E. 501 – 700 € **F.** 701 – 900 €

G. 901 – 1200 € **H.** 1201 – 1500 €

I. 1501 – 2000 € **J.** > 2000€

AGRADEÇO A SUA COLABORAÇÃO NESTE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.

A COORDENADORA,
 PROF. PAULA SANTANA

2.7 O papel dos municípios na promoção da saúde na Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras

Adriana Loureiro^(1,2), Ângela Freitas^(1,2), Catarina Barros⁽²⁾ e Paula Santana^(1,2)

(1) Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT), Universidade de Coimbra

(2) Departamento de Geografia e Turismo, Universidade de Coimbra

DOI: http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1_11

Este texto pretende apresentar e analisar o papel dos municípios nos fatores que influenciam a saúde e o bem-estar da população, ilustrando com os casos de estudo da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras. Foram utilizadas técnicas de análise qualitativa para tratar a informação relativa: i) aos instrumentos para o desenvolvimento de políticas promotoras da saúde e ii) às ações/intervenções com potencial para diminuir as desigualdades em saúde.

Os resultados revelam os seguintes aspetos: i) a promoção da saúde da população ainda não é apresentada, de forma explícita, como tema-chave ou área estratégica nos instrumentos de gestão territorial; ii) a inclusão social é o domínio de intervenção municipal com maior número de atividades e iii) a avaliação e monitorização dos impactos em saúde é fundamental para a efetiva redução das desigualdades em saúde.

No âmbito do "reforço da ação comunitária e intersectorial para a inclusão social", verificou-se um aumento crescente no tipo e número de intervenções nos últimos sete anos. Esta tem sido uma das respostas dos municípios à crise: necessidade de proteger os grupos mais vulneráveis e diminuir as desigualdades sociais.

Por fim, o reforço das competências dos municípios na área da saúde, a articulação multinível e intersectorial, a transdisciplinaridade, o envolvimento de outros agentes locais nos processos de decisão, implementação e monitorização das ações (com potenciais impactos na saúde) constituem-se como catalisadores na promoção da equidade em saúde.

This text will present and analyze the role played by Municipalities in relation to the factors which influence the health and well-being of the population, illustrating with case studies from Amadora, Lisbon, Mafra, and Oeiras. Qualitative analysis techniques were used to discuss the information relative to: i) instruments for developing policies which promote health, and ii) the action/interventions with potential for diminishing health inequalities.

The results reveal the following aspects: i) the promotion of health within the population is not being presented in explicit terms as a key theme or strategic area amongst the instruments of territorial management; ii) social inclusion is the domain of municipal intervention with the greatest number of activities, and iii) the assessment and monitoring of impacts on health is fundamental for the effective reduction of health inequalities.

Within the scope of "the strengthening of community and inter-sectorial action for social inclusion," an increase was noted in the type and number of interventions occurring over the last seven years. This has been one of the responses from the Municipalities to face the crisis: the need to protect the most vulnerable groups and to diminish social inequalities.

In conclusion, the following have thus been identified as catalysts in the promotion of health: the strengthening of the Municipalities' competences in the area of health, greater multi-level and inter-sectorial articulation, a trans-disciplinary approach, the involvement of other local agents in decision-making processes, and the implementation and monitoring of actions (with impact on health).

1. Introdução

É largamente reconhecido que a saúde não resulta, apenas, de fatores genéticos e biológicos, nem é um exclusivo resultado do acesso e utilização de serviços de saúde (Marmot et al., 2008b; WHO, 2010; Braveman, Egerter & Williams, 2011). Apoiado em extensa evidência científica, existe um crescente entendimento sobre as múltiplas influências locais, e de contextos mais amplos (social, económico e político), na geografia das desigualdades em saúde (Macintyre et al., 2003; Borrell et al., 2011; Santana et al., 2015). Destacam-se as circunstâncias do ambiente físico, construído e socioeconómico no qual as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, que influenciam, positiva ou negativamente, a saúde da população (Lalonde, 1974; Hancock & Perkins, 1985; Dahlgren & Whitehead, 1991; Santana, Vaz & Fachada, 2002; Santana, 2002a; Barton & Grant, 2006; Marmot, 2007; WHO-CSDH, 2008; Marmot et al., 2008a; Santana, Santos & Nogueira, 2009; Bambra et al., 2010; Kulik et al., 2014; Braveman & Gottlieb, 2014). Por exemplo, condições ambientais que promovam: i) o bem-estar económico e social (e.g. emprego, escolaridade, rendimento adequado às funções desempenhadas) (Lynch et al., 2000; Mackenbach, 2002; Lynch et al., 2004; Cutler & Lleras-Muney, 2006; Driscoll & Bernstein, 2012), ii) o acesso à habitação e a equipamentos públicos de qualidade que permitam dar resposta às necessidades efetivas das populações (Macintyre et al., 2003; Hood, 2005; Curl & Kearns, 2015), iii) a segurança (De Jesus et al., 2010; Ding et al., 2014), iv) o capital social e a coesão social (Navarro et al., 2006; Hyppä et al., 2007; Cornwell & Waite, 2009), e v) comportamentos e estilos de vida ativos e saudáveis (espaços públicos livres - verdes e azuis -, e lojas de produtos alimentares frescos próximas das áreas de residência) (Wilson et al., 2010; Lee & Maheswaran, 2011; Sallis et al., 2012). As condições ambientais integram, ainda, componentes do ambiente físico (e.g. qualidade do ar, o ruído, o uso do solo, densidade de construção e de população) (Frumkin et al., 2008; Kinney, 2008; Bartram & Cairncross, 2010; Hunter, MacDonald & Carter, 2010; Deguen & Zmirou-Navier, 2010), partilhando com as condições do ambiente so-

cioeconómico e cultural a visão holística das “determinantes sociais e ambientais da saúde” (Marmot et al., 2008a; Friel et al., 2011).

Por tudo isto, as políticas com capacidade para reduzir as desigualdades em saúde incluem, naturalmente, ações dentro do próprio sistema de saúde, mas encontram-se, sobretudo, fora dele (Santana, 2002b; Dahlgren & Whitehead, 2007; Marmot et al., 2008b; WHO-CSDH, 2008; Marmot, 2010; Mackenbach & Whitehead, 2015). Estas ações integram-se num quadro mais amplo da promoção da saúde e de minimização do impacto negativo das características de contexto sobre a saúde da população.

No século XXI, a urbanização crescente e acelerada (e o aumento das mobilidades entre regiões, países, entre áreas rurais e urbanas), o envelhecimento da população e as crises financeiras e económicas são fenómenos globais que afetam a vida das populações ao nível local (Moore, Gould & Keary, 2003; Karanikolos et al., 2013; Robertson, 2015), colocando importantes desafios à governação dos territórios e à redução das desigualdades em saúde. Por exemplo, observando o efeito das crises económicas, financeiras e/ou sociais na saúde da população, vários estudos (WHO, 2011a; Stuckler & Basu, 2013; Thomson et al., 2014) referem: i) aumento da pressão sobre o sistema de saúde, ii) deterioração das condições de trabalho, iii) perda de estatuto social, iv) redução do poder de compra, v) alimentação tendencialmente menos saudável, vi) aumento das desigualdades sociais, vii) maior debilidade das relações sociais e de solidariedade, viii) alterações nas estruturas familiares e ix) aumento tendencial do vandalismo e da violência.

É por tudo isto que os governos são desafiados, permanentemente, a manter e/ou (re)criar respostas que respondam às necessidades das populações, com vista a combater as desigualdades, injustas, nas condições de vida da população, promovendo, desta forma, mais e melhor saúde.

O planeamento estratégico, com vista à redução das iniquidades em saúde, pressupõe diferentes níveis de implementação, sendo o local o que me-

lhor se adequa às exigências do século XXI. Ou seja, os governos locais têm capacidade para desempenhar um papel de catalisador, atuando nos “determinantes sociais e ambientais” (Marmot et al., 2008a; Friel et al., 2011), não só através da ação enquadrada pelas suas competências e atribuições tradicionais (e.g. ação social, habitação, ambiente, ordenamento do território) mas sobretudo pela capacidade de desenvolver ações multinível, articuladas com outros sectores (e.g. saúde), agentes e *stakeholders*. Assim, é imperativo o reforço das competências na área da saúde, a transdisciplinaridade (integração de equipas multidisciplinares e intersectoriais), e o envolvimento da comunidade durante os processos de planeamento estratégico (Blumenthal, 2011; Loureiro, Miranda & Pereira Miguel, 2013), nos vários níveis de decisão que influenciam a saúde das populações: nacional, regional e local.

Este texto pretende apresentar e analisar o papel dos municípios nos fatores que influenciam a saúde e o bem-estar da população, ilustrando com os casos de estudo da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras.

O texto é composto pela introdução e duas partes. Na primeira, de âmbito enquadrador à intervenção municipal na promoção da saúde da população, são apresentados os instrumentos de natureza legal e normativa e, ainda, os de natureza estratégica que existem em Portugal tendo sido, para o efeito, consultada legislação e referências bibliográficas. A segunda parte é relativa ao papel dos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras na promoção da saúde da população, sendo apresentados, detalhadamente, os dados e métodos que estiverem presentes nos casos de estudo.

2. A intervenção municipal na saúde da população

A intervenção municipal, nomeadamente nas condicionantes da saúde, tem por base um conjunto de referenciais e instrumentos, de carácter internacional e nacional, que enquadram e orientam o desenvolvimento de políticas promotoras de ganhos em saúde.

2.1 Referenciais para o desenvolvimento de políticas promotoras da saúde

Nas conferências de Alma Ata (1978) e Ottawa (1986), iniciaram-se as primeiras discussões acerca das implicações das políticas públicas na saúde (WHO, 1978, 1986; Collins & Hayes, 2010; Santana, 2014a). Sucederam-lhes vários eventos internacionais onde foi atribuída importância ao tópico “Saúde em Todas as Políticas” (Santana, 2014a) (quadro 1). A Conferência de Helsínquia (2013)

Quadro 1. Referenciais para o desenvolvimento de políticas promotoras da saúde

INTERNACIONAL	Relatório Lalonde (1974)
	Declaração de Alma-Ata (1978)
	Carta de Ottawa (1986)
	Declaração de Adelaide (1988)
	Declaração de Sundsvall (1991)
	Declaração de Jacarta (1997)
	Declaração do México (2000)
	Carta de Banguécoque (2005)
	Carta de Tallinn (2009)
	Estratégia Europa 2020: Estratégia para um Crescimento Inteligente Sustentável e Inclusivo (2012)
	Estratégia Europeia de Adaptação às Alterações Climáticas (2013)
	Declaração de Helsínquia (2013)
	EU Policy on the Urban Environment (2015)
Health 2020: the European policy for health and well-being	
Juntos para a Saúde: Uma Abordagem Estratégica para a UE (2008-2013)	
NACIONAL	Estratégia Nacional para a Proteção Social e Inclusão Social (2006-2008)
	Plano Nacional de Ação Ambiente e Saúde (2008-2013)
	Circular Informativa Direcção-Geral de Saúde: Avaliação Ambiental Estratégica – Recomendações para a integração e apreciação da Componente Saúde Humana nos Planos Municipais de Ordenamento do Território (2009)
	Declaração para uma vida melhor (2010)
	Estratégia Nacional de Adaptação às Alterações Climáticas (2010)
Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável (2015)	

Fonte: elaborado a partir de documentos internacionais e nacionais, publicados entre 1974 e 2015

foi um marco importante: saiu reforçada a importância dos governos locais na promoção da equidade em saúde, através das políticas e das decisões públicas tomadas em todos os sectores (Loureiro et al., 2010). Esta abordagem tem como pressuposto que as questões da saúde e bem-estar não são exclusivas do sector da saúde, existindo a necessidade do envolvimento de vários atores, oriundos de outras políticas públicas, na promoção de ganhos em saúde, principalmente nos grupos que revelam maior desvantagem, em termos sociais e económicos ou geográficos (Santana, 2014a).

Em 2012, a Estratégia Europeia Saúde 2020 veio reforçar este entendimento, salientando a obtenção de ganhos em saúde através de intervenções dirigidas aos fatores que influenciam a saúde – sociais, económicos e ambientais (WHO, 2011b, 2012). Neste contexto, a governança, multinível e intersectorial (WHO, 2011b, 2012), juntamente com o envolvimento ativo da população e todos os agentes, públicos e privados, assume-se como estratégia fundamental para alcançar todo o potencial que a implementação de “políticas públicas saudáveis” representa (Kickbush, McCann & Sherbon, 2008; WHO, 2011b; Clavier & Leeuw, 2013). Estas políticas têm como objetivo a criação de contextos comprometidos com a saúde, podendo ser perspectivadas a várias escalas de definição e implementação, envolvendo o governo, autarquias, instituições públicas e privadas, organizações da sociedade civil e comunidades (Kickbush, McCann & Sherbon, 2008).

