

N.º 2 2021

**CADERNOS DE
SAÚDE SOCIETAL**

Saúde mental e bem-estar

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA



health



**CADERNOS DE
SAÚDE SOCIETAL**

Saúde mental e bem-estar

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA



health

FICHA TÉCNICA

Título

Cadernos de saúde societal:
Saúde mental e bem-estar

Coordenação

Francisco G. Nunes
Elsa Pegado

Revisão e tradução do texto

Elsa Pegado (Português)
Francisco G. Nunes (Português)
Patrícia Vasconcellos (Inglês)

Layout e Paginação

Gabinete de Comunicação Iscte

ISSN

2184-9676

Iscte Saúde

Iscte – Instituto Universitário de Lisboa
Avenida das Forças Armadas,
1649-026 Lisboa
Iscte_saude@iscte-iul.pt

Para citar este documento

Pegado, E. & Nunes, F. G. (2021). *Cadernos de saúde societal: saúde mental e bem-estar*. Iscte.

Índice

NOTA DE ABERTURA

Saúde mental e bem-estar em perspetiva	5
--	----------

PARTE 1

SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR: VISÕES DIVERSAS, PREOCUPAÇÕES COMUNS

Entrevista ao Diretor do Plano Nacional para a Saúde Mental	13
Entrevista à Diretora do Conselho Executivo da AlertaMente	23
Entrevista à Presidente da FamiliarMente	31
Entrevista ao Bastonário da Ordem dos Psicólogos Portugueses	39
Entrevista ao Presidente do Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos	49

PARTE 2

SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR: CONTRIBUTOS PLURAIS DA COMUNIDADE CIENTÍFICA

1. Psicopatologia, cultura e desafios sociais contemporâneos: uma mudança crítica em saúde mental	59
2. O medo em períodos epidémicos: abordagem histórica	71
3. Transição para o mercado de trabalho durante a pandemia: respostas emocionais de recém-graduados	81
4. O desporto como veículo de desenvolvimento de competências, integração e bem-estar	93
5. O papel do desporto adaptado no bem-estar: recomendações	103
6. O impacto do design arquitetónico na saúde das crianças	115

NOTA DE ABERTURA

Saúde mental e bem-estar em perspectiva

Francisco G. Nunes, Elsa Pegado

O segundo volume dos Cadernos de Saúde Societal, subordinado ao tema da saúde mental e bem-estar, agrega visões plurais de atores muito diversos. A primeira parte dá voz a um conjunto de cinco individualidades que, sob a forma de entrevista, partilharam as suas perspetivas sobre o tema. A segunda parte reúne contribuições de doze autores que redigiram seis artigos sobre este mesmo tópico.

Apesar de não ter sido solicitada aos intervenientes a utilização de qualquer fio condutor, uma visão holística, multifacetada e societal da saúde mental e do bem-estar emerge como denominador comum. Sementes desta visão global e socialmente situada da saúde humana podem ser rastreadas, por exemplo, até ao ano 700 AD, na região da *Hacienda Agua Salada*, província de Nasca, no atual Perú. A análise da múmia daquele que passou a ser conhecido por *rapaz Nasca* revelou que este sofria, e veio a falecer aos 8-10 anos, de espondilite tuberculosa (mal de Pott), doença claramente debilitante do funcionamento diário de quem a contrai: “ele sentir-se-ia progressivamente mais fraco, tornando-se, desde tenra idade, na clássica 'criança doente'. Se o desencadear do mal de Pott aconteceu na infância, como parece ser o caso, a exigência de viver com sintomas sistémicos – febre, calafrios, anorexia, perda de peso, exaustão e imunidade reduzida – levaria, muito provavelmente, a atrasos no desenvolvimento motor o que, por seu turno, afetaria o desenvolvimento cognitivo, emocional e social” (Tilley & Nystrom, 2019, p. 76¹).

¹ Tilley, L. e Nystrom, K. (2019). A ‘cold case’ of care: Looking at old data from a new perspective in mummy research. *International Journal of Paleopathology*, 25, 72-81.

A evidência arqueológica sugere que o *rapaz Nasca* recebeu, durante a sua vida e como preparação para a sua pós-morte, vários tipos de cuidados tendentes a maximizar o seu bem-estar integral. A incapacidade crescente de acompanhar as atividades próprias das crianças daquela cultura, tais como brincar, explorar, ou experimentar, mas também de contribuir para a economia da comunidade através do seu trabalho, terá sido compensada por cuidados diversos. Para além da administração de plantas medicinais para o alívio da dor, foi fabricado um banco adaptado, para o manter direito e facilitar o seu transporte, desta forma revelando preocupações com a integração social do indivíduo. Ademais, a adoção de atividades menos exigentes do ponto de vista físico, como tocar um instrumento, terá também feito parte da panóplia de cuidados dirigidos às várias facetas do indivíduo. Uma flauta foi mesmo incluída no lote de artefactos funerários, o que revela preocupações simbólicas, emocionais e práticas por parte de quem a colocou neste contexto.

Em continuidade com os cuidados de saúde ancestrais, holísticos como bem ilustra o caso do *rapaz Nasca*, é certo, as contribuições aqui reunidas revelam uma notável evolução do pensamento sobre o fenómeno da saúde mental e do bem-estar, o que sinaliza um movimento civilizacional conducente, esperamos, a estados mais avançados da procura da saúde e bem-estar para todos.

Na sua entrevista, Miguel Xavier enfatiza a necessidade de se perspetivar a saúde mental como um conjunto de capacidades dos indivíduos para a fruição da vida, contrariando a ideia habitual de a associar exclusivamente à doença mental. Convocando as determinantes sociais da saúde mental, considera que os problemas de saúde mental não podem ser enfrentados exclusivamente com base num modelo biomédico. É nesta medida que as políticas para a prevenção e promoção da saúde mental não podem ser apenas políticas de saúde, mas sim políticas que atuem, de forma transversal, sobre os fatores de desigualdade social, como as educativas ou as laborais.

A importância de desenvolver atividades focadas na prevenção da saúde mental, ao invés das usuais estratégias orientadas para tratar a doença mental, destaca-se da entrevista de Telma Almeida. Num mundo em constante mudança e em que as novas tecnologias tendem a ser incorporadas no quotidiano de um número cada vez mais elevado de cidadãos, dispor de instrumentos capazes de promover a saúde mental e o bem-estar, passíveis de serem disseminados tanto no meio laboral como no privado, pode ser um fator decisivo. Neste contexto, as organizações de economia social, como é o caso da AlertaMente, poderão ter um papel relevante a desempenhar.

Se bem que o testemunho de Joaquina Castelão aponte para diversas latitudes, sublinhamos uma visão da prestação de serviços de saúde mental ancorada nas comunidades, por forma a maximizar o acesso de todos os que necessitam.

Como a prestação destes cuidados acontece sobretudo no seio das famílias nas quais, usualmente, um cuidador é designado, mas também noutras estruturas e projetos existentes a nível nacional, incluindo a FamiliarMente, a articulação dos diferentes agentes será decisiva para a garantia da continuidade dos serviços, atributo central da qualidade destes cuidados.

Sublinhando a importância de conceber a saúde mental como um contínuo, Francisco Miranda Rodrigues alerta para a necessidade de garantir o acesso atempado da população, em condições de equidade, a serviços de acompanhamento psicológico de proximidade, designadamente nos centros de saúde, ainda mais premente com a pandemia, o que implica um reforço desses serviços. Urge também apostar na prevenção e tal passa pela intervenção da escola, mas também nas organizações, agindo sobre os fatores de risco psicossociais e introduzindo mudanças nas formas de gestão que minimizem esses fatores.

Finalmente, é de realçar na entrevista concedida por António Reis Marques, para quem é fundamental ancorar as estratégias de prevenção e de promoção da saúde mental e do bem-estar numa aceção global dos seres humanos, mobilizadora de diversas áreas de conhecimento, como a sociologia, a psicologia, a reabilitação, entre outras. Perante este requisito de unir as diferenças, apenas profissionais capazes de atuar, a um tempo, de forma autónoma e interdependente, contradição que requer tanto a evolução das identidades profissionais como o exercício de uma liderança integradora, poderão concretizar estratégias eficazes de prevenção e promoção da saúde mental e do bem-estar.

No primeiro artigo integrante da segunda parte, Carla Moleiro apresenta-nos uma reflexão compreensiva e crítica sobre o significado da ideia de psicopatologia, sugerindo que a promoção da saúde mental e do bem-estar pode apenas ser conseguida quando este fenómeno é entendido na sua interdependência face aos contextos sociais, culturais, políticos e históricos que moldam o seu significado. Esta proposição é ilustrada pela autora com recurso a estudos empíricos realizados com distintas populações, como pessoas LGBTQI+, migrantes e refugiados, cuja saúde mental e bem-estar são frequentemente ameaçados.

O segundo artigo, da autoria de Maria Antónia Pires de Almeida, recorda-nos que a saúde mental é especialmente desafiada em tempos de pandemia, tema sensível atendendo ao período que atravessamos na altura do lançamento deste volume. A análise histórica sobre a imprensa generalista dos períodos pandémicos do século XIX e início do século XX, evidencia como o medo influenciou o comportamento das populações e como a comunicação social teve um papel determinante na redução da incerteza sobre a natureza das várias epidemias, na disseminação de modos apropriados ao combate da mesma e mesmo

na angariação dos fundos necessários para ajudar os grupos mais vulneráveis a lidar com as diferentes necessidades geradas pelas doenças. Os paralelismos com a atual situação pandémica são inevitáveis.

A vivência dos jovens recém-diplomados pelo ensino superior no tocante à sua inserção no mercado de trabalho no contexto da COVID-19 foi o objeto do artigo desenvolvido por Fátima Suleman e Diana Carvalho. A análise dos testemunhos de jovens, tal como reportados nos jornais e na televisão, revela que a pandemia veio acentuar a precariedade que já caracterizava o emprego jovem, especialmente no que respeita às dificuldades de acesso. As consequências na saúde mental e bem-estar dos jovens são evidentes e expressam-se em sentimentos de insegurança e frustração, mas também em sintomas como stresse, ansiedade e depressão.

Marcelo Moriconi e Cátia Miriam Costa partem da constatação de que a sociedade atual se confronta com quatro crises fundamentais – desporto, emprego, resignação das novas gerações e imigração. Em particular, argumentam como o exercício físico tem efeitos imediatos e de longo termo sobre a saúde e o bem-estar dos indivíduos e, para além disso, como a prática desportiva se constitui como um contexto fértil para o desenvolvimento de um leque alargado de competências – pessoais, relacionais, cognitivas e de contextualização – as quais são fundamentais para a inserção no mercado de trabalho e para a promoção do empreendedorismo.

Como promover o desporto adaptado enquanto atividade que contribui para a saúde e o bem-estar de indivíduos portadores de deficiência é a preocupação central do trabalho realizado por Ana Brochado, Pedro Dionísio e Carmo Leal. Tendo por base a realização de entrevistas de grupo a atores chave neste domínio, os autores evidenciam a natureza dos motivos que levam os indivíduos a praticar desporto adaptado e os fatores que conduzem ao abandono destas atividades. Apoiadas neste conhecimento, são apresentadas propostas concretas nas categorias de acessibilidade e transportes, protocolos e apoios, trabalho em rede, desporto opcional nas escolas, associações e clubes, eventos e experimentação, com vista a promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos portadores de deficiência através da prática desportiva.

O espaço é uma dimensão determinante de toda a atividade humana e, como tal, fortemente influenciador da saúde e bem-estar. Neste contexto, Susana Azevedo, Daniel Aelenei e Vasco Rato, reportam o resultado de um estudo que analisa as características arquitetónicas de uma amostra de edifícios dedicados ao ensino pré-escolar, com ênfase nas possibilidades de ventilação proporcionadas pelos mesmos. Uma vez que a circulação do ar é determinante na criação de ambientes internos saudáveis, os autores do estudo usam as suas observações como alicerces para formular recomendações sobre o desenho

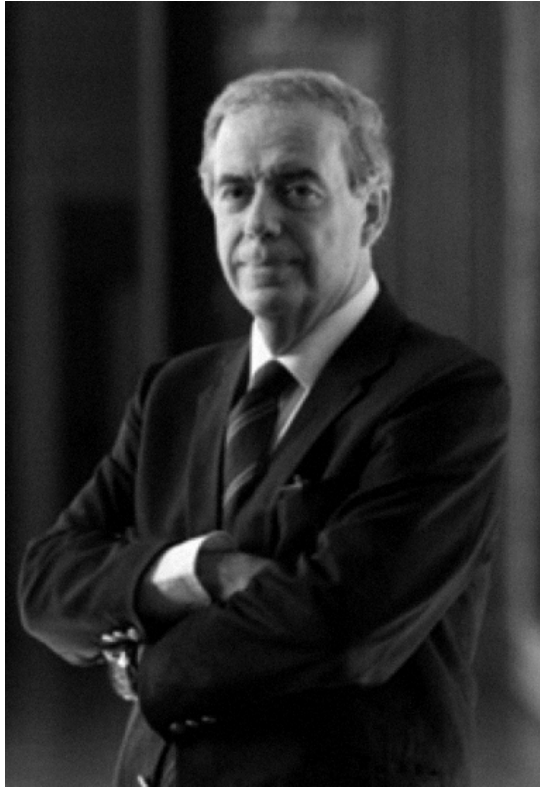
arquitetônicos dos espaços, com destaque para as características das janelas que favorecem a ventilação das salas e, conseqüentemente, melhoram a saúde e o bem-estar das crianças.

No seu conjunto, entrevistas e artigos celebram a diversidade de um tema com tanto de complexo como de atrativo para todos os que, trilhando diversos caminhos, se batem por um mundo melhor. Mais são, no caso vertente.



PARTE 1

**Saúde mental e bem-estar:
visões diversas,
preocupações comuns**



Miguel Xavier

Professor Catedrático de Saúde Mental
da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Nova de Lisboa

Entrevista ao Diretor do Plano Nacional para a Saúde Mental

*Entrevista conduzida por Luísa Lima, Coordenadora do Iscte-Saúde
e Professora Catedrática de Psicologia Social no Iscte*

A saúde mental com a pandemia teve uma visibilidade imensa e eu acho mesmo que se falou mais de saúde mental do que de doença mental. Como é que vê esta transição da doença para a saúde mental e o que acha que são aspetos fundamentais a ter-se em conta quando estamos a falar de saúde mental?

A questão da doença mental e da saúde mental era algo em que nós já vínhamos insistindo pelo menos há duas décadas, só que isto demora, faz o seu caminho. Nas minhas atuais funções eu tenho tentado passar a mensagem de que a doença mental é o que vem habitualmente à mente das pessoas quando se fala em saúde mental, mas não devia vir, porque a saúde mental é muitíssimo mais do que isso. A saúde mental é um conjunto de capacidades que nós temos para conseguir fruir a vida, em última instância. E nesse sentido, restringir as questões da saúde mental à doença mental, que é algo que tem acontecido até aqui, muito por força do estigma, eu considero absolutamente redutor. A pandemia contribuiu para que se começasse a perceber, primeiro, que as duas coisas são diferentes, mas, mais do que isso, que a doença está contida dentro do contínuo todo da saúde mental. A perspetiva que eu defendo é que existe um contínuo que engloba quatro dimensões, entre as quais não há limites categóricos: a saúde mental positiva, que tem a ver com o bem-estar psicológico; os problemas psicológicos, que ainda não estão organizados como doença, e que são aqueles que apareceram, maioritariamente nesta pandemia; depois as perturbações psiquiátricas propriamente ditas; e, finalmente, a dimensão que está no outro lado do espectro, que é a das incapacidades.

Penso que é preciso nós diferenciarmos estas quatro dimensões. Nós os seres humanos oscilamos entre estes quatro estádios, predominantemente entre as dimensões de bem-estar psicológico e a existência de problemas psicológicos, até porque nenhum de nós está livre de problemas relacionados com perdas, lutos, ansiedade laboral, conflitos familiares, etc. Um grupo menor evolui para doenças psiquiátricas propriamente ditas, e destes, um grupo ainda menor evolui para situações de incapacidade. Ora o grande problema é que até agora, muito por causa do estigma, e pelo facto de as doenças mentais estarem durante séculos escondidas da sociedade, as pessoas associam saúde mental à doença mental e doença mental à incapacidade. Esta é a associação prevalente na comunicação social, no cinema, etc., e é desta forma enviesada que nós construímos os nossos conceitos sobre saúde e doença mental.

A pandemia veio mostrar que se pode sofrer psicologicamente sem se ter obrigatoriamente uma doença mental. E este tempo, que tem sido duro para a sociedade, por outro lado, em termos de capital social, veio trazer um ganho enorme. A pandemia teve indiscutivelmente aspetos terríveis, quer do ponto de vista geral, quer do ponto de vista da saúde mental, mas tem trazido alguns aspetos bastante positivos a esta área, nomeadamente o aumento abrupto da sensibilização para esta dimensão das nossas vidas. Percebemos com a pandemia, e esta é outra mensagem que é importante passar, que todos somos vulneráveis. Uns somos mais resilientes, outros somos menos, mas todos nós somos vulneráveis. E se não somos nós, são as nossas famílias e os nossos filhos. E porque que é que eu digo os filhos? Porque isso foi estudado e está comprovado que um dos escalões etário que mais sofreu na pandemia foram os adolescentes.

Mas acha que foi mesmo alguma des-estigmatização? Que chegamos a alguma diminuição do estigma?

Eu acho que de facto as pessoas terem sentido, muitas delas, sofrimento psicológico, ajudou a que este estigma baixasse, ajudou que as pessoas percebessem que isto é um problema que as toca, e que é um problema social importante. E é por isso que eu acho que é aí que o nosso capital social aumentou, para bem de todos.

Não sei se já há indicadores sobre aumento, ou problemas de saúde mental associados a pandemia... Aumento do sofrimento é claro que sabemos que houve.

O que se verificou, em todo o mundo, pelo menos nos sítios onde há estudos de investigação feitos com alguma validade científica, é que a maior parte das

peças o que teve foi sintomas psicológicos, mal-estar psicológico. Sintomas depressivos, sintomas de ansiedade, insónia, etc. Mas isso não faz da pessoa necessariamente uma pessoa com uma doença mental, quando muito devemos falar da instalação de uma perturbação de ajustamento, uma vez que quando o determinante psicossocial diminui ou desaparece, a situação tende a *reequilibrar*. E nós assistimos a isso de uma forma muito clara, pois quando os dois períodos de confinamento acabaram, verificou-se que os indicadores de sintomatologia ango-depressiva tenderam para o seu normal. E isto mostra, o que é no fundo a nossa essência: somos pessoas, com alguns mecanismos de defesa e resilientes; às vezes temos sintomas em situações que ultrapassam a nossa capacidade de adaptação, e tendemos a melhorar quando o determinante desaparece. Claro que para além deste grupo maioritário, existe um grupo muito menor, já com vulnerabilidades prévias, no qual podem surgir perturbações de ansiedade e depressivas, mas penso que só teremos uma evidência bem ponderada deste fenómeno em termos quantitativos daqui a uns meses largos. Porque só aí é que poderemos distinguir entre perturbações de ajustamento e situações mais graves e prolongadas, ou seja, se houve alteração não apenas da prevalência, mas também da incidência.

Ou se se agravaram casos que já estavam diagnosticados...

E nós prevendo que isto iria ter impacto nas pessoas, como teve, concentrámos muito os nossos esforços em garantir que estavam disponíveis os cuidados para as pessoas com saúde mental mais grave. Nestas pessoas os riscos podem ser muito maiores, incluindo a descompensação psicótica ou o suicídio.

E as famílias destas pessoas também estavam num sofrimento imenso...

Eu acho que em Portugal as coisas funcionaram muito melhor do que em grande parte dos países da Europa, porque nós fomos dos poucos países que conseguimos aumentar o número de contactos dos serviços de psiquiatria em termos de consulta, durante o ano de 2020. Se for olhar para as consultas de todas as outras áreas, e infelizmente áreas tão importantes como a oncologia, o mesmo não aconteceu...

E como é que conseguiram isso?

Porque nós funcionámos com uma coordenação em rede, descentralizada. Isto envolve a coordenação nacional, as coordenações regionais, as ARS,

os Cuidados de Saúde Primários e os Serviços Locais de Saúde Mental. Houve um trabalho mantido para que os serviços se concentrassem na doença mental grave e não deixassem essas pessoas fora de avaliação e seguimento, em nenhuma circunstância. E acho que isso funcionou bem, apesar das enormes dificuldades no terreno.

Ainda não foram as equipas comunitárias, pois não?

Não, em 2020/21 foram criadas as 10 que estavam previstas. Estão programadas mais 10, e depois no ano seguinte mais 10, e no outro ano ainda mais 10. Estas 10 primeiras, já a funcionar há algum tempo, foram muito úteis durante a pandemia.

E foram elas que garantiram...

Não só, mas também. Todos os serviços funcionaram bastante bem e “agarraram” os doentes mentais graves. Não tivemos uma evidência de aparecerem muito mais descompensações nos serviços de urgência, mas ainda é cedo para um balanço com intervalos de confiança mais estreitos.

Provavelmente por este contacto de proximidade que vocês fizeram. E ao nível então dos problemas, não da doença, mas dos problemas psicológicos, há claramente grupos que foram mais vulneráveis, falou dos jovens, mas houve outros, não é? Provavelmente as pessoas mais pobres, como em qualquer outra circunstância de saúde mental.

Nós esperávamos um impacto maior nos idosos, por estarem privados dos contactos com a família. Mas o impacto foi maior em jovens, para além das mulheres e das pessoas desempregadas. E aqui entra uma questão que me parece crucial e que tenho vindo a tentar transmitir há muito tempo antes da COVID, que é a seguinte: a maior parte dos determinantes para as doenças mentais comuns, como a ansiedade e a depressão, são predominantemente sociais, ao contrário do que ocorre nas doenças mentais graves, em que a vulnerabilidade genética assume um peso ponderado substancialmente maior, ainda que não totalmente conhecido em termos etiopatogénicos. Por exemplo, os problemas de natureza financeira têm uma importância enorme. É óbvio que todas as situações de crise têm um impacto mais ou menos imediato, na doença mental e no sofrimento psicológico. Veja por exemplo o que foi o agravamento da situação da saúde mental em Portugal na altura

da Troika: as pessoas ficaram piores porque em grande medida ficaram com dificuldades económicas importantes.

Ora nesta pandemia não surgiu apenas a dificuldade económica. Como é que se está à espera que numa situação de crise terrível de medo e de pânico em relação à COVID, agravada pelo desemprego, a pessoa mantenha uma boa saúde mental? Não é fácil....

Ou mesmo das pessoas que estavam em trabalhos menos qualificados e que tinham que continuar a trabalhar enquanto que os outros estavam em teletrabalho.

Claro, também é isso. Assim como as pessoas que estiveram na linha da frente nos serviços hospitalares, e que sabiam que não se podiam ir embora, por mais vontade que tivessem. Tudo isso são fatores de vulnerabilidade, que se exercem de fora para dentro. Não são fatores genéticos, são fatores determinantes sociais, ainda que com potencialidades de ativação epigenética. E a saúde mental de uma população – agora já estou a falar em termos de saúde pública – não pode ser explicada exclusivamente através de um modelo biomédico estrito, depende do trabalho que se fizer em termos dos determinantes sociais. Este é um ponto nevrálgico: se alguém pensa que vai melhorar a saúde mental de uma população apenas através da multiplicação de serviços de saúde mental, desengane-se já. Os problemas das pessoas resolvem-se primariamente com base em recursos individuais e da comunidade, com uma boa organização de trabalho e estabilidade laboral.

E da prevenção.

E que tem a ver com tudo aquilo que conduz à desigualdade social. Pessoalmente, considero que a desigualdade tem aqui uma força motriz brutal. Apesar de não existirem dados absolutamente conclusivos sobre esta área, a desigualdade social é provavelmente um dos fatores mais importantes para explicar porque que é que a prevalência das doenças mentais em Portugal é significativamente mais alta relativamente a países social e culturalmente parecidos connosco, como a Espanha e a Itália, e até a própria Grécia. De facto, a desigualdade social no nosso país está muito mais próxima daquela que existe em países anglo-saxónicos (Estados Unidos, Austrália, Reino Unido, etc.), que são países economicamente pujantes, mas com indicadores de desigualdade social e de saúde mental preocupantes.

Por isso o professor defende as políticas públicas e a prevenção como duas vias para abordar as questões da saúde mental em Portugal...

Eu acho que as políticas que estão na base de tudo nem sequer são apenas políticas de saúde. São políticas laborais claras, políticas a nível de educação para aumentar a literacia em saúde mental das crianças e adolescentes: não me parece lícito que um jovem estudante aprenda como funcionam os rins, mas não tenha qualquer aprendizagem sobre bem-estar psicológico, saúde mental, *bullying*, risco de dependências, risco de suicídio, etc. Para mudar este cenário, as decisões têm que ser tomadas fora do âmbito estrito da saúde – são decisões interministeriais, em que se deve seguir a recomendação da Organização Mundial da Saúde, “saúde mental em todas as políticas”. E políticas laborais à cabeça, não é? Não vejo a vantagem de repetir sistematicamente estudos de avaliações do risco psicossocial dos trabalhadores portugueses, quando já há evidência suficiente sobre quais são os fatores que mais impactam na má qualidade de vida dos trabalhadores em Portugal: baixos salários, precariedade, tempo gasto em deslocações para o local de trabalho, rigidez completa na gestão dos horários, escassez de creches, entre outros.

Este contexto justifica a necessidade urgente de se apostar em políticas transversais, que incluam vários ministérios e áreas da governação. Eu não acredito que um país que tem 2/3 dos seus jovens em situação precária do ponto de vista laboral, possa ter uma boa saúde mental. Não é possível.

E estamos num momento muito importante a nível das políticas de saúde mental em Portugal, não é? Tivemos este aumento da visibilidade e tivemos muito mais dinheiro do que o costume para a saúde mental.

Muito mais, porque o que é costume é zero. Como se sabe, os gastos em saúde mental destinam-se fundamentalmente ao regular funcionamento dos serviços; no entanto, nas últimas décadas nunca houve investimento para contratar equipas, lançar novos programas e assim diferenciar a oferta de cuidados, que se mantém ainda muito medicalizada. E não houve investimento porque eventualmente os governos anteriores não estavam sensibilizados para isso – uma parte importante do nosso trabalho tem a ver com pressão política no bom sentido, assinalando que as repercussões de uma má saúde mental impactam em todos os sectores da sociedade.

E acha que as respostas que temos são suficientes para as nossas necessidades atuais?

Nós temos as respostas que os outros países que fizeram a reforma da saúde mental na Europa Ocidental tinham há 30 anos. Os outros países começaram isto no fim dos anos 80. Começaram-se a diferenciar-se em direção à comunidade, começaram a desospitalizar os cuidados, começaram a pôr investir cada vez mais dinheiro em programas de promoção e prevenção, e, se Portugal não for decididamente por esse rumo, não irá bem. Nós temos um atraso enorme em várias áreas. E grande parte do que outros fizeram em 20 anos, nós temos pelos menos de tentar alcançar em 5-6 anos. Penso que temos neste momento boas condições para avançar, aproveitando também as experiências de quem nos precedeu.

Dos outros países, sim.

Dou um exemplo: as pessoas em sofrimento psicológico associado à pandemia precisaram (e precisam) de cuidados que deveriam ter sido prestados a nível dos cuidados de saúde primários, onde deveriam estar disponíveis intervenções não farmacológicas, evitando a prescrição imediata de psicofármacos. O problema é que nós não temos profissionais treinados em número suficiente nos centros de saúde. Nós devíamos ter nos CSP um conjunto de psicólogos treinados em programas de gestão de ansiedade/depressão muito mais vasto do que o que temos.

Estamos a falar também da prevenção, não é?

A prevenção tem de estar sempre a montante, não devemos pensar a prevenção apenas em termos de terrenos da saúde. Claro que se houver uma deteção precoce de problemas psicológicos nos cuidados de saúde primários, isso irá seguramente contribuir para que um número importante de pessoas não evolua para uma doença. Mas há níveis de prevenção, numa perspetiva de saúde pública comunitária, que devem atuar antes, e que têm a ver com as tais condições e circunstâncias que são necessárias para que uma pessoa tenha uma perceção de bem-estar e alguma felicidade interior. Vejamos a seguinte situação: uma mãe só, com 2 filhos menores, com um trabalho longínquo, precário e mal remunerado, sem apoio familiar, como poderá ter uma boa saúde mental? É muito pouco provável. E não pode estar dependente de um serviço de psiquiatria que a vai atender quando ela já estiver com uma situação de

depressão grave. Este tipo de situação, tão frequente num país com 2 milhões de pobres, tem que ser prevenida muito antes. É por isso que utilizar um modelo biomédico estrito para tratar globalmente dos problemas da saúde mental é uma falácia, como me parece óbvio.

E o professor tem chamado muito a atenção para a importância da escola, para a importância do trabalho e também das famílias na prevenção desta situação. Mas isto implica alguma literacia de saúde mental, não é?

Essa é a parte da prevenção que eu acho mais importante, a nível escolar. As crianças não podem estar a estudar como é que funciona o corpo humano e não saberem nada desta área que tem a ver em primeira mão com as vivências deles. O que é que eles vão sentir quando forem adolescentes, como é que é a questão das drogas, como é a questão do *bullying*, o que é que é sentir-se ansioso, se é normal estar deprimido ou não, tudo isso são coisas que a escola foge de abordar. Com exceções muito honrosas, porque há professores que nas horas vagas, ou em algumas disciplinas, conseguem falar sobre isso, o que constitui um benefício para ao desenvolvimento das crianças.

É, nesta altura da pandemia, os miúdos precisavam de ter tido formação em identificação de emoções, não é? Conhecerem-se melhor a si próprios.

Exatamente. Nós temos os referenciais para esse trabalho todos feitos e para todos os anos de escolaridade. Porque é diferente abordar estes temas com uma criança da quarta classe, ou com um jovem do nono ano. O material está todo feito, agora é preciso que haja uma decisão do Ministério da Educação a este respeito. A própria decisão sobre qual é a disciplina a incorporar conteúdos de saúde mental é uma decisão de natureza política. É muito importante, simbolicamente importante. Porque repare, esta matéria deve ser dada na disciplina de biologia? Uma parte devia ir, mas não tudo. Poderá ser integrada na disciplina de Cidadania? Uma parte também devia ir, naturalmente. Mas para isso é importante que as disciplinas de Cidadania no nosso país tenham o relevo e o papel que merecem.

Não sei se há alguma coisa que queira acrescentar, relativamente as questões da saúde mental...

Eu acho que nós estamos numa situação em que se juntaram várias condições e que podem tornar a mudança possível. Quais são? São três. Primeiro,

há uma sensibilização inequívoca da sociedade. Segundo, os agentes da saúde mental, que durante anos perderam imenso tempo em conflitos mais ideológicos, estão atualmente mais sintonizados em relação ao rumo preconizado pelo Plano Nacional de Saúde Mental, apesar de diferenças inevitáveis de perspetiva em diversos pontos. Terceiro, pela primeira vez em décadas há financiamento para investimento, há dinheiro. Eu acho que todos nós somos responsáveis por tentar que, independentemente de ciclos políticos, este rumo possa ser mantido. Não podemos mudar todos os anos. Será uma pena se Portugal perder esta oportunidade.



Telma Almeida

Diretora do Conselho Executivo
da AlertaMente

Entrevista à Diretora do Conselho Executivo da AlertaMente

*Entrevista conduzida por Cristina Camilo, Iscte-Saúde,
Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Psicologia Social e Organizacional
(ECSH, Iscte)*

Vocês centram-se na saúde mental e não na doença mental e esse é um ponto muito importante na vossa intervenção.

Sim o nosso objetivo aqui é prevenir. Sabemos que a doença mental é uma tendência na Europa, com todos os determinantes a que estamos sujeitos, nomeadamente estarmos com uma população envelhecida. Posso-lhe dizer que nessa esfera da população mais idosa, um em cada dois sofre de demência. Não é o meu público. No entanto, eu sei dele. O nosso objetivo não é tanto atuar nestas pessoas, neste público que já é uma consequência, mas na população ativa, ou seja, o que é que aconteceu com estas pessoas que as levou a desenvolverem esta doença mental chegando a esta idade. Por isso é que se fala muito em *active aging* e por aí fora, na Europa. O nosso objetivo é conseguir, nomeadamente a nível da prevenção, informar, consciencializar e conseguir passar instrumentos para a população ativa portuguesa não ficar doente. Estamos a assistir muito, por exemplo, às depressões, aos *burnouts*. Que estratégias é que podemos ter para prevenir isto e, por outro lado, conseguir consciencializar, ao nível dos líderes do setor privado, CEO's, que existem instrumentos ao nível da saúde mental que permitem auxiliar a gestão. A AlertaMente dispõe de uma quantidade programas e ferramentas que permite auxiliar a gestão neste sentido.

Se começaram em 2018, houve algum tipo de resposta que tenham tido necessidade de criar durante este período especificamente por causa das questões associadas à pandemia?

Nós apanhamos uma época difícil de começar, a entrar neste país e a conseguir realmente demonstrar as valências da AlertaMente, a contextualizá-la e a perceber qual é que era o posicionamento, porque tinha acabado de entrar o novo diretor nacional. Portanto, o professor Miguel Xavier entrou praticamente ao mesmo tempo que nós formalizamos a Associação. O posicionamento, basicamente, foi-nos dado pelo Programa Nacional para a Saúde Mental, que ali ao princípio a coisa ainda não estava muito visível para nós. Aquilo que nos interessa agora, para conseguirmos levar a nossa missão a bom porto, é que os tais 80% decretados a nível da União Europeia que devem ser investidos em promoção da saúde mental, sejam mesmo investidos. Neste sentido, temos um alinhamento estratégico com o programa nacional para a saúde mental desde 2018, tal como temos com a União Europeia, onde fazemos parte da Health Policy Network. Agora, também desde 2018.