2.2 Instrumentos enquadradores da ação municipal na saúde em Portugal

A ação do município é enquadrada por instrumentos de: i) natureza legal e normativa (instrumentos de gestão territorial) e ii) natureza orientadora (referenciais, programas e estratégias sectoriais ou intersectoriais, e.g. Plano de Desenvolvimento Social, Plano de Desenvolvimento Desportivo, Plano de Desenvolvimento de Saúde, Agenda 21 Local, Programa Local de Habitação, Projeto Cidades Sustentáveis, Projeto Cidades Saudáveis).

2.2.1 Instrumentos de natureza legal e normativa (instrumentos de gestão territorial)

No quadro dos instrumentos de natureza legal e normativa, o município é responsável pela gestão territorial, através da elaboração e execução dos planos municipais de ordenamento do território. Estes planos, da responsabilidade dos municípios, acolhem as opções e orientações estabelecidas a nível nacional e regional, no quadro estabelecido pela política nacional de solos, ordenamento do território e de urbanismo (Lei n.º 31/2014, de 30 de maio que revoga a Lei n.º 48/98 de 11 de agosto). O sistema de gestão territorial está assim organizado numa estrutura hierárquica de níveis (nacional, regional, intermunicipal e municipal), em cascata, orientados num sentido descendente, sendo o nível superior mais geral (Programa Nacional da Política de Ordenamento do Território, PNPOT) e o último nível mais específico e de maior pormenor (Planos Municipais de Ordenamento do Território, PMOT) (figuras 1 e 2).

O PNPOT e, na sequência deste, os Planos Regionais de Ordenamento do Território (PROT; na Lei de Bases n.º 31/2014, de 30 de maio, passou a ser designado como Programa Regional de Ordenamento do Território) definem o quadro estratégico a desenvolver pelos Planos Intermunicipais de Ordenamento do Território (quando existem) e pelos PMOT. Neste último incluem-se os Planos Diretores Municipais (PDM), instrumentos fulcrais ao nível local, de definição da estratégia municipal, onde é estabelecido o quadro de desenvolvimento territorial a nível local. De acordo com o Decreto-Lei n.º 80/2015, de 14 de maio, que apresenta a revisão do Regime Jurídico dos Instrumentos de Gestão Territorial, RJIGT (aprovado pelo Decreto-Lei n.º 380/99, de 22 de setembro), são seus objetivos: i) a tradução, no âmbito local, do quadro de desenvolvimento do território estabelecido nos programas nacional e regional, ii) a expressão territorial da estratégia de desenvolvimento local, iii) a articulação das políticas setoriais com incidência local, iv) a base de uma gestão programada do território municipal, v) a definição da estrutura ecológica para efeitos de

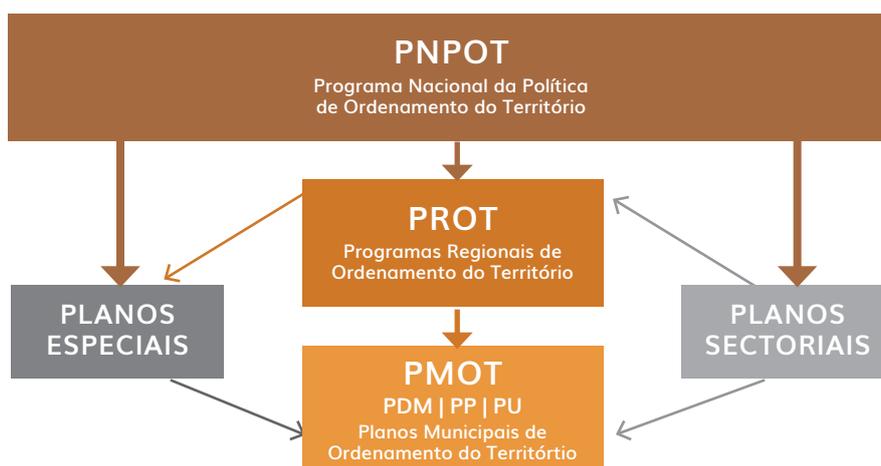
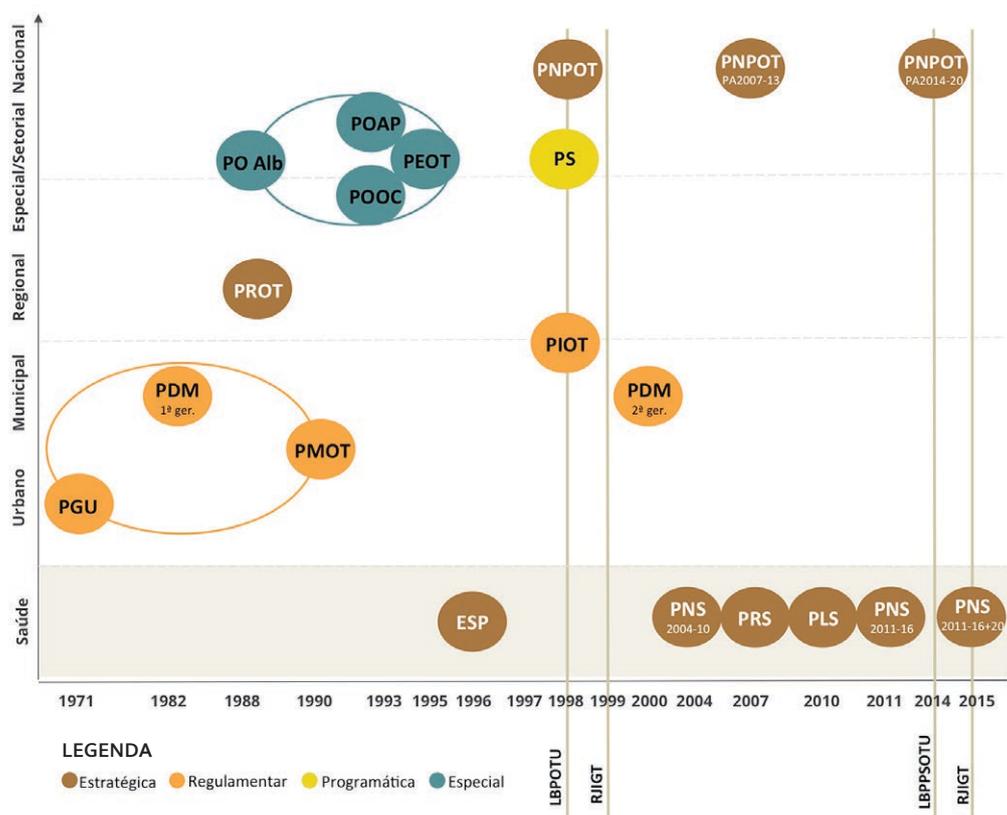


Figura 1. Sistema de gestão territorial português

Fonte: elaboração com base na Lei n.º 31/2014, de 30 de maio e no Decreto-Lei n.º 80/2015, de 14 de maio



SIGLAS

ESP: Saúde em Portugal: Uma Estratégia para o virar do século; **LBOTU:** Lei de Bases da Política de Ordenamento do Território e Urbanismo; **LBPPSOTU:** Lei de Bases da Política Pública de Solos, Ordenamento do Território e Urbanismo; **PDM:** Plano Diretor Municipal (1ª geração; 2ª geração); **PEOT:** Plano Especial de Ordenamento do Território; **PGU:** Plano Geral de Urbanização; **PIOT:** Plano Intermunicipal de Ordenamento do Território; **PLS:** Plano Local de Saúde; **PMOT:** Plano Municipal de Ordenamento do Território; **PNPT:** Programa Nacional da Política de Ordenamento do Território (Plano de Ação 2007-2013; Plano de Ação 2014-2020); **PNS:** Plano Nacional de Saúde (2004-2010; 2011-2016; revisão e extensão 2011-2016-2020); **POAlb:** Plano de Ordenamento das Albufeiras de Águas Públicas; **POAP:** Plano de Ordenamento de Áreas Protegidas; **POOC:** Plano de Ordenamento da Orla Costeira; **PROT:** Plano Regional de Ordenamento do Território (Na Lei de Bases n.º 31/2014, de 30 de maio, passa a ser designado como Programa Regional de Ordenamento do Território); **PRS:** Plano Regional de Saúde; **PS:** Plano Setorial; **RJGT:** Regime Jurídico dos Instrumentos de Gestão Territorial

Figura 2. Evolução temporal dos Instrumentos de gestão territorial e instrumentos de planeamento em saúde em Portugal.

Fonte: elaborado a partir de documentos e legislação nacional

proteção e de valorização ambiental municipal, vi) os princípios e as regras de garantia da qualidade ambiental, da integridade paisagística e da preservação do património cultural, vii) os princípios e os critérios subjacentes a opções de localização de infraestruturas, de equipamentos, de serviços e de funções, viii) os critérios de localização e a distribuição das atividades industriais, de armazenagem e logística, turísticas, comerciais e de serviços, que decorrem da estratégia de desenvolvimento local, ix) os parâmetros de uso do solo, x) os parâmetros de uso e fruição do espaço público e, xi) outros indicadores relevantes para a elaboração dos demais programas e planos territoriais.

O sistema de gestão territorial, tal como se encontra atualmente estatuído, dá coerência ao ordenamento do território em Portugal e à ação dos municípios no domínio dos fatores que influenciam a saúde. No entanto, a dessincronização temporal entre os vários instrumentos orientadores da intervenção municipal, nomeadamente entre o PDM (1ª geração), o RJGT (dando início aos PDM de 2ª geração) e os Planos Nacionais de Saúde (PNS), reflete-se ao nível da articulação entre as ações que visam a gestão do território e a promoção da saúde da população (figura 2).

2.2.2 Instrumentos de natureza estratégica

O PNS, como instrumento orientador do planeamento em saúde - enquadrador dos objetivos, planos e estratégias de todos aqueles que inscrevem, dentro da sua missão, manter, melhorar ou recuperar a saúde de indivíduos e populações em Portugal -, propõe ações de carácter estratégico ao nível nacional, regional e local (PNS (2012-2016)). Ou seja, dá enquadramento aos Planos Regionais de Saúde (PRS), que se constituem como a referência regional para o planeamento em saúde, e aos Planos Locais de Saúde (PLS), que procuram refletir os eixos estratégicos, prioridades, objetivos e orientações do PNS. Os PLS definem intervenções com potencial para atuar nas condicionantes ambientais (Loureiro et al., 2015a). À semelhança de outros instrumentos de

natureza orientadora, os PLS "seguem" referenciais globais (quadro 1) no sentido de incentivar os governos locais a desenvolver políticas/ações/medidas de promoção da saúde e bem-estar da população. São exemplo, os princípios da equidade, sustentabilidade, solidariedade, subsidiariedade e cooperação intersectorial, constantes nos textos das Cidades Saudáveis (Organização Mundial de Saúde), das Escola Promotoras de Saúde (Direção Geral da Saúde), da Rede Social (Instituto da Segurança Social), da Agenda 21 Local (Agência Portuguesa do Ambiente), entre outros.

A Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, constituída em 1997 (Estatutos publicados em Diário da República", III Série, n.º 5, de 7 de janeiro), visa o desenvolvimento de práticas locais que contribuam alcançar as metas da "Saúde para Todos" (Simões, 2007). Em termos operativos, a abordagem das Cidades Saudáveis é transversal às "determinantes sociais e ambientais saúde" (Marmot et al., 2008a; Friel et al., 2011) e tem como objetivo a preparação e implementação de Planos de Desenvolvimento de Saúde, a nível municipal (Tsouros, 1995; Price & Tsouros, 1996). Estes planos, baseados no perfil de saúde (documento técnico que traça o retrato da saúde da população, pretendem a identificação dos problemas e das necessidades em saúde, dos recursos disponíveis e das áreas de intervenção prioritária (WHO, 2001). Como instrumento orientador, define estratégias dirigidas, em termos gerais, à promoção do envelhecimento ativo e saudável, da atividade física e bem-estar físico e mental, da participação comunitária, do planeamento urbano saudável, da inclusão social, da melhoria do acesso aos cuidados de saúde, da avaliação de impactos em saúde (Barton & Grant, 2012) entre outros.

Paralelamente, outros instrumentos orientadores da intervenção dos municípios têm incorporado, embora não explicitamente, questões relacionadas com a saúde da população. Os Planos de Desenvolvimento Social (no âmbito do estabelecimento do Programa de Apoio à Implementação da Rede Social - Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97 de 18 de novembro) e a Agenda 21 Local (no âmbito da Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável - Resolução de Conselho de Ministros n.º 109/2007, de 20 de agosto),

são instrumentos estratégicos, desenvolvidos pelo poder local, que reúnem esforços entre entidades públicas, privadas e cidadãos em torno da erradicação da pobreza e da promoção do desenvolvimento social e sustentável, respetivamente. Enquanto instrumentos norteadores de estratégias específicas sobre importantes fatores contextuais da saúde (desigualdades sociais e qualidade ambiental), têm como pano de fundo comum o reconhecimento da necessidade da ação intersectorial e do comprometimento dos municípios com a avaliação dos impactos das políticas e das suas ações concretas sobre o território.