Incrivelmente, neste período de pandemia nos últimos dois anos, como nós trabalhamos tanto com o setor público como com setor privado, assistimos a um aumento do fluxo de trabalho na AlertaMente. O que do ponto de vista da gestão, ou do ponto de vista da saída de uma *start-up* para entrar agora numa fase de crescimento, foi uma fase congregadora. No ano passado, por exemplo, tivemos imensos programas com o PNSM, como por exemplo o 1º Fórum para a saúde mental. Este ano já tivemos o segundo, assim como adjudicamos empresas do setor privado e outras entidades do setor social onde estamos a atuar ao nível da mitigação de possíveis problemas psicossociais auxiliando a gestão e na formação.

Muitas empresas também os procuram com a questão do teletrabalhado, como é que se cimentava isto e qual era agora a forma de trabalhar e qual o impacto. Como resposta, lançámos o plano de assistência ao colaborador-PAC, completamente alinhado com a Organização Mundial da Saúde e a EU, mantendo claro a nossa cultura organizacional e a realidade do tecido empresarial português, a este programa já aderiram empresas grandes. Mas teve piada porque não fomos nós que fomos à procura deles, foi puramente uma consequência do nosso trabalho a todos os níveis – *Policy-Making, Awareness e Capacity Building*.

Houve uma série de questões ligadas, por exemplo, às pessoas mais jovens, à saúde mental das crianças. Houve relatos de enormes níveis de ansiedade nos adolescentes que têm a ver, por exemplo, com o facto de não terem relação com os pares durante este período de pandemia. Houve também um aumento das desigualdades sociais durante este período de pandemia. Vocês desenvolveram respostas a esse nível?

Nós continuámos naquilo que já era o projeto da AlertaMente a esse nível. Quanto às desigualdades é claro que sim, estamos sempre a trabalhar a esse nível, isso é uma coisa que nos é intrínseca. Agora, em que nível de desigualdades é que estamos a falar? Em contexto laboral assistimos a muita gente a pedir ajuda, por exemplo, porque ou ficou desempregada, ou porque não estava a saber lidar com isto ou aquilo. Por exemplo, assistimos à entrada de doentes mentais em unidades de cuidados continuados em que a integração do próprio doente não foi nada fácil e foi um trabalho de mediação (entre a unidade de cuidados continuados e as famílias) que acabou por nos tocar a nós, através de algumas famílias que nos vinham bater à porta e como são nossos associados – nunca diríamos que não – Fizemos tal trabalho enquanto voluntários e com muito gosto.

Tivemos outras respostas, como por exemplo, damos consultas de saúde mental completamente gratuitas e essas, muitas delas, foram feitas por internet logo no início da pandemia, isto até a Ordem dos Psicólogos ter dado uma resposta. Aconteceu muito isto, tanto connosco, como com os nossos colegas e, inclusivamente, um trabalho quase de divulgação diária de ver as respostas que iam saindo, que não eram da nossa área, mas que nós próprios éramos questionados sobre elas. Então houve um trabalho em rede muito giro porque acabou por ser espontâneo entre as próprias organizações da economia solidária.

Portanto acabaram por criar parcerias também nesse sentido. Quer dizer, a Ordem dos Psicólogos eu sei que criou um programa para prestar apoio às famílias que não tinham acesso a cuidados de saúde mental, mas muito mais numa perspetiva de doença, do que propriamente de promoção de saúde que é mais a vossa perspetiva.

Durante a pandemia aconteceu uma coisa muito curiosa. É que todos os sinais ao nível da perturbação mental, não diria doença, manifestaram-se. E como acho que as pessoas estando numa condição em que foram obrigadas a estar mais atentas a eles, que é o facto de estarmos todos fechados em casa,

e quer queiramos quer não, acabamos por estar muito mais atentos a nós próprios. Isto é o isolamento. E eu acho que esse *boom* acabou por ser benéfico depois no âmbito da promoção da saúde mental. É que há uma coisa que se calhar todos perceberam: “*espera aí que não toca só aos outros, isto toca a todos*”.

E há de haver consequências que se resolvem a curto médio prazo e outras que não de demorar mais tempo a ser resolvidas. Quais é que lhe parecem ser as que vão perdurar?

O fantástico destes problemas a que todos estamos a assistir hoje em dia como a ansiedade, perturbações do sono, stress, ataques de pânico, isto são mais perturbações. Aqui, bebendo um bocadinho da WHO e da ONU, todos estes problemas têm resolução, pois podem não vir a degenerar em doença e daí que seja tão importante investirmos na promoção. Se investirmos agora em literacia, se investirmos agora em passar estas ferramentas, em incutir isto no setor laboral como outra qualquer ferramenta de gestão que é necessária à produtividade, se calhar não vamos ter doença, ficamos pela perturbação...

E o que identificam como sendo os principais problemas e as principais lacunas na promoção da saúde mental e quais são as principais necessidades a que vocês podem dar resposta?

Os principais problemas... continuamos sem um budget, sem um orçamento para a saúde mental ao nível nacional, ou seja, há uma serie de questões que têm que ser resolvidas, que são estruturais e que acabam por ser condicionantes da promoção. Ou seja, isto tem que ser resolvido rapidamente, porque se estamos a aumentar a frequência das perturbações, a doença e estamos a afunilar tudo para o SNS – isto não faz sentido... Por outro lado, há que começar a trabalhar de modo muito visível e estruturado e de forma a que as pessoas entendam, estes tais determinantes da saúde mental assim como aprendam a gerir o seu espaço mental... Isto tem de estar estruturado em toda a nossa vida, ou seja, se eu quando vou para o trabalho, há um ambiente não salutar, o modo como o trabalho está organizado complica-me a execução, existe dissonância na direção e outros departamentos... enfim, existem fatores não promotores do meu desenvolvimento enquanto profissional que têm que ser mitigados ou o meu desempenho não vai ser o mesmo, a minha produtividade vai descer e por consequência a produtividade nacional.

Depois, conseguir trazer o Ministro das Finanças, Ministro da Economia, até o Ministro da Modernização, todos os *stakeholders* decisores que não estão diretamente envolvidos com o tema saúde mental, mas que talvez o tecido

empresarial português consegue ouvi-los muito melhor a eles do que a mim ou do que, por exemplo, ao PNSM. É preciso um grupo constituído de várias figuras, que tenha quase um papel de *opinion-maker* e que consiga realmente demonstrar a amplitude da saúde mental na nossa sociedade de forma transversal. Mais que isto, é preciso que se perceba, basicamente, que cada lei, cada decreto-lei, cada norma, cada regra lançada neste país tem um impacto ao nível da saúde mental do cidadão e que desta forma, aquando da sua realização – a saúde mental seja vista como um determinante imprescindível à sua execução por forma a mitigar qualquer possível impacto no cidadão e desta forma permitir a construção da sociedade de bem-estar.

Mas existe, neste momento, um plano para a saúde mental. Na sua perspetiva cumpre estes requisitos ou está muito afastado?

Existe sim um Plano e um Programa Nacional, que está descapitalizado, que está sem verba assegurada, e que tem sido assim que temos vivido durante estes últimos dois anos e desde o período da Troika. O Programa Nacional para a Saúde Mental, ou Plano Nacional para a saúde mental que é maior que o programa, é ótimo e tem as respostas. A questão é, se perguntar a um líder associativo se “acha que o Programa Nacional para a Saúde Mental faz sentido”, sim faz sentido. Agora faz sentido se este for capitalizado, e faz sentido se tiver alguma diretriz executiva, porque senão até para nós líderes associativos é muito difícil trabalhar... Muitos dos meus colegas, ou eu, trabalhamos com o Programa Nacional para a Saúde Mental. Se as verbas que temos ao dispor ou que nos são concedidas são suficientes? Claro que não. Ou os programas ao dispor? Claro que não. Se é culpa ou falta de afinco do PNSM, não de todo – o PNSM faz um trabalho incrível quer no terreno quer em sensibilizar o governo para a necessidade destas verbas, acrescento que faz este trabalho incrível com muito poucos recursos humanos e sem verbas suficientes. Se quer um desabafo alegórico – *“A frustração é saber que temos um Ferrari e uns quantos Bugattis e não nos deixam entrar na autoestrada...”*

Nos modelos do norte da Europa há intervenções onde há um enorme envolvimento da comunidade. Há grupos comunitários que se dedicam à promoção da saúde mental nas mais diferentes áreas. Mas são modelos que depois não passam para o sul da Europa. Acha que isso funcionaria, que esse tipo de modelo poderia ser transposto para o sul da Europa

e para Portugal, ou que são modelos de tal maneira enraizados culturalmente que não funcionariam noutro contexto?

Eu acho que aí o problema é desenraizarmo-nos do preconceito... Eu estive lá fora 17 anos e tive contacto com o que me está a falar, nomeadamente com o *third sector* – setor social. Este sector, em Inglaterra, se eu precisasse agora de um centro de saúde mental, fosse por um ataque de pânico ou stress, eu teria isso ao meu dispor. E normalmente está cá em baixo, ao lado do hospital – ou pertence ao hospital, ou pertence a uma *charity* que desempenha esse trabalho, mas que é bem-vista por toda a sociedade. E é aqui é que está esse problema. É que se formos nós, líderes do terceiro sector, a prestar esse serviço com um centro de saúde mental, como os meus colegas das IPSS, vai ser logo visto como doença. Não vai ser visto para um fim proativo na sociedade, em que se consiga ir ali, para resolver uma situação que está a ocorrer, como uma perturbação, para ganhar ferramentas para esta não voltar a acontecer. Isso não é visto assim. E aqui acho que tem mais a ver connosco enquanto sociedade. Eu acho que nós enquanto sociedade não procuramos essa resposta. Mas mais uma vez, está ligado à Promoção.

Eu sei que vocês têm uma abordagem multidisciplinar. Em que medida esse é um atributo relevante?

Sim, no conselho executivo – eu venho de ciências da comunicação, com especialização em marketing, outro colega é estrategista, outro colega vem de economia social e o outro de motricidade humana, depois na estrutura de *capacity building* temos psicólogos, psiquiatras, assim como artistas de teatro, cinema e música, advogados, financeiros... Somos assim um conjunto no verdadeiro sentido do multidisciplinar, o que é ótimo.

Qual tem sido a importância de ter essa equipa com tantas valências e que consegue funcionar em tantos registos diferentes?

Então, primeiro a sustentabilidade da própria organização, porque se ela fosse constituída só por uma área médica não tínhamos, com certeza, a sustentabilidade que temos. Segundo, torna-se uma valência a nível estratégico porque para nós é muito fácil trabalhar num determinante ou trabalhar numa área incisiva da saúde. Depende de quem vai liderar dentro da minha equipa porque a valência está lá toda, o que é fantástico. Consoante a reunião que estamos a ter há um líder natural que emerge. Até estamos agora a arranjar formas

de envolver mais gente, porque assim só já não conseguimos – já é visível que somos poucos para a fase de crescimento que já se sente.

Resumindo, a AlertaMente é gerida com o mesmo rigor e critério que uma empresa sendo que o seu “lucro” é aqui o Benefício Social Gerado. A ideia é não estar a olhar 80% do tempo para como ela sobrevive, mas estar a olhar 80% do tempo para como ela desenvolve. Uma coisa que eu noto em Portugal é como as associações são geridas. É tudo voluntário, não há ninguém profissionalizado. A AlertaMente uma estrutura profissionalizada. Existem cargos cá dentro, existem salários. Há uma contabilidade organizada, há compromissos com o Estado, há compromissos com o setor privado, ou seja, isto não é a brincar, nem pode ser gerido no âmbito do voluntariado – é uma organização séria, credível e com *track-record* demonstrado.

E pensa que este é um modelo que funciona? Este é o modelo que deve funcionar em termos de promoção da saúde mental para além das comunidades, dentro da sociedade?

Não podemos só falar em comunidades, temos de falar em *Silicon Valleys*. Temos de trazer o desenvolvimento científico também para cima da mesa e chegar à comunidade com ele e às empresas, não é? Irrita-me dizer “comunidade” em Portugal porque, normalmente neste âmbito, a seguir à comunidade vem a doença. E são sempre as desenvolvidas ações no âmbito da doença, até as atividades lúdicas se direcionam para a doença... A AlertaMente não é isso, fugimos disso, a AlertaMente é Saúde e a promoção desta.

É preciso uma abordagem completamente nova, é preciso uma coisa fresca. É preciso um espaço onde as pessoas gostem de vir e falar de bem-estar e de saúde mental. Temos que nos “descolar” do hospital. Temos que perceber que a saúde mental é uma coisa boa. Gosto de pensar: e se nós lhes dermos *gadgets* para a saúde mental, ou seja, por exemplo uma adaptação das medições que os relógios fazem agora, os *smart watches*? A tecnologia de ponta é uma coisa que pode atrair tanto a população da minha idade como a mais jovem para a saúde mental, para o bem-estar. Nem todas as loucuras são saudáveis, mas é preciso aqui, também, um pouco de loucura em experimentar o novo e que permita a mudança de paradigma da doença para a saúde. É preciso levar o lado bom da saúde mental, e é isso que a AlertaMente faz todos os dias!



Joaquina Castelão
Presidente da FamiliarMente

Entrevista à Presidente da Familiarmente

*Entrevista conduzida por Diana Mendes, Iscte-Saúde,
Professora Associada do Departamento de Métodos Quantitativos
para Gestão e Economia (IBS, Iscte)*

Estamos a viver um período muito complicado para todos, como consequência da Covid. Acha que a pandemia afetou a saúde mental da população portuguesa?

Todas as pessoas que já estavam a ser acompanhadas em termos de psiquiatria e saúde mental, quer nos hospitais, quer nas respostas de saúde comunitária, foram afetadas. Todos tivemos de nos recolher às nossas casas durante períodos muito longos, em que o isolamento social e o confinamento e, muitas vezes, até a situação de desemprego, acabaram por criar mais problemas nas pessoas que já sofriam de doença e agravou, e despoletou, o aparecimento de outras doenças, em pessoas que até aí não tinham manifestado qualquer problema de saúde mental. Mas, a situação da pandemia, a forma como se vivia, os condicionamentos, a incerteza, o medo relativamente à própria pandemia que, infelizmente, ceifou muitas vidas, fez despoletar mais doenças do foro mental, nomeadamente as depressões. Atenção, que não foi apenas nos adultos que a situação se agravou, foi também na infância e na adolescência, porque todos os estabelecimentos de ensino estiveram encerrados durante semanas/meses consecutivos, em que as crianças deixaram de cumprir as rotinas habituais, de conviver, e passaram a assistir às aulas através de meios informáticos: isto 24 sobre 24h, a família a conviver muitas vezes em espaços reduzidos e que não terão as melhores condições de habitabilidade, claro que isto tudo causou transtornos e que ainda hoje se repercutem e continuam a repercutir.

Os doentes deixaram de poder ir às consultas e, então, o contacto que eventualmente passou a ser feito com os especialistas era normalmente através

do telefone. Temos de ter consciência de que a maioria dos hospitais não estão dotados de meios informáticos e digitais que permitissem fazer teleconsultas. Portanto, eram consultas por telefone, também telegráficas. Na doença mental, a observação e a conversação entre o doente e os profissionais é altamente importante. Portanto, isto afetou bastante, e continua ainda a afetar. Agora, as coisas estão, a pouco e pouco, a voltar ao normal, mas daqui até normalizarem ainda haverá muitas pessoas a aguardar por um diagnóstico atempado e um tratamento adequado, infelizmente.

Que desigualdades que podem ser identificadas em termos de acesso a cuidados e de saúde mental mais em geral?

As desigualdades, infelizmente, ainda persistem. A distribuição dos serviços, a nível do território nacional, é muito assimétrica. Em regra, temos respostas na área do tratamento e estabilização, e depois na área da reabilitação, nas principais cidades – Lisboa, Porto e um pouco em Coimbra. Não quer dizer que não hajam noutras regiões. Mas, por um lado, são insuficientes para dar resposta a todas as necessidades e, por outro, também não serão as mais adequadas às necessidades da população. Sabemos que não podemos ter uma estrutura de todas as respostas em saúde mental à porta da nossa casa, mas é importante que haja uma distribuição equitativa pelo território ou que sejam dadas condições às pessoas que não tenham os serviços de proximidade, que lhes seja garantido o acesso aos serviços. Aliás, essa é uma das lutas que a FamiliarMente tem tido, na implementação e desenvolvimento de serviços de saúde mental de proximidade para que toda a população tenha acesso a equidade na área da saúde mental.

A saúde mental tem sido sempre considerada, o parente pobre da saúde. É pena é que não sejam todas as especialidades, incluindo a saúde mental, contemplada com verbas adequadas para garantir o acesso ao tratamento das pessoas. Por outro lado, relativamente ao tratamento farmacológico, o doente mental crónico não tem a comparticipação dos medicamentos a 100%. Ainda que tenha saído uma portaria para a disponibilização dos anti-psicóticos orais e injetáveis em junho, a verdade é que a implementação dessa medida depende das administrações hospitalares pelo que há uma diferença grande no tratamento dos doentes entre os vários hospitais nacionais. Portanto, temos alguns problemas de equidade e desigualdade no acesso ao tratamento.