2.3 Atribuições e competências no domínio da saúde da população em Portugal

Tradicionalmente a “saúde” nos processos de governação e no planeamento territorial locais tem sido considerada de forma isolada, muito associada à doença e à prestação de cuidados, numa perspetiva curativa. No entanto, dadas as inerentes competências e funções no ordenamento e desenvolvimento do território, os municípios possuem o enquadramento ideal para promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida.

Nas duas últimas décadas (continuando a tendência observada desde os anos oitenta (Santana, 2014b) verificou-se a melhoria generalizada dos indicadores de saúde nos municípios portugueses (Santana, 2015)). De acordo com Santana (2005:315) para este facto contribuiu: “i) a promoção das condições de vida saudáveis, e ii) o aumento do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde. O primeiro resulta, em grande medida, da municipalização (descentralização de competências ao nível da gestão e administração dos municípios) após a mudança do regime político em 1974; o segundo decorre de um sistema de saúde enquadrado por um Serviço Nacional de Saúde, que foi vendo a sua taxa de cobertura aumentar de forma significativa desde a sua criação em 1976”.

De acordo com a lei que estabelece o quadro de transferência de atribuições e competências para as autarquias locais (Decreto-lei 159/99, de 14 de

setembro), os municípios dispõem de atribuições (artigo 13º) nos seguintes domínios: i) equipamento rural e urbano, ii) energia, iii) transportes e comunicações, iv) educação, v) património, cultura e ciência, vi) tempos livres e desporto, vii) saúde, viii) ação social, ix) habitação, x) proteção civil, xi) ambiente a saneamento básico, xii) defesa do consumidor, xiii) promoção do desenvolvimento, xiv) ordenamento do território e urbanismo, xv) polícia municipal e xvi) cooperação externa.

Até aqui, o Estado português tinha assumido de forma centralizada e normativa a governação dos territórios. As primeiras formas de descentralização (desconcentração) têm pouco mais de vinte anos, tomando como exemplo o sector da saúde (Administrações Regionais de Saúde; Decreto-Lei n.º 11/1993, de 15 de janeiro).

Mais recentemente (Decreto-Lei n.º 30/2015, de 12 de fevereiro), a descentralização de competências, nos sectores da educação, segurança social, cultura e saúde, abre caminho aos municípios para que reforcem o seu papel nas políticas públicas: pelo aumento do poder no momento da decisão e pela capacidade de decidir com base na evidência (decisões que se adequem às realidades concretas), dada pelo conhecimento das populações e territórios.

O novo regime de delegação de competências nos municípios e entidades intermunicipais, no domínio de funções sociais, estabelece novas competências no que diz respeito à saúde (Decreto-Lei n.º 30/2015, de 12 de fevereiro), existindo uma maior responsabilização do poder local nesta área. Cabem agora aos municípios competências (artigo 9º) no âmbito: i) das políticas de saúde, ii) da administração da unidade de saúde, iii) da gestão dos recursos humanos (técnicos e assistentes), iv) da gestão dos recursos financeiros (protocolos de apoio financeiro), v) da gestão de equipamentos e infraestruturas dos centros de saúde (Agrupamentos de Centros de Saúde, ACES). O poder local tem atribuições para definir a estratégia municipal e intermunicipal de saúde e desenvolver intervenções de ações de prevenção da doença e promoção da saúde, em articulação com o Plano Nacional de Saúde.

No entanto, os processos de descentralização podem gerar efeitos negativos aumentando as iniquidades em saúde e no acesso aos cuidados de saúde, se não forem equacionadas e implementadas medidas de mitigação das desigualdades económicas e sociais entre regiões ou municípios (Koivusalo, Wyss & Santana, 2007). Nesse sentido, registam-se apelos a uma abordagem mais integrada e estratégica, considerando a própria definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (Loureiro, Miranda & Pereira Miguel, 2013) e a multi-fatorialidade (Glouberman & Millar 2003). Ou seja, as políticas intersectoriais poderão ter mais eficácia se implementadas em corresponsabilização com os poderes locais (Atkinson, 1995), através do estabelecimento de ligações entre o município, a região de saúde e o poder central na definição das necessidades e na respetiva adequação das medidas/estratégias (Santana, 2005). Neste âmbito, as novas gerações de instrumentos de gestão territorial, concretamente os PDM, têm a obrigação de: i) atribuir maior ênfase à dimensão estratégica, reorientando e alargando o campo de intervenção pública a outros domínios e fazendo convergir os modelos de desenvolvimento e ordenamento, ii) maior coordenação entre os diversos níveis de governança, promovendo a articulação entre políticas sectoriais e a compatibilização entre os diversos níveis de atuação territorial e, iii) reforçar a participação e o envolvimento da população, promovendo a auscultação e a discussão pública (e.g. orçamento participativo) (figura 3).



Figura 3. A Saúde no Planeamento Territorial Local
 Fonte: elaborado com base em Barton, Mitcham & Tsourou (2003) e WHO (1997)

3. O papel dos municípios na diminuição das desigualdades em saúde: Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras

Os municípios em estudo, Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, integram a Área Metropolitana de Lisboa. A sua seleção tem por base diferentes tipologias de território (Loureiro et al., 2015b) associadas, por um lado, a fases de urbanização distintas - áreas urbanas consolidadas (Lisboa), áreas urbanas de crescimento recente (Amadora e Oeiras) e áreas rurais (Mafra) – e, por outro lado, a diferentes características socioeconómicas (densidade populacional, envelhecimento, desemprego, condições da habitação e de educação).

3.1 Dados e métodos

Foi utilizada informação dos quatro municípios em estudo, relativa: i) aos instrumentos para o desenvolvimento de políticas promotoras da saúde e ii) às ações/intervenções com potencial para diminuir as desigualdades em saúde.

3.1.1 Instrumentos para o desenvolvimento de políticas promotoras da saúde

Foram analisados dois tipos de instrumentos: i) de natureza normativa e legal – Plano Diretor Municipal (ou Relatório do Estado do Ordenamento do Território, para o caso do município da Amadora¹) e ii) de natureza orientadora – Plano de Desenvolvimento Social (e respetivo Diagnóstico Social), Plano de Desenvolvimento em Saúde e Plano Local de Saúde (e respetivos Perfis de Saúde) (quadro 2). Os documentos foram consultados, entre maio e setembro de 2015, a partir das páginas oficiais de internet das qua-

1 - O PDM da Amadora em vigor data de 1994. Considerou-se metodologicamente mais adequado a análise do Relatório do Estado do Ordenamento do Território de 2014, onde é feita uma avaliação do PDM à luz da legislação vigente em 2006

Quadro 2. Instrumentos consultados, nos municípios em estudo

NATUREZA	INSTRUMENTO	AMADORA	LISBOA	MAFRA	OEIRAS
Normativa e legal	Plano Diretor Municipal	☐ (1994 ¹)	✓ (2012)	✓ (2015)	✓ (2015)
	Relatório do Estado do Ordenamento do Território	✓ (2014)	✗	✗	✗
Orientadora	Plano de Desenvolvimento Social	✓ (2015/2017 ²)	✓ (2013/2015)	✓ (2013/2015)	✓ (2010/2013)
	Plano de Desenvolvimento de Saúde	✓ (2015/2017 ²)	✓ (2015 ³)	✗	✗
	Plano Local de Saúde	✓ (2014/2016)	✓ (2014/2016 ⁴)	✗	✓ (2014/2016 ⁴)

✓ Documento consultado

☐ Documento existente mas não consultado

✗ Documento inexistente

1 Em substituição foi analisado o Relatório sobre o Estado do Ordenamento do Território de 2014

2 Designado "Plano de Desenvolvimento Social e de Saúde"

3 Correspondente ao Volume I – Perfil de saúde; data prevista do Plano de ação em final do ano 2015

4 Designado "Plano Local de Saúde do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras"

tro câmaras municipais (Amadora - <http://www.cm-amadora.pt/>; Lisboa - <http://www.cm-lisboa.pt/>; Mafra - <http://www.cm-mafra.pt/> e Oeiras - <http://www.cm-oeiras.pt/>).

Os documentos consultados referem-se aos instrumentos em vigor à data do estudo, em cada município. Considerando a complexidade e diversidade de documentos que constituem o PDM, a análise documental focou-se nos seguintes elementos: i) relatório de caracterização do território municipal ii) estratégia definida para o município e iii) avaliação ambiental estratégica ao plano.

Foram utilizadas técnicas de análise qualitativa para verificar de que forma era abordado, utilizado e enquadrado o conceito de "saúde" nos documentos consultados, tendo em consideração a abordagem holística da saúde, apresentada por Loureiro et al. (2015a), e os "determinantes sociais e ambientais" (Marmot et al., 2008a; Friel et al., 2011).

Num primeiro momento, foram definidas palavras-chave tendo em consideração: i) conceitos do campo lexical e semântico da "saúde" (saúde, saudável, saúde mental, saúde pública, bem-estar); ii) "determinantes sociais e ambientais da

saúde" (Marmot et al., 2008a; Friel et al., 2011) (e.g. habitação, ambiente, segurança, inclusão social, estilos de vida, emprego) e iii) conceitos relacionados com ação política em saúde e potenciais impactos (estratégia, planeamento, promoção da saúde, envelhecimento ativo, cidade saudável, equidade, desigualdade, vulnerabilidade). A frequência da ocorrência das palavras-chave no corpo do texto foi efetuada com recurso ao software ATLAS.ti 7.5. Esta análise foi aplicada apenas aos documentos que integram o instrumento de gestão territorial - PDM.

Para representação gráfica dos resultados desta análise, foi utilizada a aplicação online Tagul (<https://tagul.com/>) que permite observar de forma intuitiva, através da geração de uma nuvem de palavras, o respetivo "peso" das palavras-chave nos documentos consultados, em cada município.

Num segundo momento, efetuou-se uma análise de conteúdo (Bardin, 1977) a todos os instrumentos consultados (identificados no quadro 2) seguindo três etapas: i) leitura flutuante, ii) identificação dos problemas, áreas prioritárias de ação e estratégias locais, iii) sistematização da informação e interpretação.

3.1.2 Intervenções locais com potenciais impactos na saúde da população

No âmbito da análise das intervenções municipais, foi efetuado um levantamento de intervenções, realizadas pelos municípios de Amadora,

Lisboa, Mafra e Oeiras, cujo objetivo fosse, explícita ou implicitamente, a mitigação das desigualdades em saúde e a promoção da saúde e bem-estar da população, tendo por base a atuação sobre "determinantes sociais e ambientais da saúde" (Marmot et al., 2008a; Friel et al., 2011). Por intervenção entendeu-se "uma atividade ou

Quadro 3. Tipologia de intervenções por eixo de ação

EIXO DE AÇÃO	TIPO DE INTERVENÇÃO
"Crescer com saúde"	Apoio na aquisição de material e refeições escolares; Transporte escolar; Atividades de ocupação em tempo de férias; Apoio no desenvolvimento de crianças e jovens com necessidades educativas especiais; Promoção de competências pessoais e sociais; Ações de sensibilização para a redução de comportamentos de risco; Educação ambiental; Promoção de hábitos alimentares saudáveis na escola (distribuição de fruta a alunos do 1º ciclo).
"Vida adulta produtiva"	Apoio a desempregados na procura ativa de emprego; Divulgação de ofertas de emprego; Apoio à criação do próprio negócio através de aconselhamento, análises de viabilidade e estruturação de planos de negócio; Apoio ao empreendedorismo local.
"Envelhecimento ativo e saudável"	Divulgação de informação acerca dos serviços e apoios existentes; Cartão sénior com descontos em serviços; Ateliers ocupacionais; Programas de promoção da prática de atividade física regular; Visitas culturais; Voluntariado sénior.
"Criação de ambientes promotores de estilos de vida saudáveis"	Espaços verdes, zonas pedestres e cicláveis; Realização de caminhadas e corridas; Ações de sensibilização para a prática de atividade física; Manutenção e melhoria dos espaços públicos; Ações para melhorar o desempenho ambiental das escolas, casas e edifícios públicos.
"Reforço da ação comunitária e intersectorial para a inclusão social"	Dinamização de atividades (e.g. campos de férias para crianças e jovens provenientes de contextos familiares carenciados); Fornecimento do pequeno-almoço nas escolas a crianças provenientes de contextos familiares carenciados; Transporte gratuito (e.g. para consultas ou tratamentos médicos) para pessoas com mobilidade reduzida ou portadoras de deficiência; Unidades residenciais e ocupacionais para pessoas com deficiência; Fornecimento de serviços, apoio técnico/material e psicológico (e.g. teleassistência, linha de apoio telefónico 24 horas) à população que vive só, com incapacidade ou mobilidade reduzida; Atividades direcionadas à população com transtornos mentais e demência; Serviços de apoio a famílias em situação de vulnerabilidade social e económica; Apoio às vítimas de violência doméstica; Atividades promotoras da interculturalidade e facilitadoras da integração dos imigrantes; Supressão de barreiras urbanísticas e arquitetónicas à mobilidade da população com deficiência ou mobilidade reduzida; Erradicação de barracas e realojamento da população com carência social e económica; Habitação a custos controlados.

Nota: A lista não é exaustiva. Os tipos de intervenção têm por base a informação disponível das atividades desenvolvidas em cada intervenção (informação validada pelos municípios em estudo)

Fonte: elaborado a partir da consulta das páginas oficiais da internet dos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, entre os meses de maio e junho

conjunto de atividades destinadas a modificar um processo, curso de ação ou sequência de eventos, a fim de alterar uma ou várias das suas características” (WHO, 2004:36). Foram assim considerados programas, planos, projetos e/ou ações com potenciais impactos na saúde e bem-estar da população, embora não tenha sido aplicada a metodologia de avaliação de impactos (Partidário, 2012).

Numa primeira fase, a informação foi recolhida nas páginas oficiais de internet das quatro câmaras municipais (Amadora - <http://www.cm-amadora.pt/>; Lisboa - <http://www.cm-lisboa.pt/>; Mafra - <http://www.cm-mafra.pt/> e Oeiras - <http://www.cm-oeiras.pt/>), entre os meses de maio e junho de 2015. A informação base de cada intervenção (nome, enquadramento e objetivo) foi agregada e enviada a cada município a fim de ser validada e, posteriormente, completada com informação complementar (e.g. ano de implementação)².

Numa segunda fase, as intervenções foram classificadas e analisadas (quadro 3) de acordo com 5 eixos de ação: i) crescer com saúde, ii) vida adulta produtiva, iii) envelhecimento ativo e saudável, iv) criação de ambientes promotores de estilos de vida saudáveis e v) reforço da ação comunitária e intersectorial para a inclusão social. Estes eixos temáticos têm por base o ciclo de vida dos indivíduos e os contextos promotores da saúde e protetores da doença. De acordo com o Plano Nacional de Saúde (2012), o indivíduo apresenta necessidades específicas ao longo do ciclo de vida. As vivências individuais decorrem em contextos diferentes (e.g. sociais, laborais, institucionais) associados, por um lado, a diferentes determinantes contextuais da saúde e a diferentes etapas da vida e, por outro lado, a fases de maior vulnerabilidade. Neste âmbito, esta abordagem permite uma perspetiva integrada da intervenção local sobre os “determinantes sociais e ambientais da saúde” (Marmot et al., 2008a; Friel et al., 2011).

3.2 Resultados

3.2.1 Análise dos instrumentos para o desenvolvimento de políticas promotoras da saúde

A palavra-chave “saúde” é utilizada em todos os PDM dos municípios em estudo. Considerando a sua frequência nos documentos consultados verifica-se que assume maior peso no PDM de Oeiras (0,29%), seguido pelos dos municípios de Lisboa (0,16%), Amadora (0,06%) e Mafra (0,04%) (figura 4). Nos de Lisboa e Oeiras, “saúde” integra o conjunto das três palavras com maiores frequências. No que diz respeito às palavras-chave relativas aos “determinantes sociais e ambientais” verifica-se que nos documentos da Amadora e de Lisboa, é a palavra “habitação” a que assume maiores percentagens (0,20% e 0,18%, respetivamente); nos PDM dos municípios de Mafra e de Oeiras é “ambiente” (0,06% e 0,23%, respetivamente). No âmbito dos conceitos relacionados com ação política em saúde e potenciais impactos, palavras como “desigualdade” e “vulnerabilidade” detêm frequências baixas ou inexistentes (figura 4).



2 - Foi recolhida outra informação, como o orçamento anual, nº de instituições envolvidas e nº de indivíduos beneficiários da intervenção, embora não tenha sido alvo de análise no âmbito deste estudo.

MAFRA



OEIRAS



Figura 4. Nuvens de palavras-chave nos documentos consultados relativos ao PDM, em cada município
 Fonte: elaborado com base nos PDM dos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras

Os resultados da análise de conteúdo, aplicada aos documentos que integram os instrumentos para o desenvolvimento de políticas promotoras da saúde (PDM, Plano de Desenvolvimento Social, Plano de Desenvolvimento em Saúde e PLS), foram sintetizados nos quadros 4 e 5.

O quadro 4 apresenta os temas chave, designados como fatores críticos de decisão (Partidário, 2012), identificados nos processos de avaliação ambiental estratégica aplicada aos PDM. Observam-se fatores comuns aos quatro municípios em estudo: i) o uso e a estrutura do ambiente construído, ii) a qualidade do ambiente físico, iii) o desenvolvimento sustentável e iv) a competitividade económica e territorial.

No quadro 5, estão sintetizados os problemas prioritários e estratégias de intervenção identificadas nos Planos de Desenvolvimento Social, Planos de Desenvolvimento em Saúde e Planos Locais de Saúde dos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras.

Quadro 4. Fatores críticos de decisão³ identificados no processo de avaliação ambiental estratégica aplicada aos PDM dos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras

FATORES CRÍTICOS DE DECISÃO (AVALIAÇÃO AMBIENTAL ESTRATÉGICA AO PDM)	
AMADORA*	
Fortalecer e diversificar a base produtiva	Desenvolvimento Económico Ordenar e requalificar as áreas de concentração de atividades; Garantir a acessibilidade intra-regional e a Lisboa; Criar condições favoráveis à constituição de uma estrutura de serviços pessoais e económicos; Garantir a elevação generalizada da qualidade do espaço urbano.
Melhorar o padrão de vida	Acessibilidade Promover a acessibilidade intra-regional e a Lisboa; Promover a diversificação de fluxos de tráfego, por forma a atenuar o congestionamento viário; Assegurar uma boa articulação entre as diversas áreas (bairros) o centro da cidade e centros secundários; Assegurar uma boa conexão entre as diversas áreas (bairros) e os interfaces de transporte.
	Espaço urbano Conter o crescimento demográfico; Requalificar o espaço urbano consolidado; Controlar a qualidade das novas ocupações e da renovação urbana; Revitalizar o centro da cidade como centro administrativo e de comércio.
	Ambiente urbano Criar uma estrutura verde a inserir na estrutura verde metropolitana; Criar uma rede concelhia de espaços verdes para recreio e lazer; Promover a reabilitação de zonas com usos degradantes.
	Equipamentos e serviços públicos Reservar e/ou promover a reconversão/instalação de equipamentos e serviços públicos de apoio à população; Compatibilizar o ritmo de crescimento urbano e as necessidades em equipamentos, serviços e infraestruturas.
Atenuar as carências habitacionais	Habitação Eliminar progressivamente as áreas de habitação degradada.
LISBOA	
	Função habitacional e vivência urbana Dirige-se ao restabelecimento do equilíbrio demográfico, considerando os fatores sociais de fixação populacional, nomeadamente a qualidade e disponibilidade de habitação, a revitalização do espaço público e a facilidade de integração social.
	Mobilidade Aborda as questões de fluidez de deslocação, valorizando os aspetos relacionados com a proximidade funcional e a complementaridade dos sistemas de transportes, e tendo em conta a promoção de tecnologias mais eficientes.

FATORES CRÍTICOS DE DECISÃO (AVALIAÇÃO AMBIENTAL ESTRATÉGICA AO PDM)	
LISBOA (continuação)	OEIRAS
<p>Recursos ambientais e culturais</p> <p>Incide sobre a base dos recursos naturais e culturais que suportam os equilíbrios estruturais, segundo uma perspetiva ecossistémica e que determinam fatores passivos e ativos de atratividade no município, constituindo fatores de valorização da qualidade do ambiente urbano ao nível global, determinantes da imagem do município face à dinamização de novas atividades.</p> <p>Energia e alterações climáticas</p> <p>Dirige-se à valorização da dimensão energética e combate às alterações climáticas, numa lógica de promoção da eficiência energética e desenvolvimento de mecanismos de mitigação e adaptação às alterações climáticas.</p> <p>Vitalidade económica</p> <p>Atende aos aspetos de revitalização económica, nomeadamente os fatores relacionados com a atratividade empresarial, a inovação e criatividade empreendedora, incluindo as atividades tradicionais de diferenciação territorial.</p> <p>Modelo de governação</p> <p>Compreende os fatores de coordenação e articulação institucional em processos de gestão adaptativa, a produção e gestão do conhecimento, e a participação e envolvimento de agentes assente numa cultura de proximidade aos municípios.</p>	<p>Estruturação Territorial</p> <p>Estruturação, revitalização dos espaços urbanos, com maior interligação entre os espaços de desenvolvimento económico e social e melhor dotação territorial de equipamentos de suporte ao desenvolvimento social;</p> <p>Qualificação dos espaços ribeirinhos, melhorando as condições de usufruto dos mesmos;</p> <p>Preservação e valorização do património, arquitectónico e cultural, reforçando a identificação e sentido de pertença dos municípios com Oeiras;</p> <p>Preservação e valorização de património paisagístico.</p> <p>Sistema Biofísico e Dinâmica Ecológica</p> <p>Salvaguardar o sistema biofísico, controlando a impermeabilização dos solos, protegendo os recursos hídricos superficiais e subterrâneos e evitando a fragmentação dos habitats com interesse público;</p> <p>Aumentar a captação de espaços verdes de utilização coletiva.</p> <p>Riscos Naturais e Tecnológicos</p> <p>Prevenir os riscos naturais associados à ocupação e impermeabilização do território;</p> <p>Prevenir os riscos associados à atividade industrial e dotar estes de planos de contingência e resposta.</p> <p>Competitividade Territorial</p> <p>Manter ou aumentar a atratividade do concelho para a instalação de empresas de serviços, preferencialmente do terciário superior, com aposta no sector de I&D no concelho;</p> <p>Imagem de Oeiras para as empresas e da sua qualidade de vida.</p> <p>Gestão da Mobilidade</p> <p>Aumentar a eficiência dos transportes coletivos e da utilização de meios de transporte sustentáveis; melhorar a condição de mobilidade intra-concelhia e da gestão inter-modal, reduzindo a pendularidade.</p> <p>Sustentabilidade e vivências</p> <p>Melhoria da eficiência energética, aumentando a utilização de fontes de energia renovável e diminuindo as emissões de GEE;</p> <p>Melhoria da eficiência na gestão da água;</p> <p>Melhorar a qualidade do ar no concelho;</p> <p>Reduzir a exposição da população a níveis excessivos de ruído;</p> <p>Redução da captação de RSU e aumento das taxas de reciclagem e de recolha seletiva;</p> <p>Promover a qualidade ao acesso à saúde por parte da população, particularmente dos grupos de risco (crianças e idosos);</p> <p>Criar condições de apoio às populações em situação de exclusão social;</p> <p>Classes de desempenho do ambiente construído;</p> <p>Custos no ciclo de vida;</p> <p>Vivências potenciadas e felicidade;</p> <p>Aumento do envolvimento, participação dos cidadãos e melhoria da eficiência dos serviços públicos.</p>
<p>MAFRA</p> <p>Qualidade Ambiental</p> <p>Assegurar a qualidade do ar, proteger os recursos hídricos e pedológicos, assegurar a correta gestão de resíduos e garantir níveis sonoros adequados à saúde humana e ambiental (através dos critérios: qualidade do ar, recursos hídricos, solos e uso do solo, resíduos e ruído).</p> <p>Alterações Climáticas</p> <p>Assegurar uma menor contribuição do município para a contabilização nacional de gases com efeito de estufa (através dos critérios: gases com efeitos de estufa, fontes de energias renováveis e sumidouros de CO₂).</p> <p>Conservação da Natureza e Biodiversidade</p> <p>Travar a perda de biodiversidade, assegurando a conservação dos ecossistemas, habitats e espécies ameaçadas, através da sua adequada gestão (através dos critérios: estrutura ecológica municipal e espécies e habitats).</p> <p>Riscos Naturais</p> <p>Prevenir e mitigar a ocorrência de riscos (através dos critérios: risco de incêndio, risco de erosão hídrica, risco de movimento de vertentes, risco de erosão costeira e risco de inundação).</p> <p>Património Cultural e Paisagem</p> <p>Salvaguardar e valorizar o Património Cultural e a Paisagem (através dos critérios: património cultural e paisagem).</p> <p>Desenvolvimento Humano e Territorial</p> <p>Promover um desenvolvimento humano e territorial sustentável (através dos critérios: desenvolvimento socioeconómico, coesão sócio-territorial e vitalidade social e cultural).</p>	

*O PDM da Amadora em vigor data de 1994, não estando sujeito a Avaliação Ambiental Estratégica. Foram por isso analisados os objetivos considerados na análise SWOT que integra o Relatório do Estado do Ordenamento do Território de 2014.

3 - Segundo Partidário (2012), "os Fatores Críticos para a Decisão constituem janelas de observação, destinadas a focar a atenção sobre o que é realmente importante para a avaliação, seguindo o princípio da parcimónia. Os Fatores Críticos para a Decisão são temas chave integrados, são fatores de sucesso ambiental e de sustentabilidade na decisão estratégica."

O emprego e a oferta de equipamentos, serviços e respostas sociais são considerados como problemas prioritários em todos os municípios. Em relação às estratégias, em todos os documentos são identificadas, como prioritárias, intervenções relacionadas com o aumento da igualdade de oportunidades, a coesão social e a promoção do envelhecimento ativo.