Qual o papel das famílias e das associações de doentes e familiares na promoção da saúde mental? Que trabalho é feito e como se pode potenciar?

Em qualquer núcleo familiar há sempre um elemento que assume a responsabilidade do cuidar, sem saber a responsabilidade que está a assumir e sem ter acesso a um acompanhamento adequado e especializado. Cuidar de um doente mental é completamente diferente de cuidar de um doente que sofra de uma doença orgânica. Porque, à partida, tem horas para se alimentar, horas para a sua higiene pessoal, horas para a medicação, e permite ao cuidador alguns momentos de descontração. Na doença mental, nós sabemos que os comportamentos e as atitudes das pessoas estão relacionados com a doença de que sofrem e, mesmo quando estão a fazer o tratamento adequado, podem ter crises e, às vezes, não é possível ao cuidador controlar todos os movimentos da pessoa que sofre de doença mental. E só isso gera uma angústia grande e uma dificuldade de cuidado. Pelo que a promoção da saúde mental, a começar no seio da família, é extremamente importante.

Mas para isso as famílias precisam realmente de ter respostas adequadas através dos serviços locais de saúde mental, têm de ser incluídas no processo de tratamento do seu doente, serem ouvidas, serem parceiros, e não apenas meros recursos, como muitas vezes são utilizadas, para a adesão à terapêutica. Eu sou familiar, não sou psiquiatra, não sou enfermeiro de saúde mental, não sou terapeuta ocupacional, não sou assistente social, não sou psicóloga. Eu preciso de ter o acompanhamento das equipas comunitárias de saúde mental que o plano nacional de saúde contempla e que data de 2008. Essas equipas são fundamentais, porque são integradas por cinco ou seis profissionais, cada um da sua área, que se complementam entre si e que devem dar o apoio e acompanhamento ao doente e à família. É de notar que compete ao Estado, através do SNS, e dos programas nacionais de saúde mental que existem, implementar medidas que façam a promoção da saúde mental, desde a fase pré-natal até à morte. E isso ainda não está feito. São medidas que implicam custos e a contratação de recursos humanos, o recurso a campanhas.

Seria necessário um planeamento bem definido, com continuidade...

Temos de mudar a mentalidade de toda a nossa população, porque o estigma relativo à doença mental é muito grande e provoca, de certo modo, o auto-estigma. O doente mental ou a família sabem que, ao anunciar que têm uma doença mental no seio familiar, passa a ser encarado de uma maneira

diferente. Hoje em dia ninguém tem problemas em dizer que está a tratar um cancro, que é dependente de substâncias, que é portador do VIH, mas da doença mental é qualquer coisa de transcendente, que todos nós nos inibimos de falar. Mas quando falamos de saúde mental, estamos a falar das necessidades de diagnóstico, de tratamento e de reabilitação. Enquanto este paradigma não mudar, pouco evoluímos na área da prevenção e da promoção.

Efetivamente, os programas de saúde mental que existem são atividades pontuais sem continuidade e sem um fio condutor. Era importante que, a nível curricular das escolas, fossem incluídas não apenas o apoio psicológico nos serviços de orientação das escolas, mas intervenções a nível individual e coletivo em que se desse resposta às situações que são sinalizadas nas escolas, desde a primária até ao secundário, envolvendo as famílias, os doentes e a sociedade em geral. Porque na realidade quem tem de dar resposta é a comunidade no seu todo. Seria relevante tentar uma articulação de maneira a que não haja desperdícios de recursos mas sim a rentabilização dos mesmos. A nível dos municípios vemos muito isso. Há o pelouro da juventude, há o pelouro da saúde, há o pelouro da educação, há o pelouro dos idosos. Claro que é natural que haja uma definição de pelouros para atribuição de responsabilidades ao executivo, mas depois tem de se compreender que há uma ligação entre todos. Tem de haver uma maior conjugação de esforços em definir e implementar planos mais abrangentes e não sectoriais e estanques. Esse é o maior problema que, hoje em dia e enquanto familiar, sinto.

Nas faculdades a mesma coisa. Nós sentimos que os jovens, principalmente quando terminam o secundário e entram no ensino superior, têm muitos problemas de integração. A concorrência é muito grande, a luta pelas notas, a panóplia de cursos que está à sua disposição é grande, mas na realidade se calhar não corresponde às expectativas deles, ou também não está adequada ao mercado de trabalho. Isso cria um problema grave num jovem em início de carreira e pode refletir-se muito na sua saúde mental e na de quem vive à volta dele. Temos de criar nos jovens, que são os homens e as mulheres de amanhã, a noção de multidisciplinariedade, de mudança de carreira, de adaptação à carreira, isto é extremamente importante para a saúde mental e para a produtividade. Se não tivermos uma força de trabalho satisfeita, bem integrada, claro que a produtividade do país e o PIB não podem subir. Tudo isto são problemas graves da nossa sociedade que afetam a saúde mental de todos.

Devido às condições económicas em Portugal, uma grande parte da população não tem as condições de ter cuidadores profissionais para os doentes e para os problemas de saúde

mental que têm na família. Portanto, a maioria são cuidadores informais. A FamiliarMente, ou as associações de doentes de familiares, promovem um tipo de formação? Que tipo de apoio há para estas famílias?

A FamiliarMente tem o seu encontro nacional, que ocorre todos os anos e que é dedicado às famílias, mas que aborda temáticas abrangentes. Por exemplo, o último foi dedicado ao acesso e à equidade ao tratamento na doença mental, porque sentimos essa dificuldade. E os cuidadores, os familiares, organizamos painéis, mesas redondas, com testemunhos de familiares, no sentido de exigir respostas. Temos de consciencializar os principais responsáveis políticos para os problemas que se vivem na doença mental, nomeadamente no âmbito dos cuidadores.

Há já uma medida de apoio ao cuidador informal. Não é o estatuto do cuidador informal, que foi aprovado em 2019, mas sim medidas de apoio aos cuidadores informais. Contudo, essas medidas são tao restritivas que, para ser atribuído o estatuto de cuidador informal principal, exigem que o doente tenha a necessidade de uma terceira pessoa, o que não se adequa à doença mental. Se os nossos familiares não tiverem outras comorbilidades para além da doença mental, não têm direito a ter uma terceira pessoa, o que é uma discriminação. Por outro lado, as medidas de apoio só foram implementadas ainda durante o ano 2020/2021 a um número restrito de cuidadores no âmbito de determinadas regiões que foram consideradas experiências piloto. E o diploma está em avaliação, depois destas experiências-piloto, para ser melhorado. Mas a esperança que temos de incluir os cuidadores relativamente à doença mental, cai por terra quase de certeza, porque tal implica um investimento muito grande por parte do Estado. As verbas que foram destinadas à aplicação das medidas de apoio ao cuidador ficaram cativas, em 2020 e em 2021, sendo que a aplicação das mesmas ficou muito aquém do que estava no orçamento. Portanto, há esta falácia de que o estado investe X na saúde mental, ou no apoio aos cuidadores de saúde mental e, depois, em termos de realização efetiva, o valor fica muito aquém daquilo que estava no orçamento. Passa-se a imagem de que se apoia, mas na realidade não se apoia. E na saúde mental tal é altamente penalizador para as pessoas, não só para os cuidadores, mas acima de tudo para 25% da população que precisa de cuidados e que não tem acesso a eles.

Mas voltando ao que a FamiliarMente faz, as nossas associadas desenvolvem projetos formativos no apoio aos cuidadores. O mais importante seria dar apoio às famílias em função das suas necessidades através de módulos adequados. Mas é difícil a FamiliarMente fazer isso, pois somos 14 associações e chegar a todas as pessoas não é fácil. Por outro lado, a mobilização dos cuidadores informais, que são milhares e que não estão ligados a nenhuma associação,

é difícil. A FamiliarMente é sediada em Lisboa e as nossas associadas são membros dos respetivos concelhos em que estão integrados. A nível local também há grupos de associados para os idosos, para as crianças. Os projetos tendem a ser destinados a grupos específicos, sem que se desenvolvam projetos e programas em articulação. As famílias precisam de um acompanhamento continuado e não apenas daquela formação, porque depois quando têm um problema, não têm ninguém de referência a quem recorrer. O seu familiar não tem um terapeuta de referência atribuído, logo com quem vai dialogar? Vai ligar para o hospital? Vai ligar para o centro de Saúde? Fala com quem? Nós não conseguimos falar com os médicos de família ou com diretamente com os especialistas. Mandam-nos marcar uma consulta, que pode ser daí a uns meses e nós, às vezes, temos um problema cuja solução ou apoio é emergente. Portanto, não é fácil, independentemente de todas as iniciativas que a comunidade desenvolva, quer através da FamiliarMente, quer através das suas associações, quer através das associações prestadoras de cuidados, ter a continuidade no acompanhamento que é necessária.

Como está a situação em termos de centros ocupacionais, centros de saúde, de serviços que podem garantir apoio?

Os cuidados continuados respondem a determinadas situações para um determinado período, que está estabelecido no tempo. Se estamos a falar de doença mental muito grave, cujos doentes já deixaram de ter suporte familiar, não têm acesso a continuidade de cuidados, porque não existem estruturas para isso. Na rede nacional de cuidados continuados integrados na saúde mental, haverá pouco mais de 1000 lugares, a nível nacional, que é onde estão concentradas as unidades socio-ocupacionais e as residências de apoio máximo. Nestas unidades existem 48 lugares: 24 no Porto e 24 em Lisboa, e as vagas estão permanentemente ocupadas por pessoas que foram referenciadas quando as residências foram criadas há 10 ou 12 anos. As residências de treino da autonomia são muito poucas também. Há meia dúzia em Portugal e têm no máximo seis a oito doentes, que também são os mesmos que estão lá desde que foram referenciados.

Não podemos dizer que as coisas estão todas mal. Por exemplo, da parte da atual direção do programa nacional de saúde mental tem havido um incremento muito grande e uma vontade muito grande de implementar as medidas que faltam e que estão já planeadas nos programas. Mas efetivamente, os recursos financeiros do país eventualmente impedem esse desenvolvimento. E também temos notado empenho por parte da Sra. Ministra da Saúde, que temos de louvar e agradecer. Mas mesmo com toda esta força de vontade e

empenho da parte dos altos dirigentes, as coisas estão a correr muito lentamente. Agora, com o PRR, está prevista a criação de 300 lugares precisamente para dar assistência e cuidados a pessoas com doença mental grave. Claro que é impensável conseguirmos ter respostas para toda a gente, eventualmente nem o país mais avançado do mundo terá. Mas temos de investir cada vez mais. E por outro lado lembrar os nossos políticos destas necessidades para que mais pessoas possam ser abrangidas nestes planos de intervenção.

Qual a importância da prevenção em saúde mental? Que medidas estão em curso neste âmbito e que outras devem ser implementadas?

A prevenção é extremamente importante. A par da promoção. Porque se fizermos uma boa promoção, se calhar não será necessário investir tanto na prevenção. À semelhança da promoção, a prevenção deve começar ainda no pré-escolar, nas creches, enfim, desde que a pessoa nasce até que a pessoa morre. E é muito importante que haja esta promoção a nível da infância, da adolescência e da idade adulta. Há medidas que têm sido implementadas à semelhança da promoção, no âmbito dos programas nacionais de saúde mental, mas são medidas sem grande continuidade. Há também na sociedade civil projetos de prevenção, nomeadamente quando são financiados por fundos comunitários. Mas quando termina o apoio do fundo comunitário, termina o projeto de prevenção. A FamiliarMente, no ano passado, esteve envolvida numa campanha com a LisbonPH, na qual fizemos pequenos vídeos e entrevistas no sentido de combater o estigma, porque o grande problema da prevenção também está no estigma que a doença mental acarreta. Porque as pessoas têm medo de falar da situação, têm vergonha, inibem-se e não procuram ajuda, e isto é um problema. Se nós falarmos cada vez mais de prevenção, eventualmente conseguiremos que as pessoas compreendam a necessidade de se auto-cuidarem e de procurarem ajuda.

Há uma série de fatores que podem ajudar a que o nosso bem-estar permaneça e se mantenha. Mas para isso é necessário que tenhamos acesso a algumas ferramentas que nos ajudem. E nesse sentido, deveriam existir campanhas mais desenvolvidas, envolvendo mais pessoas, e não apenas só os ídolos que são utilizados. Porque afinal, se aquela pessoa, que é um artista de novelas, ou é um ator, ou é um produtor de filmes que está ligado às artes, se ele assume que tem esse problema, porque é que eu não hei de assumir? Não é só uma questão de assunção da doença. É também uma questão de prevenção. E eu para prevenir tenho de adquirir alguns conhecimentos e algumas ferramentas que me ajudem a mim própria.



**Francisco Miranda
Rodrigues**

Bastonário da Ordem dos Psicólogos
Portugueses

Entrevista ao Bastonário da Ordem dos Psicólogos Portugueses

*Entrevista conduzida por Elsa Pegado, Iscte-Saúde, Investigadora do Centro de
Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-Iscte) e Professora Auxiliar do Departamento
de Sociologia (ESPP, Iscte)*

Um dos aspetos que foi muito evidente com a pandemia foi a presença muito forte da saúde mental, e começou até a falar-se mais de saúde mental do que de doença mental, o foco passou a ser colocado na saúde mental..

De facto, a pandemia trouxe uma visibilidade muito diferente para todo um conjunto de temas à volta da área da saúde mental e amplificou também um conjunto de vozes que já existiam, que de vez em quando já apareciam a colocar este assunto, seja na agenda mediática, seja na agenda política, mas que ganhou uma dimensão completamente diferente. Nós estávamos a viver uma pandemia, causada por um vírus e a par com aquilo que era o impacto físico e, portanto, epidemiológico do vírus, passou a falar-se dos impactos na saúde mental. E também porque os impactos foram generalizados, isto não estava a afetar este ou aquele nicho da população, não estava a afetar aquelas pessoas que poderiam estar mais vulneráveis, estava a afetar essas e a maior parte de todas as outras. Portanto, nesse sentido teve uma abrangência que se poderá considerar, só a este nível, bastante democrática, mas claro que com impactos muito desiguais de acordo com a circunstância em que cada um se encontrava. Mas o facto de ter havido um impacto simultâneo absolutamente generalizado fez com que se naturalizasse mais o que eram os problemas de saúde mental e que se as pessoas não estavam propriamente todas com uma perturbação, então havia vida para além das

perturbações mentais. Antes o que geralmente acontecia era que quando se utilizava a designação saúde mental se estava a falar de doença mental. E esta, aliás, foi a razão que levou a que a Ordem dos Psicólogos, já há uns largos tempos, antes da pandemia, tivesse utilizado a designação saúde psicológica e não saúde mental, porque esta estava tão conotada com a doença mental que era quase impossível passar uma mensagem no sentido da promoção da saúde e de prevenção associada ao termo saúde mental.

A pandemia permitiu dar muito tempo de antena para explicar que quando nós falamos em saúde mental e em bem-estar nós falamos de um contínuo, e antes disso ninguém estava muito disponível para captar essa mensagem. E isso foi possível logo nos primeiros tempos da pandemia, senti uma grande vontade de muitos jornalistas quererem entender melhor. Nós temos os dados que nos mostram qual foi a evolução do ponto de vista do impacto comunicacional e de visibilidade dos temas da psicologia e da saúde mental antes e depois da pandemia. E, de facto, há um aumento tremendo, embora já se falasse bastante na comunicação social antes. A possibilidade de se começar a falar na saúde mental como um contínuo e não simplesmente como a ausência de doença ou a presença de doença permite depois uma abordagem completamente diferente dos temas. As pessoas também estavam ávidas de terem instrumentos, coisas muito práticas que lhes permitissem ter algum tipo de resposta imediata para o que estavam a sentir. Eu julgo que para muita gente foi a primeira vez que tomaram contacto, reconheceram e, para algumas delas, passaram a aceitar o que estavam a sentir.

Mudou também aquilo que era alguma desvalorização inicial da dimensão dos problemas de saúde mental causados pela pandemia e que nós na Ordem sempre criticámos. Logo na fase inicial tínhamos dados de outros países que mostravam precisamente o contrário. O que havia era falta de resposta para as pessoas que já estavam a precisar de apoio. Foi pouco depois criada uma resposta que ainda hoje continua a funcionar com bastante procura, que foi o aconselhamento psicológico do SNS24 e isso foi uma coisa muito relevante.

E que vai continuar, não é?

Está integrado nas respostas do SNS24, ou seja, durante os próximos 3 anos vai continuar. Essa linha foi uma decisão muito acertada e rápida, ao contrário daquilo que costuma acontecer entre nós. Muito inteligente também na metodologia que adotou. Foram utilizadas as estruturas e

os recursos tecnológicos do ministério, e nós montámos a parte técnico científica, porque tínhamos capacidade de resposta muito rápida e foi possível pô-la a funcionar em 15 dias. Agora, como é que se consegue simultaneamente no mesmo país montar tão rapidamente uma estrutura destas, que respondeu a mais de 120 mil pedidos de apoio durante este período e, ao mesmo tempo, outras coisas básicas não se resolvem? É possível porque saltou-se por cima de n estruturas intermédias, de uma certa tradição instalada e associada a algumas profissões e que não ajuda para que se implementem soluções que têm modelos de intervenção diferentes, que não seguem o modelo dominante, o biomédico. Conseguimos passar a ter ações baseadas em modelos diferentes a chegarem a números da população muito maiores do que aqueles que era habitual. Ou seja, a linha permitiu que pessoas de todo o país, independentemente de onde estivessem, a qualquer hora do dia, a qualquer dia da semana, pudessem chegar a um psicólogo. Isso é uma mudança da noite para o dia.

Também tenho tido uma insistência muito grande na relativização da ideia do estigma associado à saúde mental. Eu julgo que não exista um estigma assim tão grande quanto aquele que se faz crer. Eu acho que é uma espécie de “poeira estigmática” e não um cimento. E quando nós permitimos que as pessoas acedam a esses serviços prestados por esses profissionais, e isso é fácil, já não se vê o estigma. Eu não estou a dizer que ele não exista, o que eu estou a dizer é que sobrestimamos, ficamos agarrados à ideia “pois é pá, isto é uma chatice, é tão lamentável, se as pessoas ao menos tivessem outra mentalidade...”, não, o problema está muito mais no contexto, muito mais nas barreiras existentes ao assunto, do que na cabeça das pessoas. Claro que o preconceito existe, mas tem as costas muito largas, e mais, serviu, durante muitos anos, para justificar o não investimento nesta área.

O apoio da linha é suficiente para o tipo de apoio que é necessário? Onde e que é preciso investir?

Não, não é de todo suficiente. A linha foi construída, apenas e só, para dar respostas muito breves a situações essencialmente na “família alargada” da ansiedade. Em situações de urgência a linha consegue fazer o encaminhamento direto para o INEM, sendo que a pessoa nunca deixa de estar acompanhada por um psicólogo a todo o momento até chegar o INEM. O que é que não se conseguiu fazer? Bom, não há encaminhamento da linha para os serviços de saúde, ou seja, para o centro de saúde. Só existe indicação para as pessoas marcarem uma consulta com o médico de família.

Sim, mas depois os centros de saúde não têm resposta...

Sim, não têm, e isso é um problema. Só se resolveria se o governo tomasse uma medida, que infelizmente não tomou, que era ao abrigo das medidas excepcionais todas, eliminar as burocracias todas que fazem o entrave para a contratação de psicólogos para os centros de saúde.

Então esse será um dos principais problemas deste momento?

É, esse é mesmo o principal problema na resposta à generalidade da população que não tem meios para recorrer a um apoio continuado quando necessita, por parte de um psicólogo, a não ser que esse apoio seja um apoio público, gratuito. Ou seja, nós podíamos discutir aqui, politicamente e do ponto de vista ideológico, se a solução é pública ou privada, mas há uma coisa que são factos, a população portuguesa tem a realidade social e económica que tem. Isto não é uma questão corporativa, é uma questão de bom senso. As pessoas necessitam de apoio psicológico, portanto de uma intervenção psicológica. Ora quem é que serão os profissionais que fazem intervenção psicológica? Os psicólogos. Neste momento, e durante muitos anos, porque vai demorar muito até que esta realidade seja diferente, Portugal precisa mesmo de um número diferente de psicólogos nos centros de saúde. Neste momento, em centros de saúde, são cerca de 250, um pouco mais, 2 ou 3 dezenas com “contratos covid” de 4 meses renováveis até ao máximo de 3 anos.

Outro problema é a falta de resposta nas escolas. Não tem a ver com o número de psicólogos nas escolas, que foi bastante reforçado. Há 5 anos nós tínhamos 750 psicólogos nas escolas, hoje temos perto de 1800. Portanto, tomara nós em outras áreas termos a progressão que tivemos nas escolas. O problema é que os psicólogos das escolas não estão apenas a fazer o trabalho que deviam fazer, mas sim muitas vezes a fazer trabalho clínico que devia estar a ser canalizado para o centro de saúde. O contexto da escola não é o contexto adequado para intervenção clínica, a escola é para fazer intervenção, por exemplo, para o desenvolvimento de competências de situações emocionais que são protetoras, que vão aumentar a resiliência, que vão garantir que nós temos depois jovens adultos e adultas mais saudáveis, com mais bem-estar e com competência para lidar por si só com os desafios com que todos nós temos que lidar durante a vida e poder fazê-lo sem necessitar tantas vezes de uma ajuda especializada.

Outro tópico que gostava que desenvolvesse é o da prevenção na saúde mental. O que é preciso fazer nesta questão da prevenção e da promoção da saúde mental?

Temos que arranjar um mecanismo de financiamento diferente para as coisas da prevenção. Isto já não somos só nós psicólogos que dizemos, os economistas da saúde dizem que o grande problema do investimento na prevenção é realmente económico, ou seja, quando alguém faz contas em investir na prevenção, o retorno só se vê a 10, a 20, a 30 anos. No caso da saúde ainda é mais problemático porque a prevenção que tem impacto na saúde não se faz só no orçamento da saúde. E aí está outro problema, que é o nosso velho drama das políticas públicas transversais e a forma como elas devem articular. Nós temos que simplificar processos e estruturas se queremos ter mais cruzamento. Depois precisamos de uma cultura diferente de funcionamento dentro da própria administração pública nesta matéria, é como se os recursos existentes fossem de estados diferentes, e não são, são todos do mesmo. E depois é a questão política, dos ciclos políticos, ou seja, quando eu estou a investir em prevenção eu não retiro um dividendo na próxima votação. Depois há ainda a questão da literacia. Quanto mais literada for a população, nomeadamente em matéria de saúde, mais a população apoiará medidas de investimento na prevenção. Se as pessoas entendem o que determinados sinais que estão a sentir podem significar, que são alertas para eventuais problemas psicológicos, podem atuar para evitar que venham a desenvolvê-los de facto. E neste ponto houve uma evolução positiva relativamente à compreensão das pessoas. O nosso modelo está muito distante do modelo clássico biomédico que também está em transformação. Portanto, hoje em dia, vai-se vendo mais, felizmente, respeito pela pessoa que frequenta o serviço, pela sua autonomia, e menos aquela atitude paternalista, diretiva e prescritora. A nossa intervenção é tudo menos prescritora. É muito pouco diretiva e isso significa que muitas vezes as intervenções passam por ajudar as pessoas a compreender porque é que aquela situação de saúde se desenvolveu e o que se está a passar ali.

Se nós não mudarmos a forma como olhamos para a prevenção e como agimos em termos de prevenção e promoção da saúde, não vejo como é que é possível que os sistemas públicos como o da saúde e o da segurança social tenham qualquer sustentabilidade daqui a alguns anos, nem que seja por uma questão demográfica. Daqui a 30 anos, 40% da população portuguesa tem mais de 60 anos. E não estou bem a ver como é que isso se suporta, com que economia, quer dizer, qual é o nível de

riqueza que teremos que ter para conseguir suportar as exigências de uma sociedade minimamente igualitária. Hoje em dia eu diria que uma grande parte da população ainda tem acesso a algumas coisas básicas, não a todas, mas a saúde psicológica de facto não está disponível para toda a gente.

Essa falta de acesso tem implicações na condição de saúde mental, não é? Há uma parte da população que está em enorme desvantagem...

Enorme desvantagem. E os números dizem-nos que estão a ser cada vez mais pessoas, não só pelo impacto da pandemia, mas também porque todo o *awareness* que temos hoje em dia permite que se identifiquem mais as situações. Não significa linearmente que agora todos estamos a sofrer mais porque a forma como vivemos em sociedade se alterou de um modo que sofremos mais. Eu não me precipitaria muito na conclusão generalista que este modo de vida que agora temos dá cabo de nós. Agora estamos a ver muito mais uma realidade que se calhar não víamos.

E depois isto é um círculo vicioso. Nós temos que associar isso com aquilo que acontece, por exemplo, com a pobreza e os impactos de não atendermos estas pessoas que já são por si só mais vulneráveis, o impacto que isto tem na sua condição socioeconómica e na sua capacidade de mobilidade social. Os problemas psicológicos são um fator de risco acrescido para o combate a essas situações, as de desigualdades, as da pobreza, porque limitam a capacidade da pessoa. Eu costumo falar de um efeito que está estudado em psicologia, uma espécie de estado mental de escassez. É como se nós limitássemos todo o nosso horizonte por via de um quadro mental de escassez. Há estudos de larga escala, com populações que vivem com rendimentos sazonais, que mostram uma variação tremenda, nas mesmas pessoas, entre um período de maior escassez e um período de maior abundância. E isto tem implicações na forma como as pessoas tomam decisões, há menos competência na tomada de decisão, ou seja, os mecanismos racionais para a resolução de problemas estão afetados, estão diminuídos, as pessoas cometem mais erros, e esses erros custam dinheiro. É mesmo um círculo vicioso.

E na verdade também aqui nós podemos encontrar algumas das explicações para que outros fenómenos de carácter social, por exemplo, o populismo, etc., sejam alimentados. Porque estas pessoas, claro que estão mais disponíveis, mais vulneráveis a estes enviesamentos. Portanto,

até para a coesão social a um nível mais de dimensão política, mais do combate aos extremismos, mais pontes, mais denominadores comuns, mais construções de soluções conjuntas, mais cooperação, e para isso é importante o bem-estar e a saúde psicológica das pessoas. Portanto é também por isso fundamental que se invista mais em promoção e em prevenção. E até agora tem sido apenas o Estado e muito pouco, apenas 1% do orçamento da saúde é prevenção propriamente dita.

Gostava de acrescentar algum aspeto que considere importante e que não tenha sido abordado?

Sim, há uma questão muito importante, que eu não referi: os locais de trabalho. Nós precisamos, e temos tido uma agenda muito forte para colocar isto em cima da mesa, de trabalhar muito mais as práticas de gestão e as lideranças numa perspetiva de adequação àquilo que são os conhecimentos que hoje em dia existem sobre os impactos destas práticas de gestão e dessas lideranças no bem-estar e na saúde das pessoas que trabalham nas organizações, e como é que isso depois impacta na produtividade e competitividade e mesmo na sustentabilidade dessas organizações. O que tem mais impacto na saúde e bem-estar no local de trabalho são as decisões que são tomadas por quem lidera as organizações. Portanto basicamente o que é importante é que temos que trabalhar com as lideranças e temos que trabalhar processos de trabalho e práticas da gestão.

Nós fizemos contas e verificámos que só as empresas privadas do setor não financeiro em Portugal durante o ano de 2019, apenas contabilizando custos diretos, perderam 3,2 mil milhões de euros devido a stress e outros problemas psicológicos nos locais de trabalho. São 3 pontes Vasco da Gama. Os empresários, de uma vez por todas, mais voluntariamente ou menos voluntariamente, têm que mudar alguma coisa nisto. Mas a maior parte das vezes, na melhor das hipóteses, a gestão coloca o problema do lado dos trabalhadores, ou seja, o melhor seria ensinarmos as pessoas a gerirem melhor o seu stress. Eu acho que é positivo que todos nós saibamos gerir melhor o stress. O que não faz sentido é fazer de conta que o único problema que existe é as pessoas não saberem gerir melhor o stress, porque se existirem fatores de risco psicossocial que estão a causar determinados níveis de stress, haverá pessoas que independentemente das competências que tenham de gestão de stress não vão conseguir lidar com a situação, e outras que conseguem durante algum tempo e depois deixam de lidar com ela porque a intensidade

e a duração a tornam insustentável. Portanto, por muitas vezes que nós demos, as duas coisas são importantes. Nós precisamos das pessoas mais resilientes, mas também precisamos que as organizações previnam. A prevenção dos riscos psicossociais é uma questão que não é ultrapassável. Temos defendido que não é uma matéria dos direitos e deveres das partes, é uma matéria de saúde pública. Só que é uma saúde que como não é tão visível quanto quando as pessoas têm uma perna partida e não conseguem trabalhar, não tem tido a atenção que devia ter. Precisávamos de tornar explícita não só a avaliação de riscos psicossociais, que já é obrigatória mas não está explícita como deveria estar, mas os planos de prevenção também deviam ser obrigatórios. Entre tantos programas de estímulo para as organizações, bem que se podia incluir um pacote de estímulo para que as empresas adotassem projetos de avaliação e prevenção. Porque isso seria uma boa medida para empurrar muitas organizações que quando o fizerem vão perceber que aquilo é rentável só por si, não precisam de estímulos nenhum para fazer porque estas medidas não são um custo. O que é um custo é o que têm agora por não estarem a fazer nada.

Finalmente, uma última questão. Na organização dos serviços, ainda é preciso estar a lembrar que os serviços na área de saúde mental não são serviços para a doença mental, isso é uma parte. O PRR tem 80 milhões destinados aos serviços para doença mental. Há mais de 15 anos que se está à espera que aquelas iniciativas aconteçam. Isso é muito positivo. Mas é muito importante que os responsáveis dentro da área e os responsáveis políticos consigam compreender que estes recursos são para uma coisa muito importante, mas apenas e só para a doença mental. Não há ali nada para prevenir. Não há ali nada para promover. Não há ali nada para as pessoas que têm problemas psicológicos, mas que não têm perturbações. Nada.

E é preciso também simplificar os circuitos para que as pessoas tenham acesso rápido àquilo que precisam. Menos estruturas, simplificação, chegar mais rápido, mecanismos para a gestão comum do que é para gerir comum, conjugar respeito pela especificidade de cada um com um trabalho multidisciplinar, mas no respeito de quem é que tem a competência para fazer o quê. Porque isso é que vai dar o melhor serviço possível às pessoas. E portanto é esta dimensão de *accountability*, de avaliação de efetividade das intervenções e de monitorização do que está a acontecer em termos de resultados, além do processo. Porque hoje em dia os resultados que existem são basicamente resultados de processo. É quantos atos é que foram praticados e mesmo assim, não são contabilizados

os atos todos, não é? E o resultado com a pessoa? Isso está longe de ser feito. Temos que conhecer a efetividade da intervenção. Portanto é para aí que temos que caminhar também.



António Reis Marques

Presidente do Colégio da Especialidade
de Psiquiatria da Ordem dos Médicos

Entrevista ao Presidente do Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos

*Entrevista conduzida por Francisco Nunes, Iscte-Saúde,
Professor Auxiliar do Departamento de Recursos Humanos e Comportamento
Organizacional (IBS, Iscte)*

Como vê o fenómeno da saúde mental e do bem-estar?

Qualquer visão que olhe para a saúde mental como uma pura disciplina da medicina, ou da psicologia é muito restritiva. Essa é uma conceção que este colégio (Colégio de Psiquiatria da Ordem dos Médicos) e o Programa Saúde Mental, que vai ser levado ao terreno, não têm. Nós relacionamos a saúde mental também com as várias áreas sociais, onde a pessoa humana se move. Por outro lado, a saúde mental de cada um relaciona-se com as expetativas, as frustrações, as ambições e o seu modo de vida. Ao olhar para saúde mental temos de ter uma mente aberta e perceber que esta vai muito além de temas como a depressão e a esquizofrenia. O entendimento da saúde mental requer uma visão global do Homem. Por isso, não há nenhuma política em saúde mental que tenha sucesso se não tiver esta abrangência, se não incorporar, mobilizar e introduzir outras áreas do conhecimento importantes, designadamente a sociologia, a psicologia e a reabilitação, entre outras. São áreas em que as pessoas com alguma crise ou uma má saúde mental, periódica ou até permanente, possam ser ajudadas. Quem deve coordenar a equipa que dá apoio à pessoa que não está bem mentalmente, é o psiquiatra.

Ele é quem tem conhecimentos psicológicos e médicos, devendo ter abertura para perceber a necessidade de incorporar as dinâmicas oriundas das outras áreas de conhecimento.

Portanto, a intervenção no campo da saúde mental deverá estar imbuída de uma visão ampla, holística. Como vê as políticas atuais neste domínio?

Até há pouco tempo havia uma percepção um pouco deformada da psiquiatria. Era uma área da medicina ostracizada quer a nível social quer a nível da prestação de cuidados. Havia, e há, estigmatização social. Por exemplo, os hospitais de apoio a este tipo de doentes eram normalmente fora da cidade e escondidos para que não se vissem. Em Lisboa também, mas na região Centro os hospitais psiquiátricos não tinham qualquer ligação com os outros. Isto modificou-se, mas apenas há vinte anos, tendo havido uma incorporação da psiquiatria nos hospitais e nas dinâmicas da saúde em geral. Contudo, isto não resolveu o problema e continua a existir uma dificuldade, não na relação com as outras áreas da medicina, mas nos aspetos culturais ligados à psiquiatria. Quando digo aspetos culturais refiro-me à forma como as pessoas que têm perturbações mentais são olhadas como estranhas, diferentes e por isso ostracizadas. Se não for de uma forma ostensiva, é de uma forma disfarçada real. No contexto laboral e na procura de emprego, por exemplo, as pessoas são renegadas para segundo plano. Isto deve-se a um deficit de educação para a saúde mental e de um entendimento geral de que estas alterações nunca nos vão atingir. Sabemos que dependem muitas vezes de aspetos genéticos, mas também das dinâmicas da vida de cada um, desde eventos desagradáveis, frustrações de ambições e expectativas não satisfeitas e de situações difíceis de resolver. Esta ação de esclarecimento nunca foi bem feita.