(41%), sendo particularmente visível, a partir de 2007-2009, o aumento no número (acumulado) deste tipo de intervenções (figuras 5 e 6). O eixo "criação de ambientes promotores de estilos de vida saudáveis" acumula 20,5% das intervenções. Os eixos "crescer com saúde" e "envelhecimento ativo e saudável" agregam 19,3%

Quadro 5. Áreas prioritárias e estratégias de intervenção nos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras

		AMADORA	LISBOA	MAFRA	OEIRAS
ÁREAS PRIORITÁRIAS	Idosos	✓	✓		✓
	Crianças e jovens		✓		
	Habituação	✓	✓		✓
	Emprego	✓	✓	✓	✓
	Segurança	✓			
	Coesão social	✓	✓		✓
	Equipamentos, serviços e respostas sociais	✓	✓	✓	✓
	Ambiente físico e construído (ruído; espaços verdes urbanos)	✓	✓		
ESTRATÉGIAS	Igualdade de oportunidades e coesão social	✓	✓	✓	✓
	Promoção de estilos de vida saudáveis	✓	✓		
	Promoção do envelhecimento ativo	✓	✓	✓	✓
	Prevenção da doença (primária, secundária ou terciária)	✓	✓		
	Prevenção da criminalidade e violência	✓		✓	
	Melhoria do acesso aos equipamentos, serviços e respostas sociais			✓	✓
	Formação e promoção do emprego			✓	

Fonte: elaborado com base na informação recolhida nos Planos de Desenvolvimento Social, Planos de Desenvolvimento em Saúde e Planos Locais de Saúde dos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras.

3.2.2 Análise das intervenções locais com potenciais impactos na saúde da população

Nos quatro municípios em estudo foram identificadas 166 intervenções (programas, planos, projetos e/ou ações) com potencial para reduzir as desigualdades nos determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde. Este número corresponde às intervenções em vigor em 2015. A distribuição das intervenções por eixo de ação revela a dominância no "reforço da ação comunitária e intersectorial para a inclusão social"

e 15,1% das intervenções, respetivamente, com uma evolução crescente nos últimos anos (entre 2010-2012 e 2013-2015). Por fim, o eixo "vida adulta produtiva" (4,2%) revela menor número de intervenções e mais recentes (início de implementação, principalmente, a partir do período 2007-2009) (figuras 5 e 6).

Quando analisado o número de intervenções (em 2015) por município e eixo de ação, verificam-se, no entanto, algumas diferenças em relação ao eixo que agrega o segundo maior número de intervenções: nos municípios da Amadora e

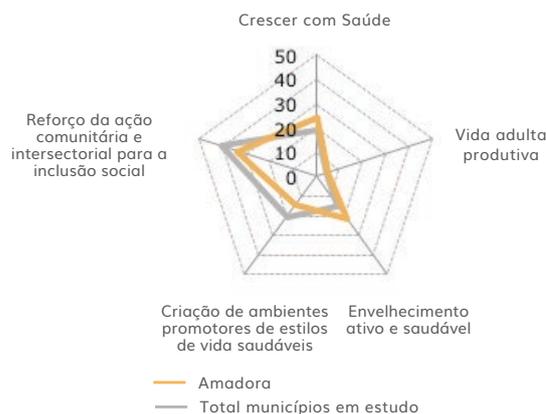
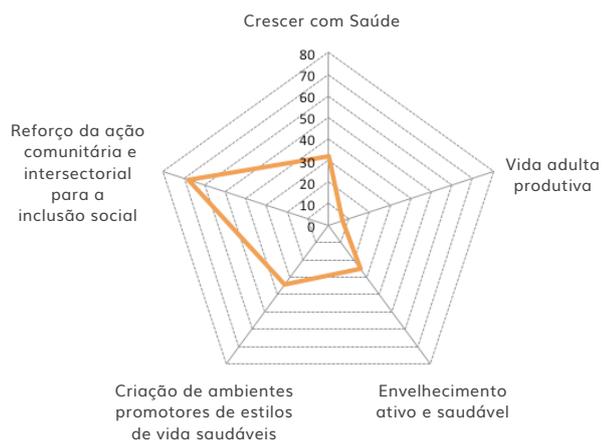


Figura 5. Número de intervenções (em vigor em 2015) por eixo de ação, no total dos municípios

Fonte: elaborado a partir de informação disponibilizada nas páginas oficiais da internet, validada pelos municípios

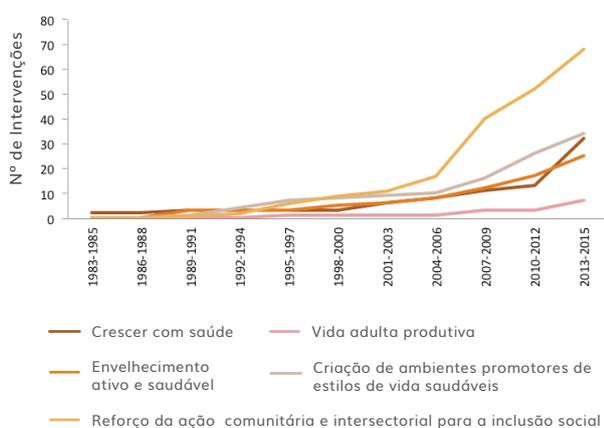


Figura 6. Número de intervenções (em vigor em 2015) por eixo de ação no total dos municípios, segundo ano de implementação

Nota: O número de intervenções em cada período inclui: i) as intervenções com data de início nesse período e ii) as intervenções com data de início no período anterior que ainda se encontram em vigor

Fonte: elaborado a partir de informação disponibilizada nas páginas oficiais da internet, validada pelos municípios

Mafra destaca-se o eixo "crescer com saúde"; em Lisboa e Oeiras, é mais evidente o eixo relativo à "criação de ambientes promotores de estilos de vida saudáveis" (figura 7).

O município de Oeiras destaca-se pelo maior número de intervenções (acumuladas) entre os períodos de 1983-1985 e 2013-2015, seguido da Amadora e Lisboa. O município de Mafra, embora tenha iniciado a implementação das intervenções mais tarde (no final da década de 90), encontra-se, atualmente, bastante próximo dos restantes municípios no número de intervenções em vigor, verificando-se um forte incremento desde 2010 (figura 8).

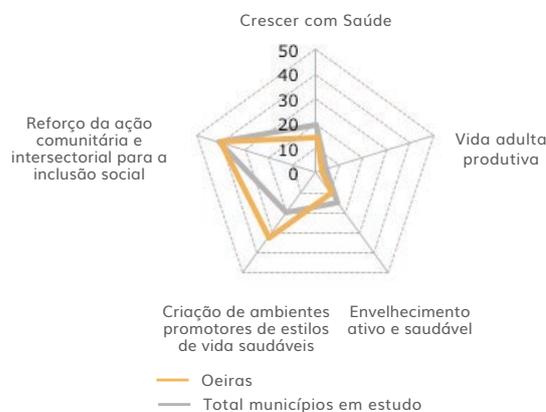
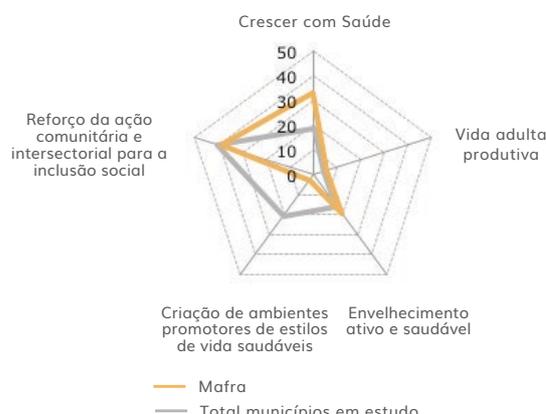
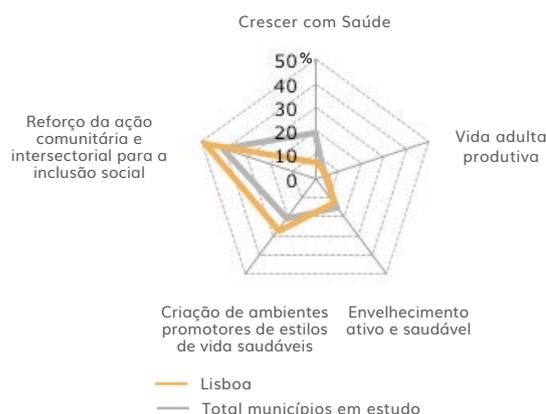


Figura 7. Percentagem de intervenções por eixo de ação e município, em 2015

Fonte: elaborado a partir de informação disponibilizada nas páginas oficiais da internet, validada pelos municípios

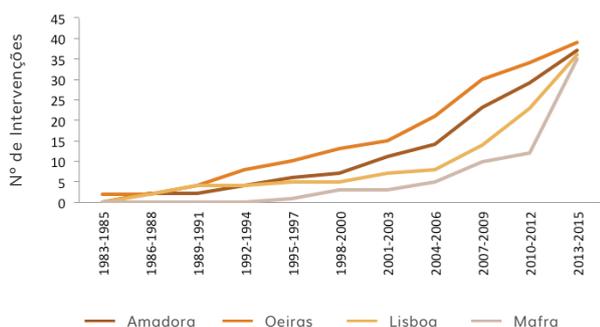


Figura 8. Número de intervenções (acumuladas) por município e período temporal

Nota: O número de intervenções em cada período inclui: i) as intervenções com data de início nesse período e ii) as intervenções com data de início no período anterior que ainda se encontram em vigor

Fonte: elaborado a partir de informação disponibilizada nas páginas oficiais da internet, validada pelos municípios

3.3 Discussão dos resultados

Este estudo pretendeu discutir o papel dos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, na promoção da saúde e bem-estar da população. Da análise dos resultados ressaltam os seguintes aspetos: i) a promoção da saúde da população ainda não é apresentada, de forma explícita, como tema-chave ou área estratégica nos instrumentos de gestão territorial; ii) a inclusão social é o domínio de intervenção municipal com maior número de atividades e iii) a avaliação e monitorização dos impactos em saúde é fundamental para a efetiva redução das desigualdades em saúde.

3.3.1 A saúde nos instrumentos de apoio à governação do território: avaliação na Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras

As questões da "saúde" ainda não são consideradas de forma evidente nos processos de governança local. Nos PDM dos municípios em estudo verificou-se uma frequência muito reduzida de ocorrência das palavras-chave definidas no âmbito do conceito de "saúde" e da sua abordagem holística, o que sugere a falta de integração concreta da temática no quadro estratégico de

desenvolvimento territorial local (figura 4). O domínio da "saúde" não é, em geral, referido como tema estratégico nos PDM das quatro autarquias estudadas, não adquirindo ainda a importância sugerida pela evidência científica (Nowacki, Martuzzi & Fischer, 2009; Collins & Hayes, 2010) e técnica (Circular informativa nº 36/DA de 9 de outubro de 2009, Direção-Geral da Saúde). A "saúde" é tida em consideração como componente isolada e estanque, sendo introduzida numa perspetiva tradicional, associada aos equipamentos de cuidados de saúde e ao tratamento da doença (e.g. Oeiras: "promover a qualidade ao acesso à saúde por parte da população") ou à influência patogénica de fatores do ambiente físico (e.g. Mafra: "garantir níveis sonoros adequados à saúde humana"; Lisboa: "avaliação das necessidades de qualificação ambiental e saneamento, incluindo os seus impactos ao nível da saúde humana").

A avaliação dos potenciais impactos na saúde humana (questão ambiental prevista no Decreto-Lei n.º 232/2007, de 15 de junho, que estabelece o regime a que fica sujeita a avaliação dos efeitos de determinados planos e programas no ambiente) é feita ainda de forma indireta. Todavia, existem referências a características com influência e efeitos comprovados na saúde e bem-estar da população que estão refletidas nos temas-chave da política estratégica local (quadro 4): i) habitação (e.g. Amadora: "eliminar progressivamente as áreas de habitação degradada"; Lisboa: "qualidade e disponibilidade de habitação"); ii) ambiente físico (e.g. Lisboa: "qualidade do ambiente urbano", "combate às alterações climáticas"; Oeiras: "prevenir e mitigar a ocorrência de riscos", "qualidade ambiental"; Mafra: "alterações climáticas"; Oeiras: "prevenir os riscos naturais"); iii) ambiente construído (e.g. Amadora: "requalificar o espaço urbano consolidado", "criar uma rede concelhia de espaços verdes para recreio e lazer", "compatibilizar o ritmo de crescimento urbano e as necessidades em equipamentos, serviços e infraestruturas"; Lisboa: "revitalização do espaço público"; Oeiras: "aumentar a capitação de espaços verdes de utilização coletiva", "estruturação, revitalização dos espaços urbanos", "melhor dotação territorial de equipamentos de suporte ao desenvolvimento social"); iv) mobilidade (e.g. Amadora: "asse-

gurar uma boa conexão entre as diversas áreas (bairros) e os interfaces de transporte"; Lisboa: "proximidade funcional e a complementaridade dos sistemas de transportes"; Oeiras: "melhorar a condição de mobilidade intra-concelhia e da gestão inter-modal"; v) emprego (e.g. Amadora: "criar condições favoráveis à constituição de uma estrutura de serviços pessoais e económicos"; Lisboa: "atratividade empresarial"; Mafra: "desenvolvimento sócio-económico"; Oeiras: "manter ou aumentar a atratividade do concelho para a instalação de empresas de serviços"); vi) coesão social e capital social (e.g. Lisboa: "facilidade de integração social", "participação e envolvimento de agentes assente numa cultura de proximidade aos munícipes"; Mafra: "coesão sócio-territorial e vitalidade social e cultural"; Oeiras: "identificação e sentido de pertença dos munícipes", "aumento do envolvimento, participação dos cidadãos", "criar condições de apoio às populações em situação de exclusão social").

A atuação dos municípios na diminuição das desigualdades em saúde, a nível local, é complementada pelos documentos de natureza orientadora (Planos de Desenvolvimento Social, Planos de Desenvolvimento em Saúde e Planos Locais de Saúde) onde são identificadas áreas prioritárias e definidas estratégias de intervenção (quadro 5). Em geral, todos os municípios identificaram áreas prioritárias de ação, em concordância com as estratégias definidas nos mesmos planos. O município de Mafra apresenta um menor grau de concordância face aos restantes, não estando vertida nesses documentos a diminuição das desigualdades em saúde. Um dos motivos poderá estar relacionado com o facto de não integrar a Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis. Os municípios de Amadora, Lisboa e Oeiras integram a rede (municípios fundadores, em 1997) há vários anos e, por isso, apresentam vantagem no trabalho desenvolvido na promoção da saúde da população, nomeadamente no estabelecimento de parcerias e a articulação em rede.

De facto, da análise dos instrumentos para o desenvolvimento de políticas promotoras da saúde a nível local pode concluir-se a necessidade de articulação entre níveis de gestão territorial (nacio-

nal, regional e local), respetivos instrumentos de ação, e sectores de atuação (e.g. ambiente, economia, educação). Em 2010, o projeto PROCAPS (Projeto de Capacitação em Promoção em Saúde) revelou que apesar de todas as autarquias em estudo (89/308) considerarem importante ou muito importante o seu envolvimento nas políticas de promoção da saúde, existia falta de investimento: i) na cooperação, em rede, entre as autarquias, ii) na disseminação e identificação de práticas exemplares, através de processos interativos e iii) no planeamento participado, adequando as respostas às necessidades locais (Loureiro et al., 2010).

Para este cenário de desarticulação política em muito contribuiu o desfasamento no tempo entre o surgimento, por um lado, dos instrumentos de gestão territorial de carácter estratégico (primeiro ao nível local e posteriormente ao nível regional e nacional), e por outro lado, dos instrumentos estratégicos no sector da saúde (figura 2). Por exemplo, as orientações definidas no PNS para a intervenção em saúde a nível local ainda não se traduzem, de forma efetiva, no quadro estratégico de desenvolvimento local estabelecido pelo PDM. Neste sentido, a nova transferência de competências no domínio de funções sociais (Decreto-Lei n.º 30/2015, de 12 de fevereiro) e a terceira geração de PDM constituem uma oportunidade ao nível local para uma abordagem da saúde mais integrada, concertada e estratégica. Este constitui um dos muitos desafios lançados aos governos locais para o alcance de um planeamento saudável efetivo que produza impactos positivos na saúde e bem-estar da população.

3.3.2 Domínios de intervenção para potenciais ganhos em saúde

De referir que, no quadro das suas atribuições e competências, os municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras desenvolvem localmente atividades e intervenções sobre as condições (do ambiente social, económico, físico e construído) que afetam a saúde da população. Existe, por isso, uma estreita relação entre o tipo de intervenções que são desenvolvidas e os potenciais ganhos em saúde.

Neste estudo, considerando os municípios em análise, quase metade do total de intervenções locais (41%) são relativas ao “reforço da ação comunitária e intersectorial para a inclusão social”. Este tipo de intervenções têm como objetivo reduzir as desigualdades sociais, nomeadamente através da melhoria das condições de vida dos grupos populacionais socialmente mais vulneráveis (e.g. indivíduos e famílias carenciadas, pessoas com deficiência, pessoas que vivem sós, sem-abrigo, vítimas de violência doméstica, toxicodependentes, imigrantes) promovendo a sua inserção social. Os grupos vulneráveis apresentam, normalmente, piores indicadores de saúde porque enfrentam múltiplas barreiras, nomeadamente estruturais, organizativas, económicas, culturais e linguísticas (Santana, 2002b, 2005; PNS, 2012-2016). De acordo com a literatura, as desigualdades em saúde resultam, maioritariamente, da existência de desigualdades sociais, pelo que a sua redução passa pela ação sobre os denominados “determinantes sociais e ambientais da saúde” (Marmot et al., 2008a; Friel et al., 2011). De assinalar que este eixo de ação integra, ainda, intervenções que promovam o acesso à habitação social, pela erradicação de barracas e realojamento da população com carência social e económica, e a habitação a custos controlados. Desde 1976, de acordo com a Constituição da República, que é reconhecida a legitimidade política e autonomia do poder local para, beneficiando da proximidade das populações, assegurar as políticas sociais mais adequadas às necessidades das populações (Constituição da República Portuguesa, 1976). Neste âmbito, durante muitos anos, as políticas sociais de habitação concentraram uma grande fatia do investimento das autarquias, seguidas da melhoria do acesso a infraestruturas básicas, como água potável, saneamento, eletricidade e gás. Na última década, no âmbito da atual conjuntura, os municípios redirecionam a sua intervenção, no domínio das políticas sociais, para o reforço da ação comunitária e inclusão social dos grupos populacionais pobres, discriminados e dependentes.

Em tempos de crise económica e social, o exercício de competências municipais na ação social adquiriu uma importância e necessidade incontornáveis:

para minimizar os efeitos negativos nas condições de vida da população em geral e, principalmente, pela urgência de proteger os grupos mais vulneráveis. Os municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras apresentam, de facto, um aumento do número de intervenções no domínio social, principalmente a partir do período 2007-2009.

Por outro lado, a melhoria do ambiente urbano, físico e construído, sendo uma competência intrínseca às funções dos municípios no âmbito do ordenamento do território, concentra o segundo maior número de intervenções (“criação de ambientes promotores de estilos de vida saudáveis” - 20,5%), no conjunto de municípios em estudo. As intervenções urbanas, nas áreas respeitantes à criação de espaços verdes urbanos, à requalificação, manutenção e limpeza dos espaços públicos e reabilitação do edificado urbano, contribuem para a promoção de ambientes favoráveis à adoção de estilos de vida saudáveis. Neste eixo de ação incluem-se, ainda, ações de promoção de hábitos alimentares saudáveis e realização de atividades de base comunitária que apelam ao envolvimento da população em atividades de exercício físico.

Com uma evolução crescente no número de intervenções, com destaque para os últimos anos (2010-2012 e 2013-2015), figuram os domínios da infância e juventude (“crescer com saúde”) e do envelhecimento (“envelhecimento ativo e saudável”), agregando 19,3% e 15,1% do total de intervenções, respetivamente. A ação local sobre os “determinantes sociais e ambientais da saúde” ao longo do ciclo de vida é, segundo Marmot (2010), central na diminuição das desigualdades em saúde.

Promover a saúde das crianças e jovens, especificamente em matéria de apoio económico à família (e.g. transporte escolar e acesso a material escolar, direcionado a famílias em situação de carência económica), promoção de hábitos alimentares saudáveis, atividade física e desenvolvimento pleno das capacidades intelectuais, culturais e sociais, têm sido objetivos comuns às intervenções realizadas neste domínio nos municípios em estudo.

Por outro lado, o envelhecimento da população é considerado um dos grandes desafios societais, com inúmeras implicações ao nível das políticas públicas (EC, 2015). A oferta de equipamentos, serviços e respostas sociais de ações promotoras do bem-estar físico, psíquico e intelectual e de atividades lúdicas e culturais são exemplos de intervenções dirigidas à população idosa que os municípios em estudo têm desenvolvido, em muitos casos, em parceria com outros agentes locais (e.g. associações e Instituições Particulares de Solidariedade Social). Há mais de dez anos que a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) enunciava as potencialidades ao nível da intervenção política local no desenvolvimento de atividades e projetos que promovem, de forma integrada e intersectorial, o envelhecimento ativo.

O eixo de ação “vida adulta produtiva” é o que apresenta menor número de intervenções locais (4,2%), em todos os municípios em estudo. Este domínio agrega, fundamentalmente, ações de divulgação e medidas de apoio ao emprego. Verifica-se que, no quadro das atribuições e competências das autarquias locais portuguesas (Lei n.º 159/99, de 14 de setembro revogada pela Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro), o emprego surge associado ao domínio do apoio ao desenvolvimento local, tendo o município as competências de “colaborar no apoio a iniciativas locais de emprego e no apoio ao desenvolvimento de atividades de formação profissional” (alíneas c) e d) do artigo 28º). De acordo com o estudo realizado nos quatro municípios, nos últimos anos o número de ações desenvolvidas neste domínio aumentou, nomeadamente a partir do período 2007-2009. Dada a recente conjuntura económica e social, com impactos visíveis no desemprego, as iniciativas locais têm sido desenvolvidas no sentido de apoiar projetos de empreendedorismo (apoio técnico, financeiro), a criação do próprio emprego e ações de formação profissional. Neste âmbito, cabe aos municípios um papel ativo na criação e manutenção do emprego, através da captação de investimento, empresas e apoio aos empresários locais.

3.3.3 Avaliação e monitorização de impactos na saúde

Tendo em conta todos os aspetos enunciados anteriormente, e apesar das desigualdades em saúde não estarem ainda de forma clara na agenda de atuação dos municípios, pode afirmar-se que o nível local é o mais adequado para a implementação da saúde nas políticas de planeamento e de intervenção territorial. Os municípios, sendo responsáveis pela maioria das ações e intervenções com potencial impacto na saúde da população, devem integrar mecanismos de avaliação e monitorização dos impactos na saúde da população, no processo de conceção e de implementação.

Os municípios em geral, e os municípios em estudo em particular, têm acesso a referenciais metodológicos e documentos que orientam a avaliação das ações (todos os municípios em estudo pertencem ao Programa Rede Social e 3 pertencem à Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis). No entanto, observa-se, ainda, que não existe a monitorização efetiva dos potenciais impactos na saúde da população. Ou seja, será útil incluir nas áreas de intervenção prioritária (tanto nos instrumentos de gestão territorial como nos de natureza estratégica e orientadora) uma abordagem clara de avaliação, com objetivos, metas e indicadores de resultados, mensuráveis e comparáveis, que permitam avaliar o impacto das ações, adequando, assim, as intervenções (respostas) às necessidades reais da população (Loureiro et al., 2015a). Esta abordagem assume, ainda, mais relevância no atual contexto de crise económico-financeira, em que os recursos públicos se tornam mais escassos e mais procurados, sendo premente a alocação em intervenções mais custo-efetivas. A avaliação de impactos pode, deste modo, capacitar o município na avaliação do seu próprio desempenho e na justificação das ações de resposta aos problemas identificados, legitimando o seu papel junto da população.

A redução das desigualdades em saúde da população obriga à articulação multinível (com os vários níveis de decisão: local, regional, nacional, EU), intersectorial (com os vários sectores com impacto na saúde) e ao envolvimento de outros

agentes locais, *stakeholders* e sociedade civil, não só nos processos de decisão e implementação das ações como na respetiva monitorização.

4. Considerações finais

Este estudo, não sendo exaustivo na discussão do papel dos municípios na redução das desigualdades em saúde a nível local, apresenta alguns aspetos que podem orientar futuros trabalhos no âmbito da avaliação dos potenciais impactos das políticas locais na saúde da população portuguesa.

Em primeiro lugar, a promoção da saúde da população ainda não é apresentada, de forma explícita, como tema-chave ou área estratégica nos instrumentos de gestão territorial (e.g. PDM). A contribuir para este facto, podemos apontar duas razões: i) a desarticulação e desfasamento temporal entre o surgimento, por um lado, dos instrumentos de gestão territorial de carácter estratégico (primeiro ao nível local e posteriormente ao nível regional e nacional) e, por outro lado, dos instrumentos estratégicos no sector da saúde (com orientações para a atuação a nível local); ii) a uma visão reducionista e mais direcionada para o planeamento físico-territorial que esteve na base de elaboração dos PDM de 1ª e 2ª geração.

Em segundo lugar, a ação municipal sobre os denominados "determinantes sociais e ambientais da saúde", nomeadamente sobre as condições do ambiente social, físico e construído, é enquadrada sobretudo por instrumentos de carácter orientador e estratégico (e.g. Planos de Desenvolvimento Social, Planos de Desenvolvimento em Saúde) e depende, em muitos casos, da maturidade do município na abordagem holística da saúde e da integração ou não em redes e parcerias (e.g. Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis e Programa Rede Social) que têm em vista a promoção da saúde através da ação intersectorial.