As famílias e as associações de doentes têm um papel importante a desempenhar?

Até há pouco tempo as dinâmicas sociais ligadas à saúde mental em que as famílias tivessem envolvimento quase que não existiam. As famílias, por si próprias, estigmatizavam os seus membros portadores de doença mental, não havia a nível social iniciativas que congregassem os diferentes atores interessados. Nos últimos anos foi elaborado um plano nacional de saúde mental que tem englobado todos estes aspetos. Fundamentalmente, este plano revela uma visão diferente e integrativa, segundo a qual a saúde mental só pode ser alcançada com contribuição de todos os agentes que trabalham na área social, profissional, cultural e da saúde em geral (médicos, enfermeiros e psicólogos), que podem dar o seu contributo no equilíbrio homeostático da pessoa, fazendo com que a pessoa se equilibre emocionalmente e se sinta bem com o tipo de vida que faz.

A nível nacional, falta dinheiro. Houve pouco investimento das autoridades. Hoje sabemos que há dinheiro para investir nesta área: perto de 90 milhões de euros que vêm da Europa e que nos vão permitir arrancar com este plano de uma forma estruturada. É necessário incorporar muitos profissionais, criar estruturas para este apoio e, fundamentalmente, é necessário intervir a nível da atitude e da comunidade. Uma alteração substancial da situação nacional necessita de uma intervenção perto das pessoas, conhecedora das suas dificuldades e preocupações, ajudando na resolução dos problemas, permitindo acesso fácil ao médico ou psicólogo, ter meios de recuperação profissional e políticas que integrem estes doentes, que não os afaste das dinâmicas sociais e da família. A separação, se a deixarmos “cronificar” (tornar crónica), traz dificuldades difíceis de ultrapassar. Basta pensarmos nesta pandemia em que cada um de nós se viu amputado de alguns aspetos do quotidiano, em especial do convívio com os outros, de uma vida social mais ativa, com impactos negativos mesmo nas pessoas saudáveis. Tudo isso tem interferência no nosso sentir e no nosso viver.

Mencionou o impacto acrescido da pandemia sobre a saúde mental e bem-estar. Terá esta pandemia afetado alguns segmentos população em particular, ou acabamos todos por ser tocados pelos seus efeitos?

É evidente que a pandemia apanhou toda a gente, mas os estratos sociais mais desfavorecidos e com poucas capacidades de se defenderem foram os grandes sofredores nesta área, porque não têm dinâmicas supletivas, não têm condições de criarem ambiência saudável e não têm habitação para viverem de forma confortável. O trabalho em casa (o teletrabalho) foi bom, mas criou algumas situações problemáticas. Sigo alguns doentes que se encontravam em situações em que tinham uma só sala que servia para a família estar toda em teletrabalho. Havia conflitos intrafamiliares porque não havia espaço e tempos de relaxamento e vivências diferentes daquele “concentracionismo”. A pandemia apanhou, fundamentalmente, este grupo e criou-lhes grandes dificuldades, embora toda a gente de uma maneira ou de outra as tenha sentido. Nota-se que as consequências na grande maioria da população resultam das ablações existentes nas várias áreas da vivência de cada indivíduo. Naturalmente que nas pessoas já doentes, se agudizou a sintomatologia. Na minha vida profissional noto que foi desde que começou a melhorar o aspeto global da pandemia que as pessoas começaram a procurar ajuda médica, porque houve uma altura em que não havia uma perceção completa das consequências da pandemia. Agora que houve um

aligeirar das medidas deu-se às pessoas uma possibilidade de respirarem e de solicitarem apoio para o seu sofrimento; infelizmente tudo pode voltar ao mesmo, em função da evolução.

Que elementos da política nesta matéria destacaria?

Qualquer política deve ir ao encontro das necessidades da comunidade recorrendo às estruturas dos cuidados primários, de profissionais de várias valências – que têm de ser recrutados rapidamente – e de uma organização e uma liderança correta. Há que corrigir os deficits, facilitar a ultrapassagem de dificuldades e permitir o acesso rápido aos cuidados de forma a garantir as condições mínimas de bem-estar a toda a população.

A saúde toda ela precisa de ser reorganizada nesse sentido. Neste momento trata-se de uma falta de liderança no sentido de pôr os atores a funcionar harmoniosamente e sem clivagens, haver um fluxo ágil entre os cuidados primários, os hospitais, as dinâmicas sociais e toda esta panóplia de recursos virada para o doente e para quem necessita. Não é só na área da saúde mental, é também nas outras, porque, por vezes, não há capacidade de intervenção uma vez que as conexões ainda não estão criadas. Temos excelentes técnicos, temos uma capacidade logística e tecnológica que não nos envergonha relativamente à realidade estrangeira, mas falta ainda a organização. Sem os recursos financeiros não há recrutamento de pessoas que são necessárias, por exemplo na recuperação socioprofissional (ainda faltam estruturas). O trabalho social é importantíssimo neste tipo de intervenção junto da comunidade e das pessoas. Neste momento existe vontade e temos uma pessoa à frente desse plano que reputo como competente, com características pessoais para liderar o processo e capaz de introduzir algo diferente no país. Conhece não só os aspetos profissionais, como tem perceção das dificuldades na superestrutura organizativa e, além disso é suficientemente audaz e inteligente para congregar as pessoas e desfazer alguma resistência que haja. Há que mostrar aos responsáveis que é necessário fazer algo introduzindo modificações porque, caso contrário, podemos ficar ainda mais atrasados na Europa, relativamente à prestação de apoio a estas pessoas. É recorrente que quando se fala de saúde mental se refere o “maluquinho” quando para outras patologias se diz que a pessoa “tem uma doença grave”. Hoje os estudos internacionais mostram que entre 50-60% da população que vai a um clínico geral ou ao centro de saúde é portadora de perturbações emocionais e de má saúde mental. São todos estes doentes que muitas vezes dificultam o trabalho mais calmo e sereno nos cuidados primários, que necessitando de ajuda de outros técnicos não médicos poderiam ser atendidos noutras

estruturas fora do centro de saúde. Estes técnicos devem fazer parte das equipas que trabalham na comunidade, correspondendo assim á importância da pluridisciplinaridade do trabalho conjunto.

Outro aspeto advém da dificuldade que a nossa população tem no acesso. Como têm esta dificuldade vão à urgência. Toda esta realidade que falámos está errada. São necessários o dinheiro e a organização, mas a liderança é o mais importante. Uma liderança que consiga introduzir modificações que levem os profissionais a trabalharem de uma forma agradável, com satisfação, bem remunerados e que consigam abordar facilmente a população. Estas lideranças não podem estar no Terreiro do Paço, são as lideranças locais, são as pessoas que na comunidade são capazes de congregar todos estes atores.

Podemos dizer então que há dois elementos fundamentais nesta liderança. Por um lado, uma liderança mais focada em mobilizar os profissionais e, por outro lado, uma liderança que promova o trabalho conjunto dos diferentes atores.

São notórios alguns “aflorescimentos” de um corporativismo que não se justifica, em que cada classe profissional anda à procura da presumível importância que tem. Mas a importância de cada um de nós é medida pela contribuição que as pessoas sentem que damos quando elas necessitam. Não podemos olhar para o nosso umbigo tentando, assim, resolver as coisas, temos de ter uma visão global e abrangente, aceitando que todos podemos ter um papel. A liderança, no apoio e na prestação de cuidados, deve ser médica só porque é a profissão que tem uma componente organicista, uma aptidão terapêutica da ordem psicofarmacológica e não só. Nós estamos neste momento muito empenhados em melhorar a formação dos psiquiatras dando-lhes estas perceções e formando-os corretamente em psicoterapias e dinâmicas sociais por forma a que o psiquiatra possa desempenhar cabalmente seu papel líderante

Isto significa também que algumas profissões reinterpretem o seu papel?

Exatamente, mas numa interação ajustada e harmoniosa. Se formos à Suécia, à Dinamarca, à Alemanha ou até à França, sabemos que as pessoas não medem a importância de qualquer profissão pelos nomes, mas pelo que pode dar à comunidade. Penso que nos tempos que se aproximam vamos ter de modificar algumas coisas.

Não há outra alternativa no atual estado de conhecimento que possa modificar a situação presente. Não temos só coisas más, o país foi capaz de

criar coisas engraçadas em pouco tempo, estamos em democracia há 40 anos. As modificações de postura e conceituais não são introduzidas na sociedade de forma rápida ou por decreto, isto requer algum tempo de sedimentação das coisas, de reflexão e das pessoas perceberem o que está em jogo. Temos uma tradição do “Senhor Doutor”, que era alguém que quase tinha poderes mágicos e místicos, mas pouco a pouco as pessoas e os médicos vão melhorando esses aspetos de ordem cultural e vão percebendo que sozinhos não resolvem tudo. Ainda sou do tempo em que o médico era um profissional que só existia nos concelhos e que sozinho, sem mais ninguém, tentava resolver tudo, e que quando havia necessidade, se deslocava às aldeias a casa do doente ou o recebia no consultório. Felizmente isso foi alterado e hoje há formas muito avançadas de intervenção. Penso que falta essencialmente o entrosamento entre os vários campos de intervenção.

Qual a importância da prevenção no domínio da saúde mental? O que precisa ser feito?

É fundamental a prevenção em todas as áreas da saúde e na saúde mental também. Quando me refiro a trabalharmos na comunidade, muitos dos aspetos são de prevenção (por exemplo: nas escolas e nos ATL criando-se condições de desenvolvimento harmonioso para as crianças). Não há formas de prevenir se não for com esta dinâmica comunitária porque é lá que estão as dificuldades, onde as pessoas vivem e têm os seus problemas. É também lá que nós temos de melhorar as aptidões e capacidades para que as coisas sejam ultrapassadas de uma forma saudável. Ensinar as crianças a resolver, de uma forma harmoniosa e saudável, os problemas é uma coisa, deixar que as dinâmicas se estabeleçam autonomamente podendo muitas vezes apontar, como porta de saída, a delinquência e miséria social, é outra. Devemos ter a nossa ação dirigida às pessoas com mais dificuldades fundamentalmente para as populações vulneráveis na saúde e nos aspetos sociais. Pelo menos termos capacidade de intervenção de modo a dar condições às crianças de desenvolvimento por forma a que não se estabeleçam desde logo patamares inaceitáveis de diferença de maturação. Vai haver sempre algumas diferenças. Aqui em Coimbra não há muito essa experiência, mas na periferia de Lisboa as condições de fatias importantes da população levam a que entrem em situações de delinquência, porque não lhes é dada outra alternativa. É uma tempestade perfeita e tudo acontece. Para concluir, não há boa saúde mental sem prevenção como também não há saúde em geral sem os aspetos preventivos. Mas na saúde mental há um trabalho que está por fazer e é esse trabalho que é necessário e urgente. Se não tivermos um poder central capaz de perceber

isto e que tenha preocupações de ordem social, que esteja imbuído só por teorias excessivamente liberais em que cada um se organiza e se desenvolve de acordo com as suas capacidades e condições, não vamos lá. É evidente que essa é uma forma de uma parte se autonomizar e desenvolver muito bem, mas há a grande maioria que não pode ser deixada á mercê dos aspetos menos favoráveis da vida. Sou um adepto do estado social e assumo isso. Acho que é necessário que o Estado olhe para todas as pessoas como cidadãos iguais e com os mesmos direitos. Só com políticas centrais é que isto se modifica. Estou convicto de que há disponibilidade e vontade de iniciarmos este caminho. Não sei se estas mesmas condições estão criadas e se há vontades conflituantes que não contribuam nada para a implantação deste tipo de concepções. Sou um otimista. Aceito que o povo é soberano, mas é necessário que ele perceba o que está em jogo neste momento, é necessário que algo não volte para trás e que se introduzam dinâmicas que melhorem os aspetos vivenciais da nossa população. E assim criar na educação e na saúde condições para termos cidadãos mais desenvolvidos, mais autónomos, saudáveis e com bem-estar.



PARTE 2

**Saúde mental e bem-estar:
contributos plurais
da comunidade científica**



1.

Psicopatologia, cultura e desafios sociais contemporâneos: uma mudança crítica em saúde mental

Carla Moleiro

*Professora Associada do Departamento de Psicologia Social e das Organizações (ECSH)
e Investigadora do CIS-IUL Iscte*

<https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/carla-moleiro/cv>

RESUMO

Ao aprofundar o conceito de psicopatologia e partindo dos contributos da psicologia crítica da saúde, no presente capítulo defendemos que a promoção da saúde mental e do bem-estar psicológico *de todas as pessoas* nas sociedades contemporâneas requer a expansão do enfoque individual para o coletivo e uma compreensão da saúde mental e da doença mental nos seus contextos sociais, culturais, políticos e históricos mais amplos. As preocupações com a justiça social e as disparidades nos cuidados de saúde mental serão ilustradas através de estudos com diferentes grupos e populações, incluindo pessoas LGBTQI+, migrantes e refugiados. Por fim, examinamos estudos com pessoas trans e diversas do ponto de vista das identidades de género sobre a autodeterminação. Serão também discutidas as consequências para a formação clínica em diversidade de profissionais de saúde.

Palavras-chave: saúde mental; psicologia crítica da saúde; cultura; grupos sociais marginalizados; formação clínica em diversidade.

SOBRE O CONCEITO DE SAÚDE MENTAL E O PAPEL DA CULTURA

Ao longo dos anos, várias conceptualizações sobre saúde mental e doença mental têm sido propostas, tendo as mesmas evoluído com a nossa compreensão sobre psicopatologia e experiências de bem-estar. Historicamente, a definição de doença mental foi marcada pela noção de fenómenos psicológicos anormais, atípicos e/ou desviantes da norma, tanto a nível da sua frequência como da convenção social. Aparentemente simples e atraente do ponto de vista do senso comum, esta abordagem apresenta vários desafios. Estes incluem, nomeadamente, a subjetividade (por exemplo: quão diferente da norma deve um fenómeno ser, para ser considerado patológico) e o facto de ser fundamentada em valores, crenças e práticas que estão em constante mudança e dependentes dos seus contextos, ao invés de ser definida cientificamente (Maddux, Gosselin & Winstead, 2016). Acontece que, “atípico” pode revelar-se em competências extraordinárias ou até genialidade; e, às vezes, agir contra as normas ou convenções socialmente estabelecidas pode, de facto, constituir uma resposta saudável. É de referir também que esta abordagem tem contribuído, fortemente, para a estigmatização da doença mental, que tem ocorrido até aos dias de hoje (Rössler, 2016).

Atualmente, as conceções sobre saúde mental têm-se concentrado, sobretudo, no papel do sofrimento subjetivo, da disfunção e da incapacidade. Por outras palavras, a presença de sofrimento subjetivo clinicamente significativo experienciado pelo indivíduo e o prejuízo ou incapacidade resultante em uma ou mais áreas do seu funcionamento (seja este social, ocupacional ou educacional) são os elementos centrais para se caracterizar uma psicopatologia (American Psychiatric Association; APA, 2013).

Mais recentemente, foram feitos progressos em vários domínios que vieram ajudar a aprofundar a nossa compreensão da psicopatologia e promover esforços no sentido da prevenção e da intervenção em saúde mental. A psicopatologia do desenvolvimento tem abordado o desenvolvimento humano com o objetivo de analisar os mecanismos e processos envolvidos nas trajetórias e manifestações psicopatológicas na infância e adolescência, bem como ao longo do ciclo de vida (Rutter, 2013). As bases neurobiológicas da psicopatologia têm sido exploradas, incorporando contribuições oriundas dos avanços na genética (e.g. genoma humano) até ao funcionamento cerebral (e.g. através da neuro-imagem), assim como a vulnerabilidade a certas perturbações,

A definição de doença mental foi marcada pela noção de fenómenos psicológicos anormais, atípicos e/ou desviantes da norma, tanto a nível da sua frequência como da convenção social

a sensibilidade e reatividade a estímulos, as bases da personalidade e a sua variabilidade (Nikolas, Markon & Tranel, 2016). Atualmente, admite-se que a compreensão da saúde mental e da doença mental a partir de apenas um nível de análise não é suficiente. Há que ter em consideração múltiplas dimensões e variáveis que operam e que se influenciam dinamicamente umas às outras. Estas incluem o meio social e cultural.

A cultura e o contexto social condicionam e moldam todos os aspetos das nossas experiências. Como tal, também moldam as experiências de saúde e de doença, em particular aquelas que dizem respeito ao bem-estar psicológico, emocional e social. Nos últimos anos, a cultura passou a ocupar um lugar de destaque no estudo da psicopatologia, desde os trabalhos seminais de Kleinman (1980, 1988) a Kirmayer (2006). Segundo o *Department of Health and Human Services* dos Estados Unidos, “as origens culturais das pessoas afetam todos os aspetos da saúde e doença mental, incluindo os tipos de stress que enfrentam, se procuram ajuda, que tipo de ajuda procuram, quais são os sintomas e as preocupações que trazem à atenção clínica, e que tipos de estilos de *coping* e apoios sociais possuem” (U.S. Department of Health and Human Services, 2001, p. ii).

SOBRE AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA CRÍTICA DA SAÚDE PARA AS QUESTÕES DA SAÚDE MENTAL

Outra contribuição importante para a nossa visão sobre a saúde mental provém da psicologia crítica (Fox, Prilleltensky & Austin, 2009), especificamente do seu impacto no desenvolvimento da psicologia crítica da saúde (Horrocks & Johnson, 2012). Ao focar-se no estudo da saúde e bem-estar de indivíduos, grupos e comunidades, a psicologia crítica da saúde procura explorar as relações entre a saúde e os contextos sociais, culturais e globais mais amplos, com o objetivo de melhorar os *outcomes* de saúde e bem-estar. É importante salientar que a sua missão central é contribuir para a *transformação de um mundo não-saudável* (Morison, Lyons & Chamberlain, 2019). Esta perspetiva crítica da psicologia da saúde implica “fazer parte de um projeto moral de transformação individual e social, ao invés de aceitar (ou reforçar) o *status quo*, e assim requer abordagens radicalmente diferentes, novas agendas, teorias e métodos” (Hepworth, 2006, p. 332). Assim, os/as psicólogos/as da saúde nesta perspetiva crítica admitem a sua insatisfação com os pressupostos positivistas das abordagens convencionais em psicologia e com a falta de envolvimento em questões sociais e políticas. Alguns/as (ver Morison, Lyons & Chamberlain, 2019) argumentam que o modelo biopsicossocial, tomando em consideração

fatores contextuais, não é suficiente (colocando o foco ao nível individual nos comportamentos de saúde, como nos modelos da cognição social e modelos de comportamento de saúde), ao não reconhecer questões de poder, do papel das instituições, da economia política, dos *media*, etc., as quais impactam várias dimensões da saúde de formas múltiplas e complexas e, por vezes, até contraditórias. Deste modo, a psicologia crítica da saúde tem defendido o aumento do interesse em teorias e abordagens como o feminismo e o construcionismo social, o recurso a investigação qualitativa, com metodologias participativas e colaborativas, incluindo projetos comunitários, etnografia, e pesquisas discursivas e narrativas; a maior consciencialização das dimensões sociais, políticas e culturais da saúde, nomeadamente a pobreza, o racismo, o sexismo e outras discriminações e o compromisso ativo para com a melhoria do bem-estar de grupos socialmente marginalizados (Morison, Lyons & Chamberlain, 2019).

UMA MUDANÇA CRÍTICA PARA A SAÚDE MENTAL

Partindo da psicologia crítica da saúde, argumentamos que a promoção do bem-estar psicológico de *todas as pessoas* requer a expansão do enfoque individual para uma perspetiva social e, conseqüentemente, requer uma compreensão mais ampla da saúde mental e da doença mental nestes contextos sociais, culturais, políticos e históricos. Esta perspetiva acarreta várias conseqüências para o estudo da psicopatologia e para os seus principais modelos etiológicos (por exemplo, biomédico, psicodinâmico, cognitivo-comportamental). Em primeiro lugar, assumindo uma perspetiva construcionista social, implica reconhecer que as conceções de doença mental são, também, construídas socialmente, tanto pelo consenso profissional e o seu poder, como pelas próprias representações sociais leigas sobre o sofrimento humano (Maddux, Gosselin & Winstead, 2016). Também se reconhece que as manifestações de angústia e (dis) funcionalidade são dinâmicas e que estas estão situadas num contexto histórico e cultural específicos. Propostas recentes de perturbações em espectro ou continuum, ao invés de categorias discretas, refletem este princípio, assim como as revisões dos sistemas de classificação ao longo do tempo (APA, 2013). Em segundo lugar, é reconhecida, tanto a nível da investigação na área da saúde mental como na prática, a necessidade de aprofundar a análise social na promoção das questões da justiça social. A psicoterapia ou aconselhamento

Partindo da psicologia crítica da saúde, argumentamos que a promoção do bem-estar psicológico de todas as pessoas requer a expansão do enfoque individual para uma perspetiva social

multicultural (Ratts & Pedersen, 2014; Sue & Sue, 2008) e as psicoterapias afirmativas (Ritter & Terndrup, 2002) são alguns dos exemplos de abordagens clínicas que já adotaram este princípio. Psicólogos/as e psicoterapeutas podem contribuir para as questões de justiça social através do seu envolvimento ativo na defesa dos direitos da comunidade e intervenção na mesma e no desenvolvimento de políticas públicas, estando cientes, ao mesmo tempo, de que o poder e a sua distribuição assimétrica podem contribuir para a discriminação sistêmica, assim como para o stress minoritário (Goodman & Gorski, 2015), com impactos inegáveis na saúde mental.

SOBRE AS QUESTÕES DE JUSTIÇA SOCIAL EM SAÚDE MENTAL E GRUPOS SOCIALMENTE MARGINALIZADOS

As preocupações com a justiça social e as disparidades na saúde mental têm sido o ponto de partida para uma série de estudos com diferentes grupos e populações socialmente marginalizados ou estigmatizados, incluindo minorias étnicas, migrantes e refugiados e pessoas LGBTQI+. O stress minoritário (Meyer, 2003), assim como o stress aculturativo e outros factores de stressores pós-migratórios (Bhugra et al, 2011) demonstraram contribuir para a vulnerabilidade diversas perturbações psicológicas, dado que estes grupos estigmatizados podem estar expostos a um maior número de factores de risco (e.g. relacionados com o estatuto legal, a discriminação percebida, a exclusão social e a vitimização). Por exemplo, entre os refugiados, um conjunto diversificado de stressores pré- e pós-migratórios tem sido associado a um vasto número de consequências sociais e de saúde mental adversas (Hynie, 2018; Siriwardhana, Ali, Roberts & Stewart, 2014). A relação entre a migração e a saúde mental também tem sido explorada (Bhugra, 2004), tendo esta efeitos variados em diferentes grupos (por exemplo, mulheres, crianças e jovens, adultos mais velhos) e em fases distintas do processo de migração (Bhugra et al, 2011). Além disso, tem-se verificado que as populações de mulheres lésbicas, homens gay e pessoas bissexuais apresentam um risco acrescido de desenvolvimento de perturbações de humor e de ansiedade, incluindo perturbação de stress pós-traumático e risco de suicídio, entre outros (e.g. King et al, 2008). Na investigação desenvolvida pela nossa equipa, estas questões têm sido exploradas, nomeadamente, as experiências de menores refugiados (Moleiro & Roberto, 2021)

Na investigação desenvolvida pela nossa equipa, estas questões têm sido exploradas, nomeadamente, as experiências de menores refugiados

e das suas partes interessadas (Roberto, Moleiro & Lemos, 2020); resiliência entre migrantes (Roberto & Moleiro, 2016); necessidades de cuidados de saúde mental de migrantes (Moleiro, Freire & Tomsic, 2013) e populações LGB (Moleiro & Pinto, 2012); promoção da equidade na prestação de cuidados de saúde mental a clientes diversos (Moleiro et al., 2018); e estudos com pessoas com experiências e posições interseccionais como migrantes LGBTQI+ (Solntseva, 2019).

Uma contribuição importante para a noção de doença mental e para a reflexão crítica sobre as mudanças de paradigma na classificação de psicopatologias surge do trabalho sobre o bem-estar e cuidados de saúde afirmativos com pessoas transgénero e diversas do ponto de vista da identidade de género (*transgender and gender diverse persons*, TGGD) (ver Moleiro & Pinto, 2015). Desde que surgiu pela primeira vez nos principais sistemas de diagnóstico, ocorreram mudanças significativas no que diz respeito à compreensão da identidade de género e à sua congruência (ou inconsistência) com o sexo atribuído à nascença. A recente mudança de paradigma nesta área (Drescher, 2009, 2013) reflete, por um lado, a compreensão do sexo e género como construções não-binárias, abandonando os pressupostos binários subjacentes às noções iniciais de “transexualismo”. Por outro lado, esta mudança refere-se a uma reorientação do foco na identidade do indivíduo (percebida como “perturbada” na “Perturbação de Identidade de Género”) para uma condição de sofrimento subjetivo, que pode *ou não* ser experienciado durante um período da vida mediante a inconsistência entre o sexo atribuído à nascença e a forma como alguém se identifica em termos de género num processo fluído e dinâmico (denominada “Disforia de Género” em DSM-5, APA, 2013). Atualmente é reconhecido que a identidade de género é definida como o sentimento interno e profundo de uma pessoa, enquanto homem, mulher, ambos ou misto, ou um género alternativo (Associação Psicológica Americana, APA, 2015). É de referir também que, atualmente, é reconhecido que os indivíduos TGGD são uma população heterogénea em termos de género, orientação sexual, etnia, estatuto migratório e outras características (Pinto & Moleiro, 2015) e que enfrentam preconceito e estigma social, sendo um dos maiores grupo-alvo em termos de discriminação (ver Moleiro & Pinto, 2015). Assim, não é surpreendente que as pessoas trans revelem deter maior risco de desenvolver uma variedade de condições psicológicas, incluindo perturbações de ansiedade e depressão (Mustanski, Garofalo, & Emerson, 2010). É importante salientar que a ideação suicida e as tentativas de suicídio nesta população são maiores

A identidade de género é definida como o sentimento interno e profundo de uma pessoa, enquanto homem, mulher, ambos ou misto, ou um género alternativo

do que entre a população LGB e os seus pares cisgênero (Maguen & Shipherd, 2010). Em particular, a adolescência foi identificada como o período de maior risco no que diz respeito à saúde mental em pessoas TGGD (Dean et al., 2000).

Os cuidados de saúde trans-afirmativos e a autodeterminação (APA, 2015; Lev, 2004) têm sido defendidos como formas de prevenir e/ou reduzir a disforia de gênero. Em Portugal, o nosso próprio trabalho (Moleiro & Pinto, 2020) evidenciou como a mudança no quadro legal para o reconhecimento da identidade de gênero teve um impacto positivo na satisfação com a vida no bem-estar psicológico e social dos indivíduos, e abriu o caminho para a autodeterminação no reconhecimento legal da identidade de gênero. Também Russell, Pollitt, Li e Grossman (2018) demonstraram que, em crianças e adolescentes, o uso do nome escolhido em múltiplos contextos (i.e. a possibilidade do/a/e jovem ser tratado/a/e pelo pronome e nome da sua escolha) estava associado a níveis mais baixos de depressão, ideação suicida e comportamentos suicidas. Estes trabalhos ilustram as dimensões sociais, políticas e culturais da saúde mental, alargando assim as suas fronteiras, como também demonstram o compromisso ativo na melhoria do bem-estar de grupos marginalizados.

SOBRE O FUTURO DA FORMAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E PRÁTICA

Para completar uma perspetiva crítica sobre a saúde mental, é necessário abordar, por um lado, a necessidade de formar profissionais de saúde em competências para a diversidade, e por outro, apelar à ação e a formas de tornar mais estreita a ligação entre a investigação, a teoria e a prática na promoção da justiça social.

*Para completar uma
perspetiva crítica
sobre a saúde mental,
é necessário abordar,
por um lado, a
necessidade de formar
profissionais de saúde
em competências para a
diversidade*

No que diz respeito à formação, a competência cultural (Kirmayer, 2012) foi proposta como uma estratégia para responder à diversidade nas sociedades contemporâneas e tornar os serviços de saúde mental mais acessíveis, sensíveis e eficazes para as diversas comunidades – incluindo com base na idade, sexo e gênero, orientação sexual, identidade de gênero, etnia, migração, religião, classe social, língua e diversidade funcional. Apesar de existir debate sobre conceitos relacionados com a competência cultural, como segurança cultural, sensibilidade cultural, responsividade cultural, e humildade cultural (Kirmayer, 2012), existe consenso sobre a necessidade de cuidados centrados na pessoa para responder às disparidades em saúde. A maioria das propostas de competência cultural

de profissionais de saúde parte de um modelo tridimensional, que integra (i) a consciência do próprio e dos outros, assim como das atitudes e preconceitos do/a profissional; (ii) os conhecimentos técnicos e específicos (e.g. stress aculturativo, stress minoritário, modelos de desenvolvimento da identidade, desigualdades em saúde mental); e (iii) competências clínicas e práticas organizacionais (Moleiro, 2018). Delgadillo (2018) defende a necessidade de uma melhor integração da literatura sobre desigualdades sociais, desequilíbrios de poder e competência cultural nos planos de estudo de profissionais de saúde e na formação de clínicos.

Finalmente, a psicologia crítica da saúde reforça o apelo à ação, que vá para além da própria *crítica* (Morison, Lyons, & Chamberlain, 2019). Defende-se a necessidade de mudança nas metodologias e agendas de investigação, bem como nas práticas clínicas e políticas públicas. É ainda defendido o esforço de colmatar o fosso entre a academia e a comunidade. A resolução destas lacunas e a integração da competência cultural constituem desenvolvimentos-chave na promoção da saúde mental de *todas as pessoas*.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70(9), 832–864.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0039906>
- Bhugra D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand*, 109(4), 243–58. doi: 10.1046/j.0001-690x.2003.00246.x
- Bhugra, D., Gupta, S., Bhui, K., Craig, T., Dogra, N., Ingleby, J. D., Kirkbride, J., Moussaoui, D., Nazroo, J., Qureshi, A., Stompe, T., & Tribe, R. (2011). WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(1), 2–10. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00002.x>
- Dean, L., Meyer, I. H., Robinson, K., Sell, R. L., Sember, R., Silenzio, V. M. B., et al. (2000). Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: findings and concerns. *J. Gay Lesbian Med. Assoc.* 4, 102–151. doi: 10.1023/A:1009573800168
- Delgadillo, J. (2018). Worlds apart: social inequalities and psychological care. *Counseling & Psychotherapy Research*, 18, 111–3. 10.1002/capr.12168
- Drescher, J. (2009). Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality. Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Arch. Sex. Behav.* 39, 427–460. doi: 10.1007/s10508-009-9531-5
- Drescher, J. (2013). Controversies in gender diagnoses. *LGBT Health* 1, 10–14.
- Goodman, R. D. & Gorski, P. C. (Eds) (2015). *Decolonizing “multicultural” counseling through social justice*. New York, NY: Springer.
- Fox, D., Prilleltensky, I. & Austin, S. (2009). *Critical Psychology: An introduction* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hepworth, J. (2006). The emergence of critical health psychology: Can it contribute to promoting public health? *Journal of Health Psychology*, 11(3), 331–341. doi:10.1177/1359105306063298
- Hynie, M. (2018). The social determinants of refugee mental health in the post-migration context: A critical review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(5), 297–303.
- Horrocks, C., & Johnson, S. (2012). *Advances in health psychology: Critical approaches*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S.S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 70. doi:10.1186/1471-244X-8-70
- Kirmayer, L.J. (2006). Beyond the ‘new cross-cultural psychiatry’: cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcultural Psychiatry*, 43, 126–44. 10.1177/1363461506061761
- Kirmayer, L.J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49, 149–64. 10.1177/1363461512444673
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman A. (1988). *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York: Free Press.
- Lev, A. I. (2004). *Transgender Emergence: Therapeutic Guidelines for Working with Gender-Variant People and their Families*. New York, NY: Haworth Clinical Practice Press.
- Maddux JE, Gosselin JT, Winstead BA. (2016) Conceptions of psychopathology: a social constructionist perspective. In JE Maddux and BA Winstead (4th ed), *Psychopathology: Foundations for a Contemporary Understanding* (pp. 3–17). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Maguen, S., & Shipherd, J. (2010). Suicide risk among transgender individuals. *Psychol. Sex.* 1, 34–43. doi:10.1080/19419891003634430