Em terceiro lugar, verificou-se que no âmbito do "reforço da ação comunitária e intersectorial para a inclusão social" os municípios têm tido um papel importante contribuindo, decisivamente,

para ganhos potenciais em saúde. Em todos os municípios em estudo, este é o eixo de ação que concentra maior número de intervenções, com um aumento crescente no tipo e número de atividades nos últimos sete anos. Esta tem sido a resposta dos municípios à crise: necessidade de proteger os grupos mais vulneráveis e diminuir as desigualdades sociais.

Por último, este estudo (baseado apenas na informação disponível das intervenções e nos instrumentos consultados) sugere-nos que os municípios apresentam timidez na utilização de instrumentos de avaliação das ações e intervenções e, principalmente, na monitorização dos respetivos impactos em saúde. A capacitação dos municípios na avaliação do impacto em saúde, adequando, assim, as intervenções (respostas) às necessidades reais da população, assume maior relevância no atual contexto de crise económico-financeira, pela necessidade de alocar recursos em intervenções custo-efetivas. Em paralelo, a legitimação do papel dos municípios na promoção da saúde da população sairá reforçada pela articulação multinível e intersectorial e envolvimento de outros agentes locais (e.g. *stakeholders*, sociedade civil) nos processos de decisão, implementação e monitorização das ações (com potenciais impactos na saúde).

Agradecimentos

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do projeto de investigação PTDC/ATP-GEO/4101/2012, SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das Condicionantes Locais e Económicas, e da bolsa de doutoramento SFRH/BD/92369/2013, financiados por Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Agradece-se ao grupo de investigação do projeto SMAILE (Benedetto Saraceno, Carla Nunes, Graça Cardoso, Joana Lima, João Ferrão, José Caldas de Almeida, Manuela Silva, Maria do Rosário Partidário, Pedro Pita Barros) pelos contributos ao longo destes dois anos de desenvolvimento do projeto.

Um agradecimento às Câmaras Municipais da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, Juntas de Freguesia e outras instituições destes concelhos por terem aceite participar no estudo SMAILE. Agradece-se especialmente aos respetivos

vos presidentes, vereadores e técnicos das câmaras municipais referidas acima (Carla Tavares, Cristina Farinha e Ana Moreno (Câmara Municipal da Amadora); Fernando Medina, João Afonso e Teresa Craveiro (Câmara Municipal de Lisboa); Helder Silva e Aldevina Rodrigues (Câmara Municipal de Mafra); e Paulo Vistas, Marlene Rodrigues e Marta Camilo (Câmara Municipal de Oeiras).

Referências Bibliográficas

Atkinson, S. (1995). Restructuring health care: tracking the decentralization debate. *Progress in Human Geography*, 19(4), 486–503. doi:10.1177/030913259501900403

Bambra, C., Gibson, M., Sowden, a, Wright, K., Whitehead, M., & Petticrew, M. (2010). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(4), 284–291. doi:10.1136/jech.2008.082743

Bardin, L. (1977). *Análise de Contéudo* (Edições 70, p. 225). Lisboa.

Barton, H., & Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(6), 252–253. doi:10.1177/1466424006070466

Barton, H., & Grant, M. (2012). Urban planning for healthy cities: a review of the progress of the European healthy cities programme. *Journal Urban Health*, 129–141. doi:10.1007/s11524-011-9649-3

Barton, H., Mitcham, C., & Tsourou, C. (2003). *Healthy Urban Planning in practice: experience of European cities* (p. 58). Copenhagen, Denmark.

Barton, H., Thompson, S., Burgess, S., & Grant, M. (Eds.). (2015). *The Routledge Handbook of Planning for Health and Well-Being. Shaping a sustainable and healthy future* (p. 618). Devon: Routledge.

Bartram, J., & Cairncross, S. (2010). Hygiene, sanitation, and water: Forgotten foundations of health. *PLoS Medicine*, 7(11), 1–9. doi:10.1371/journal.pmed.1000367

Blumenthal, D. (2011). Is community-based participatory research possible? *American Journal of Preventive Medicine*, 40(3), 386–9. doi:10.1016/j.amepre.2010.11.011

Borrell, C., Palència, L., Pons-Vigués, M., Dell’Olmo, M., Gotsens, M., Morrison, J., & Díez, E. (2011). Socioeconomic Inequalities in Cities of Europe: from evidence to action. In: *Disadvantage, social exclusion and vulnerability*. WHO EURO Social Determinants Review.

Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. (2011). The Social Determinants of Health: Coming of Age. *Annual Review of Public Health*, 32(3), 1–18.

Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*, 129(2), 19–31.

Clavier, C., & Leeuw, E. (2013). *Health Promotion and Policy Process* (1st Editio, p. 240). Oxford Press.

Collins, P., & Hayes, M. (2010). The role of urban municipal governments in reducing health inequities: A meta-narrative mapping analysis. *International Journal for Equity in Health*, 9(1), 13. doi:10.1186/1475-9276-9-13

Cornwell, E., & Waite, L. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1), 31–48. doi:10.1177/002214650905000103

Curl, A., & Kearns, A. (2015). Can housing improvements cure or prevent the onset of health conditions over time in deprived areas? *BMC Public Health*, 15(1), 1191. doi:10.1186/s12889-015-2524-5

Cutler, D., & Lleras-Muney, A. (2006). Education and Health: Evaluating Theories and Evidence. *National Bureau of Economic Research*, 37.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health *Background document to WHO – Strategy paper*. Main (p. 67). doi:978-91-85619-18-4

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up - Part 1 and Part 2 (p. 34 e 137).

De Jesus, M., Puleo, E., Shelton, R. C., & Emmons, K. M. (2010). Associations between perceived social environment and neighborhood safety: Health implications. *Health & Place*, 16(5), 1007–1013. doi:10.1016/j.healthplace.2010.06.005

Deguen, S., & Zmirou-Navier, D. (2010). Social inequalities resulting from health risks related to ambient air quality--A European review. *European Journal of Public Health*, 20(5), 27–35. doi:10.1093/eurpub/ckp220

DGS. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 4.2 Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do ciclo de Vida (p. 26). Lisboa.

Ding, D., Gebel, K., Phongsavan, P., Bauman, A. E., & Merom, D. (2014). Driving: a road to unhealthy lifestyles and poor health outcomes. *PLoS One*, 9(6), e94602. doi:10.1371/journal.pone.0094602

Driscoll, A. K., & Bernstein, A. B. (2012). Health and access to care among employed and unemployed adults: United States, 2009-2010. *NCHS Data Brief*, 1–8.

EC (European Commission). (2015). HORIZON 2020 - Work Programme 2016 - 2017.

- Friel, S., Akerman, M., Hancock, T., Kumaresan, J., Marmot, M., Melin, T., & Vlahov, D. (2011). Addressing the social and environmental determinants of urban health equity: evidence for action and a research agenda. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 88(5), 860–74. doi:10.1007/s11524-011-9606-1
- Frumkin, H., Hess, J., Lubet, G., Malilay, J., & McGeehin, M. (2008). Climate change: The public health response. *American Journal of Public Health*, 98(3), 435–445. doi:10.2105/AJPH.2007.119362
- Glouberman, S., & Millar, J. (2003). Evolution of the determinants of health, health policy, and health information systems in Canada. *American Journal of Public Health*, 93(3), 388–92.
- Hancock, T., & Perkins, F. (1985). The mandala of health: a conceptual model and teaching tool. *Health Education*, 8 – 10.
- Hood, E. (2005). Dwelling Disparities: How Poor Housing Leads to Poor Health. *Environmental Health Perspectives*, 115(5), A310–A317. doi:10.1289/ehp.113-a310
- Hunter, P., MacDonald, A. M., & Carter, R. C. (2010). Water Supply and Health. *PLoS Medicine*, 7(2), 1–9. doi:DOI: 10.1371/journal.pmed.1000361
- Hyypä, M., Mäki, J., Impivaara, O., & Aromaa, A. (2007). Individual-level measures of social capital as predictors of all-cause and cardiovascular mortality: a population-based prospective study of men and women in Finland. *European Journal of Epidemiology*, 22(9), 589–97. doi:10.1007/s10654-007-9153-y
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., ... McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), 1323–31.
- Kickbush, I., McCann, W., & Sherbon, T. (2008). Adelaide revisited: from healthy public policy to Health In all Policies. *Health Promotion International*, 23(1).
- Kinney, P. (2008). Climate Change, Air Quality, and Human Health. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(5), 459–467. doi:10.1016/j.amepre.2008.08.025
- Koivusalo, M., Wyss, K., & Santana, P. (2007). Effects of decentralization recentralization and privatization on equity dimensions of health systems. In R. B. Saltman, V. Bankauskaite, & K. Vrangbaek (Eds.), *Decentralization in Health Care* (European O, pp. 189–205). Berkshire: Open University Press.
- Kulik, M., Menvielle, G., Eikemo, T., Bopp, M., Jasilionis, D., Kulhánová, I., Leinsalu M., Martikainen P., Östergren O., Mackenbach, J. P. (2014). Educational inequalities in three smoking-related causes of death in 18 European populations. *Nicotine and Tobacco Research*, 16(5), 507–518. doi:10.1093/ntr/ntt175
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Vasa (p. 76). doi:H31-1374
- Lee, C., & Maheswaran, R. (2011). The health benefits of urban green spaces: A review of the evidence. *Journal of Public Health*, 33(2), 212–222. doi:10.1093/pubmed/fdq068
- Loureiro, A., Lima, J., Partidário, M. do R., & Santana, P. (2015a). Condicionantes da saúde mental e os instrumentos de avaliação de impactos. In P. Santana (Ed.), *Território e Saúde Mental em tempos de crise*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra.
- Loureiro, A., Silva, M., Almendra, R., & Santana, P. (2015b). Saúde mental e território: vulnerabilidades ambientais nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras. In P. Santana (Ed.), *Território e Saúde Mental em Tempos de Crise*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra.
- Loureiro, I., Gomes, J., Dias, L., & Santos, M. J. H. (2010). *A investigação participada de base comunitária na construção da saúde: Projecto de Capacitação em Promoção da Saúde* (PROCAPS): resultados de um estudo exploratório (p. 83). Lisboa.
- Loureiro, I., Miranda, N., & Pereira Miguel, J. M. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 23–31. doi:10.1016/j.rpsp.2013.03.001
- Lynch, J., Smith, G. D., Harper, S., Hillemeier, M., Ross, N., Kaplan, G., & Wolfson, M. (2004). Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 5–99. doi:10.2307/4149076
- Lynch, J., Smith, G., Kaplan, G., & House, J. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(3243), 1200–1204. doi:10.1136/bmj.320.7243.1200
- Macintyre, S., Ellaway, A., Hiscock, R., Kearns, A., Der, G., & Mackay, L. (2003). What features of the home and the area might help to explain observed relationships between housing tenure and health? Evidence from the west of Scotland. *Health & Place*, 9(3), 207–218.
- Mackenbach, J. P. (2002). Income inequality and population health. *BMJ*, 324, 1–2. doi:10.1136/bmj.324.7328.1
- Mackenbach, J., & Whitehead, M. (2015). DEMETRIQ Developing methodologies to reduce inequalities in the determinants of health.
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*, 370(9593), 1153–63. doi:10.1016/S0140-6736(07)61385-3

- Marmot, M. (2010). Fair society, Healthy lives: The Marmot Review: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010, London: *The Marmot Review*.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, S., Houweling, T., & Taylor, S. (2008). Close the gap in a generation: Health equity through action on the social determinant of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669. doi:10.1016/S0140-6736(08)61690-6
- Moore, M., Gould, P., & Keary, B. (2003). Global urbanization and impact on health. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 206(4), 269.278.
- Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, Á., Rodríguez-Sanz, M., Vergés, M., Pasarín, M. I. (2006). Politics and health outcomes. *The Lancet*, 368(9540), 1033–1037. doi:10.1016/S0140-6736(06)69341-0
- Nowacki, J., Martuzzi, M., & Fischer, T. (2009). *Health and strategic environmental assessment* (p. 90). Roma.
- Partidário, M. do R. (2012). *Guia de melhores práticas para Avaliação Ambiental Estratégica - orientações metodológicas para um pensamento estratégico em AAE* (p. 75). Lisboa.
- PNS (2012-2016). (n.d.). Plano Nacional de Saúde. Lisboa.
- Price, C., & Tsouros, A. (1996). *Our cities, our future: Policies and Action plans for Health and sustainable development*. WHO Healthy Cities Project Office.
- Robertson, G. (2015). Ageing: the silver lining. The opportunities and challenges of an ageing society for local government. (p. 76). United Kingdom.
- Sallis, J., Floyd, M., Rodríguez, D., & Saelens, B. (2012). Role of built environments in physical activity, obesity, and cardiovascular disease. *Circulation*, 125, 729–737. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.969022
- Santana, P. (2002). Poverty, social exclusion and health in Portugal. *Social Science & Medicine*, 55(1), 33–45. doi:10.1016/S0277-9536(01)00218-0
- Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento - Evolução e Tendências em Portugal* (p. 342). Coimbra: Almedina.
- Santana, P. (2014a). A Saúde dos Portugueses. In J. Simões & A. C. de Campos (Eds.), *40 Anos de Abril na Saúde* (Editora Al, pp. 69–92). Coimbra: Editora Almedina.
- Santana, P. (2014b). Introdução à Geografia da Saúde. *Território, Saúde e Bem-estar* (p. 192). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Santana, P. (Coord.). (2015). *A Geografia da Saúde da População. Evolução nos últimos 20 anos em Portugal Continental* (p. 191). Coimbra: Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território, Universidade de Coimbra.
- Santana, P., Costa, C., Cardoso, G., Loureiro, A., & Ferrão, J. (2015). Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health & Place*, 35, 85–94. doi:10.1016/j.healthplace.2015.07.001
- Santana, P., Santos, R., & Nogueira, H. (2009). The link between local environment and obesity: a multilevel analysis in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal. *Social Science & Medicine*, 68, 601–609. doi:10.1016/j.socscimed.2008.11.033
- Santana, P., Vaz, A., & Fachada, M. (2002). O Estado de Saúde dos Portugueses. Uma perspectiva espacial. *Revista de Estudos Demográficos*, 5–28.
- Simões, J. (2007). Construindo a Cidade Saudável. In P. Santana (Ed.), *A Cidade e a Saúde* (Editora Al, pp. 39–47). Coimbra: Editora Almedina.
- Smith, D., Cummins, S., Taylor, M., Dawson, J., Marshall, D., Sparks, L., & Anderson, A. (2010). Neighbourhood food environment and area deprivation: Spatial accessibility to grocery stores selling fresh fruit and vegetables in urban and rural settings. *International Journal of Epidemiology*, 39(1), 277–284. doi:10.1093/ije/dyp221
- Stuckler, D., & Basu, S. (2013). *The Body Economic: Why Austerity Kills*. The New York Times. The New York Times.
- Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A., Kluge, H. (2014). *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy* (p. 44). Copenhagen, Denmark.
- Tsouros, A. (1995). The WHO healthy cities project: state of the art and future plans. *Health Promotion International*, 10(2), 133–141.
- WHO. (1978). *International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata. Alma-Ata.
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa.
- WHO. (1997). *City planning for health and sustainable development* (p. 113). Copenhagen, Denmark.
- WHO. (2001). *A working tool on City health development planning. Concept, process, structure, and content*.
- WHO. (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*.
- WHO. (2004). *A Glossary of terms for Community Health Care and Services for Older Persons* (p. 109). Japan.
- WHO. (2010). *Equity, social determinants and public health programmes* (p. 298).

WHO. (2011a). *Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe*. Baku, Azerbaijan.

WHO. (2011b). *Impact of economic crises on mental health* (p. 23). Copenhagen.

WHO. (2012). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Copenhagen.

WHO-CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva.

Wilson, K., Eyles, J., Ellaway, A., Macintyre, S., & Macdonald, L. (2010). Health status and health behaviours in neighbourhoods: a comparison of Glasgow, Scotland and Hamilton, Canada. *Health & Place*, 16(2), 331–8. doi:10.1016/j.healthplace.2009.11.001

Páginas web:

<http://www.cm-amadora.pt/> (consultada entre maio e setembro de 2015)

<http://www.cm-oeiras.pt/> (consultada entre maio e setembro de 2015)

<http://www.cm-lisboa.pt/> (consultada entre maio e setembro de 2015)

<http://www.cm-mafra.pt/> (consultada entre maio e setembro de 2015)

Legislação:

Decreto-Lei 208/82 de 26 de maio (consultado entre maio e setembro de 2015)

Decreto-Lei n.º 11/1993, de 15 de janeiro (consultado entre maio e setembro de 2015)

Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97 de 18 de novembro (consultada entre maio e setembro de 2015)

Diário da República, III Série, n.º 5, de 7 de janeiro de 1998 - Estatutos da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis (consultado entre maio e setembro de 2015)

Decreto-Lei n.º 48/98 de 11 de agosto (consultado entre maio e setembro de 2015)

Decreto-Lei 159/99 de 14 de setembro (consultado entre maio e setembro de 2015)

Decreto-Lei 380/99 de 22 de setembro (consultado entre maio e setembro de 2015)

Decreto-Lei n.º 232/2007, de 15 de junho (consultado entre maio e setembro de 2015)

Resolução de Conselho de Ministros n.º 109/2007, de 20 de agosto (consultada entre maio e setembro de 2015)

Decreto-Lei n.º 31/2014, de 30 de maio (consultado entre maio e setembro de 2015)

Decreto-Lei n.º 80/2015, de 14 de maio (consultado entre maio e setembro de 2015)

Decreto-Lei n.º 30/2015, de 12 de fevereiro (consultado entre maio e setembro de 2015)

Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro (consultada entre maio e setembro de 2015)"

BIOGRAFIA DOS AUTORES



Adriana Loureiro

Geógrafa. Doutoranda em Geografia, ramo de Geografia Humana, na Universidade de Coimbra. Bolseira de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia no Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território. Investigadora no projeto SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das condicionantes Locais e Económicas (PTDC/ATP-GEO/4101/2012). Principais áreas de investigação: Geografia da Saúde (Saúde Mental), Planeamento Urbano Saudável e Avaliação de Impactos em Saúde.



Ana Moura

Economista. Doutoranda em Economia na Universidade de Tilburg (Holanda). Membro afiliado do Nova Healthcare Initiative, Nova School of Business and Economics, Universidade Nova de Lisboa. Principais áreas de investigação: Economia da Saúde e Organização Industrial.



Ângela Freitas

Geógrafa. Doutoranda em Geografia, ramo de Geografia Humana, na Universidade de Coimbra. Bolseira de investigação no Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território. Principais áreas de investigação: Geografia da Saúde (Políticas) e Ordenamento do Território.



Benedetto Saraceno

Médico Psiquiatra. Professor na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Investigador do Lisbon Institute of Global Mental Health e da Gulbenkian Global Mental Health Platform. Diretor, durante 12 anos, do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial de Saúde. Consultor científico no projeto de investigação SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das condicionantes Locais e Económicas (PTDC/ATP-GEO/4101/2012). Principais áreas de investigação: Saúde Pública, Saúde Mental e Exclusão Social.



Carla Nunes

Professora Associada com Agregação na área de Epidemiologia e Estatística da Escola Nacional de Saúde Pública na Universidade Nova de Lisboa. Membro do Centro de Investigação em Saúde Pública. Investigadora no projeto SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das condicionantes Locais e Económicas (PTDC/ATP-GEO/4101/2012). Principais áreas de investigação: Estatística, Estatística Espaço-temporal, Clustering Espaço-temporal, Epidemiologia, Saúde Pública, Tuberculose e Ambiente.



Catarina Barros

Geógrafa. Mestranda em Geografia Humana - Ordenamento do Território e Desenvolvimento na Universidade de Coimbra. Bolseira de investigação no Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território. Principais áreas de investigação: Geografia da Saúde (Saúde Mental).



Cláudia Costa

Geógrafa. Doutoranda em Geografia, ramo de Geografia Humana, na Universidade de Coimbra. Bolseira de investigação no Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território. Bolseira de investigação no projeto SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das condicionantes Locais e Económicas (PTDC/ATP-GEO/4101/2012). Principais áreas de investigação: Geografia da Saúde, Ciência e Sistemas de Informação Geográfica aplicados à saúde, Planeamento Urbano Saudável, Planeamento de Recursos de Saúde e Epidemiologia Espacial.



Graça Cardoso

Psiquiatra. Professora da Faculdade de Ciências Médicas na Universidade Nova de Lisboa. Investigadora do Lisbon Institute of Global Mental Health, Gulbenkian Global Mental Health Platform e no Centro de Estudos de Doenças Crónicas. Investigadora no projeto SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das condicionantes Locais e Económicas (PTDC/ATP-GEO/4101/2012). Principais áreas de investigação: Saúde Mental, Avaliação de Serviços e Medicina Psicossomática.



Joana Lima

Licenciada em Medicina. Doutoranda em Sociologia na Universidade de Oxford (Reino Unido). Investigadora no projeto SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das condicionantes Locais e Económicas (PTDC/ATP-GEO/4101/2012). Principais áreas de investigação: Saúde Pública, Saúde Mental, Economia Política da Saúde.



João Felgueiras

Médico. Interno de Formação Específica em Psiquiatria no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE. Mestrando de Epidemiologia no Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto



João Ferrão

Geógrafo. Investigador Coordenador no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Responsável por projetos e redes de investigação nacionais e internacionais. Consultor científico no projeto de investigação SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das condicionantes Locais e Económicas (PTDC/ATP-GEO/4101/2012). Principais áreas de investigação: Geografia Económica, Geografia Social, Ordenamento do Território e Políticas de Desenvolvimento Local e Regional.



José Caldas de Almeida

Psiquiatra. Professor Catedrático de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas na Universidade Nova de Lisboa. Diretor do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Investigador no Lisbon Institute of Global Mental Health, Gulbenkian Global Mental Health Platform e no Centro de Estudos de Doenças Crónicas. Investigador no projeto SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das condicionantes Locais e Económicas (PTDC/ATP-GEO/4101/2012). Principais áreas de investigação: Saúde Mental.



Manuela Silva

Psiquiatra. Doutoranda em Medicina, na Universidade Nova de Lisboa. Médica no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Investigadora no Lisbon Institute of Global Mental Health, Gulbenkian Global Mental Health Platform e no Centro de Estudos de Doenças Crónicas. Investigadora no projeto SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das condicionantes Locais e Económicas (PTDC/ATP-GEO/4101/2012). Principais áreas de investigação: Saúde Mental.



Maria Ana Matias

Economista. Doutoranda em Economia na NOVA School of Business and Economics na Universidade Nova de Lisboa. Professora Assistente na NOVA School of Business and Economics na Universidade Nova de Lisboa. Principais áreas de investigação: Economia da Saúde (Saúde Mental) e Microeconometria.



Maria do Rosário Partidário

Engenheira do Ambiente. Professora Associada Agregada do Instituto Superior Técnico (IST) na Universidade de Lisboa e Presidente do Centro de Estudos de Gestão do IST (CEG-IST) onde coordena a área de sustentabilidade. Consultora científica no projeto de investigação SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das condicionantes Locais e Económicas (PTDC/ATP-GEO/4101/2012). Principais áreas de investigação: Avaliação Estratégica para a Sustentabilidade, Avaliação Ambiental Estratégica, Estratégias e Políticas de Sustentabilidade, Inovação Social e Sustentabilidade Urbana.



Maria Lucília Cardoso

Socióloga. Mestre em Sociologia pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Bolseira de Investigação na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Bolseira de investigação no projeto SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das condicionantes Locais e Económicas (PTDC/ATP-GEO/4101/2012).



Marta Silva

Geógrafa. Mestre em Sistemas de Informação Geográfica (SIG) e Ordenamento do Território. Consultora em SIG (ambiente, agricultura (produção de cacau e café) e biodiversidade). Bolsista de investigação no projeto SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das condicionantes Locais e Económicas (PTDC/ATP-GEO/4101/2012). Principais áreas de investigação: Ciência e Sistemas de Informação Geográfica e Saúde Mental.



Paula Santana

Geógrafa. Professora Catedrática do Departamento de Geografia e Turismo na Universidade de Coimbra. Coordenadora de projetos de investigação nacionais e internacionais no Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território. Coordenadora do projeto de investigação SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das condicionantes Locais e Económicas (PTDC/ATP-GEO/4101/2012). Principais áreas de investigação: Geografia da Saúde, Planeamento Urbano Saudável e Avaliação de Impactos em Saúde.



Pedro Mateus

Psicopedagogo. Professor Auxiliar do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas na Universidade Nova de Lisboa. Consultor do Programa Nacional para a Saúde Mental - Direção-Geral da Saúde.



Pedro Pita Barros

Economista. Professor Catedrático na Universidade Nova de Lisboa. Investigador do Centre for Economic Policy Research (Londres). Membro do EC Expert Panel on efficient ways of investing in Health. Presidente da European Health Economics Association. Investigador no projeto de investigação SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das condicionantes Locais e Económicas (PTDC/ATP-GEO/4101/2012). Principais áreas de investigação: Economia da Saúde e Política de Regulação e Competição/Concorrência.



Pedro Ramos

Médico. Mestre em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Assistente da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.



Ricardo Almendra

Geógrafo. Doutorando em Geografia, ramo de Geografia Humana, na Universidade de Coimbra. Bolsista de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia no Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território. Principais áreas de investigação: Geografia da Saúde (Determinantes Ambientais da Saúde).



Sofia Morais Vaz

Matemática. Mestre em Economia e em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Assessora do Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.. Experiência em gestão hospitalar.



Projeto SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das
condicionantes Locais e Económicas

TERRITÓRIO E SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE CRISE

© Outubro 2015, Imprensa da Universidade de Coimbra | Mais informação disponível na página
web: <http://www.uc.pt/fluc/gigs/SMAILE>