- Meyer, I. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674–97. [10.1037/0033-2909.129.5.674](https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674)
- Moleiro, C. (2018). Culture and Psychopathology: New Perspectives on Research, Practice, and Clinical Training in a Globalized World. *Frontiers in psychiatry*, 9, 366. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00366>
- Moleiro, C. & Pinto, N. (2015). Sexual orientation and gender identity: review of concepts, controversies and their relation to psychopathology classification systems. *Frontiers in Psychology*, 6:1511. [doi:10.3389/fpsyg.2015.01511](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01511)
- Moleiro, C. & Pinto, N. (2020). Legal gender recognition in Portugal: a path to self-determination”. *International Journal of Gender, Sexuality and Law*, 1, 218-240.
- Moleiro, C., Freire, J. & Tomsic, M. (2013). Immigrants’ Perspectives on Clinician Cultural Diversity Competence: A qualitative study with immigrants in Portugal. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 9(2), 84-95. [Doi:10.1108/IJMHS-05-2013-0003](https://doi.org/10.1108/IJMHS-05-2013-0003)
- Moleiro, C., Freire, J., Pinto, N., & Roberto, S. (2018). Integrating diversity into therapy processes: The role of individual and cultural diversity competences in promoting equality of care. *Counselling and Psychotherapy Research (Special Issue on Social Inequalities and Psychological Care)*, 18(2), 190-198. [Doi:10.1002/capr.12157](https://doi.org/10.1002/capr.12157)
- Moleiro, C. & Pinto, N. (2012). Improving Provision of Effective Psychological Care for LGB Persons: Client Perceptions of Diversity Competencies of Clinical Psychologists and Psychotherapists. *Revista Psicologia*, 26(1), 97-108
- Moleiro, C. & Roberto, S. (2021). The Path to Adulthood: A Mixed-Methods approach to the exploration of the experiences of Unaccompanied Minors in Portugal. *Journal of Refugee Studies*, 34(3), 3264-87. <https://doi.org/10.1093/jrs/feab033>
- Morison, T., Lyons, A., & Chamberlain, K. (2019). Critical Health Psychology: Applications for Social Action. In K. C. O’Doherty, and D. Hodgetts (eds), *The Sage handbook of applied social psychology* (pp. 215-231). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mustanski, B. S., Garofalo, R., & Emerson, E. M. (2010). Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *Res. Pract.* 100, 2426–2432. [doi:10.2105/AJPH.2009.178319](https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.178319)
- Nikolas, M., Markon, K. & Tranel, D. (2016). Psychopathology: A neurobiological perspective. In JE Maddux and BA Winstead (4th ed), *Psychopathology: Foundations for a Contemporary Understanding* (pp. 27–58). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pinto, N. & Moleiro, C. (2015). Gender trajectories: Transsexual people coming to terms with their gender identities. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 12-20. doi.org/10.1037/a0036487
- Ratts, M.J, & Pedersen, P.B. (2014). *Counseling for Multiculturalism and Social Justice: Integration, Theory, and Application* (4th ed). Alexandria, VA: ACA.
- Ritter, K.Y. & Terndrup, A.I. (2002). *Handbook of Affirmative Psychotherapy with Lesbians and Gay Men*. New York, NY: Guilford Press.
- Roberto, S., Moleiro, C. & Lemos, L. (2020). Stakeholders perspectives on unaccompanied minors. *Journal of Constructivist Psychology*, 34(1), 23-35. <https://doi.org/10.1080/10720537.2019.1701592>
- Roberto, S. & Moleiro, C. (2016). Looking (also) at the Other Side of the Story. Resilience Processes in Migrants. *Journal of International Migration and Integration/Revue del integration et de la migration internationale*, 17(3), 929-946. [Doi:10.1007/s12134-015-0439-8](https://doi.org/10.1007/s12134-015-0439-8)
- Rössler, W. (2016). The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. *EMBO reports*, 17(9), 1250–1253. <https://doi.org/10.15252/embr.201643041>
- Russell, S.T., Pollitt, A.M., Li, G. & Grossman, A.H. (2018). Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 63(4), 503-505. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003>
- Rutter, M. (2013). Developmental psychopathology: A paradigm shift or just relabeling? *Development and Psychopathology*, 25, 1201-13.

- Siriwardhana, C., Ali, S. S., Roberts, B., & Stewart, R. (2014). A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. *Conflict and Health*, 8(1), 1-14.
- Solntseva, S. (2019). *(Trans)forming queer in migration narratives: the case of Russian gender/sexually nonconforming migrants in Berlin*. Master dissertation in GLOBAL MINDS, Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL).
- Sue, D.W., & Sue, D. (2008). *Counseling the Culturally Diverse: Theory and Practice* (5th ed.). New Jersey: Wiley.
- U.S. Department of Health and Human Services (2001). *Mental Health, Culture, Race and Ethnicity-A supplement to Mental Health: A report of the Surgeon General*, Rockville, MD: Author.



2.

O medo em períodos epidémicos: abordagem histórica

Maria Antónia Pires de Almeida

Investigadora do CIES-Iscte

<https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/author-public-page-2150/cv>

RESUMO

A saúde mental em períodos epidémicos é um tema recorrente, tanto como as próprias epidemias. A partir de uma investigação sobre notícias e anúncios publicados na imprensa generalista, tomamos consciência da importância da divulgação do conhecimento científico a um público alargado e dos temas abordados nesses períodos de crises sanitárias, que afetaram a economia, a sociedade e a política. Neste artigo aborda-se o efeito que as novas doenças tiveram no comportamento mais íntimo das populações afetadas. Desde o medo ancestral dos hospitais, lugares associados a uma morte certa, ao pavor do desconhecido, perante doenças cujas causas e respetivos tratamentos ainda não tinham sido identificados pela ciência. As medidas sanitárias aplicadas pelas autoridades sempre despertaram reações antagónicas pelas privações a que sujeitavam as populações atingidas. A partir de meados do século XIX os jornais diários foram veículos fundamentais na transmissão dos conhecimentos científicos, dos conselhos e normas sanitárias e das discussões que essas novidades originaram.

Palavras-chave: jornais, epidemia, medo, culpa, castigo

Numa investigação sobre epidemias e períodos pandémicos no século XIX e início do século XX, tendo como fonte as notícias e anúncios publicados na imprensa generalista, verificaram-se as preocupações das autoridades de saúde em divulgar os conhecimentos da época sobre as doenças, sua prevenção e tratamentos conhecidos, conselhos sanitários e higiênicos, assim como os redatores dos jornais tiveram um papel fundamental na publicação destas informações, nunca deixando de expressar claramente os seus pareceres e opiniões sobre as medidas de contenção adotadas pelos governos. Em épocas de enormes carências na assistência pública aos doentes, os próprios jornais tomaram iniciativas de organização de recolhas de fundos para melhorar a vida dos grupos mais afetados pelas situações de carência provocadas pelas doenças e pelas consequências das medidas sanitárias e cercos militares às cidades. Entre os temas abordados, o medo assume uma importância que se reflete nas notícias sobre as doenças, especialmente devido à novidade e ao desconhecimento sobre as novas epidemias que assolaram a Europa, apanhando os médicos de surpresa e sem grandes possibilidades de diagnóstico, nem de tratamento.

Perante uma população enfraquecida por condições de higiene e alimentação deficientes, aliadas a doenças endémicas que mantinham o crescimento populacional e a esperança de vida a níveis muito baixos, a primeira pandemia de cólera que chegou à Europa e aos Estados Unidos nos anos 30 do século XIX constituiu um choque que abalou as estruturas morais e culturais do mundo ocidental. A sucessão de vagas epidémicas desta doença, cuja transmissão só foi estabelecida de forma científica décadas depois, originou discussões em Conferências Sanitárias Internacionais que reuniram os melhores especialistas da época de todos os países envolvidos, numa tentativa de estabelecimento de regras comuns para o controlo da disseminação e para minimizar “as demoras e os incómodos que sujeitavam o comércio internacional” (Garnel, 2009). Num mundo já globalizado, onde a circulação de matérias primas e de produtos manufaturados assumia importância crescente, a interdição dos portos nestas crises sanitárias provocava estrangimentos que punham em causa o abastecimento alimentar, especialmente em países como Portugal, que nunca foi autossuficiente nesse setor da sua economia. O mesmo se aplicava aos cordões sanitários, que impediam a circulação de pessoas e mercadorias, o que levava diretamente a situações de carência generalizada e fome.

Portanto, ao medo da doença associava-se o medo das consequências das medidas sanitárias para conter as epidemias e da paralisia económica daí resultante.

Em épocas de enormes carências na assistência pública aos doentes, os próprios jornais tomaram iniciativas de organização de recolhas de fundos

Eram vários os medos que assolavam as populações e que ficaram expressos nas páginas dos jornais ao longo do século XIX. A começar pelo medo associado aos conceitos de culpa e pecado. Num país católico e com forte influência da Igreja, mesmo em períodos revolucionários em que o anticlericalismo prevaleceu, a questão dos comportamentos afetava o modo como as pessoas se relacionavam com o corpo. Se algo de mal acontecia, o motivo era mais facilmente atribuído a causas divinas, especialmente na ausência de explicações científicas e de tratamentos eficazes. Com a disseminação da cólera por todas as classes sociais, independentemente de boas ou más ações, essa estrutura de pensamento foi colocada em causa, o que certamente terá contribuído para o mal-estar de uma sociedade que não tinha ainda a capacidade científica para resolver o problema.

*Se algo de mal acontecia,
o motivo era mais
facilmente atribuído
a causas divinas,
especialmente na ausência
de explicações científicas e
de tratamentos eficazes*

Assim, e para contrariar a tendência das autoridades para cordões sanitários e medidas drásticas de proibição de liberdade de circulação e de comércio, desde meados do século XIX encontramos notícias que não só negam a epidemia, como a atribuem a comportamentos desviantes, aumentando a responsabilidade pessoal sobre a transmissão da doença e criando ainda mais medo e até terror.

“Estamos no período que mais é para recear, estamos no tempo dos pepinos, das ameixas, das frutas mal sazoadas, que os nossos camponeses, não por fome, mas por vício e repreensível abuso não deixam de comer” (*O Século*, 14/08/1855).

Eram estes os argumentos usados para negar a epidemia de cólera em 1855 em Portugal: que os pobres estavam doentes por sua própria culpa, porque tinham vícios e comportamentos repreensíveis. Assim, todas as medidas sanitárias decretadas pelas autoridades, particularmente no Porto, onde se impôs a quarentena aos navios e ao trânsito e a proibição dos mercados, foram vistas como desnecessárias. Especialmente importante: era preciso restabelecer a liberdade do comércio (Almeida, 2013b). Os jornais do Porto foram particularmente ativos nesta campanha pelo fim do cordão sanitário, protestando contra as “medidas ineptas, que muito prejudicam o público, e especialmente a classe comercial” (*O Comércio*, 16/05/1855). E os conselhos higiênicos multiplicaram-se: a cólera “evita-se com facilidade. O que é mister é não ter medo, e observar os preceitos higiênicos...” (*O Século*, 13/05/1855). E estes eram o isolamento dos doentes e a limpeza das casas e das roupas, salientando-se a importância de abrir as janelas e arejar as casas e livrar-se dos “miasmas pútridos”, considerados a principal origem de contaminação.

“O melhor meio de purificar o ar de um quarto atualmente ocupado por um enfermo é renová-lo, abrindo as portas e as janelas (...) Os que vivem em

casas de campo, quintas ou casas, além da limpeza e ventilação dos quartos, não devem consentir ao pé de casa esterqueiras, nem águas estagnadas, porque produzem exalações que podem causar febres pútridas, especialmente durante os calores do verão...” (*O Comércio*, 06/06/1855).

Quando as feiras e os mercados foram proibidos em junho de 1855, a imprensa reagiu na defesa do comércio local, dos pequenos produtores e dos consumidores: “Nós já demonstrámos, e ainda ninguém nos convenceu do contrário, que a suspensão dos grandes mercados é um mal e um recurso desesperado, que, sem reconhecida vantagem sobre a invasão de cólera, é origem de graves transtornos para o comércio (...) que danifica visivelmente todas as indústrias...” (*O Comércio*, 26/07/1855). “Se, como se crê geralmente, a fome é uma das causas que mais tem concorrido para a moléstia, a proibição das feiras irá aumentá-la” (*O Comércio*, 30/07/1855). “O proibir as feiras é uma calamidade superior à transmissão do mal, porque o mal resultante é muito maior aumentando a miséria...” (*O Comércio*, 01/08/1855). Para piorar a situação, alguns médicos abandonaram as populações à sua sorte, assim como as autoridades: “Sabemos, com certeza, que as autoridades de Caminha, militares, judiciárias e fiscais, fugiram daquela vila com medo da cólera!!!” (*O Século*, 04/11/1855). Não admira assim que para além do medo do castigo divino, as populações se vissem desamparadas, o que, segundo os jornais da época, ainda aumentava mais os sintomas da cólera: “o terror é uma das poderosas causas para o acometimento da moléstia...”; “não há nada mais fatal do que o medo da epidemia quando ela reina” (*O Comércio*, 27/08/1855 e 28/09/1855), provocando a morte “talvez mais do terror do que da moléstia” (*O Comércio*, 20/09/1854). Até se fizeram experiências científicas nesse sentido:

Alguns médicos abandonaram as populações à sua sorte, assim como as autoridades

“Ultimamente, diz o Jornal de Frankfurt, um médico de Viena, o doutor F..., fez uma interessante experiência, com o fim de averiguar que influência poderia exercer, em qualquer indivíduo de perfeita saúde, o medo da cólera. Depois de obter o consentimento da competente autoridade, o Dr. F... prometeu a um condenado, robusto e sadio, a comutação da pena se consentisse em meter-se na cama com um colérico que acabava de morrer. (...) No fim de algumas horas todos os sintomas se manifestaram, e um ataque formal de cólera se apresentou. Fizeram-se-lhe todos os tratamentos, e graças à sua forte constituição foi salvo. Mas qual foi a surpresa dos assistentes quando o Dr. F... declarou que não tinha morrido de cólera aquele com quem o condenado se metera na cama! Que tinha feito acreditar isto, a fim de observar o efeito da imaginação e do medo sobre o organismo” (*O Comércio*, 31/10/1855).

Como tratamento contra este poderoso fator psicológico aconselhava-se a paz de espírito e boa disposição

Como tratamento contra este poderoso fator psicológico aconselhava-se a paz de espírito e boa disposição: “O primeiro médico do rei da Saxónia, Norbeck, dá os seguintes conselhos como preservativo contra as influências coléricas. Tome 20 doses de calor, 5 doses de limpeza, 12 doses de moralidade, 1 dose de atividade, 2 doses de bom sono, 10 doses de ar puro, e 50 doses de tranquilidade de espírito. Estas 100 partes reunidas formam um grande todo anticolérico por excelência. Esta receita contém sob uma forma chistosa um conselho sério. O leitor observará que é a tranquilidade de espírito que está representada pela maior dose (...) está hoje bem averiguado que o medo é a única causa duma boa metade dos acidentes atribuídos ao flagelo. Quanto à outra metade, bastam as imprudências para explicar a maior parte delas. Se as populações quisessem observar bem as simples prescrições higiénicas que lhes têm sido indicadas, e conservar algum sangue frio, a cólera perderia, com o seu prestígio, o triste privilégio de fazer mais vítimas do que as outras moléstias” (*O Comércio*, 13/09/1854).

O mesmo se verificou na epidemia de peste bubónica que atingiu o Porto em 1899, quando Ricardo Jorge, o médico municipal e diretor dos serviços municipais de saúde e higiene da cidade, colocou em ação medidas de higiene consideradas violentas para as “classes mais imundas” (Jorge, 1899). Para a limpeza dos indivíduos e das suas habitações os médicos inspecionavam as casas, especialmente nas ilhas, com brigadas de limpeza pagas pela câmara acompanhadas pela polícia (*O Comércio do Porto*, 29/09/1899), queimando roupas e colchões, por vezes as próprias casas, e obrigando a banhos. Ricardo Jorge mandou construir balneários públicos e tomou precauções em relação aos ratos que infestavam a cidade, não só distribuindo veneno, mas também cuidando das águas para onde ia o veneno e os ratos mortos eram encontrados. Desta vez as populações destes bairros não aceitaram pacificamente tais ações, gerando um clima de quase guerra civil. Houve incompreensão em relação às medidas sanitárias e medo da doença e dos respetivos tratamentos. Tudo isto exaltou a população, que se manifestou contra os representantes da autoridade sanitária, contra os médicos em geral e contra o próprio Ricardo Jorge. Vários médicos foram apedrejados e explodiram bombas nas ruas e em algumas casas.

“Se no Porto reina alguma exaltação é contra os exageros das medidas sanitárias, especialmente contra a incoerência de algumas ordens. À noite, cerca das 10 horas, precipitou-se do 3º andar da casa da rua Escura, Maria Oliveira Pinho, viúva de um homem que morreu no hospital da Misericórdia tendo os clínicos classificado o caso de peste bubónica. Por este motivo juntou-se muito povo na rua Escura que acompanhou a mulher ferida ao hospital

da Misericórdia. Durante o trajeto houve manifestações hostis contra o clínico municipal” (*Diário de Notícias*, 20/08/1899). Referiam-se a Ricardo Jorge, que em final de setembro se demitiu e mudou para Lisboa, onde foi nomeado Inspector Geral dos Serviços Sanitários do Reino e lente de Higiene na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa.

A Igreja também contribuiu para a divulgação das medidas higiénicas, acentuando as questões espirituais associadas à doença: a consciência e a paz de espírito para a prevenir e o medo como fator de disseminação, reproduzindo o que se observou na epidemia de cólera quatro décadas antes. “Pastoral do Sr. Cardeal Patriarca (...) com as seguintes instruções profiláticas: ‘1.º Limpeza na alma, por meio de uma confissão bem feita, no firme propósito de mudar de vida (...) A boa consciência produz um certo bem estar de espírito e corpo que gera a confiança em Deus (...) assim diminui o terror da morte, principal condutora da peste, depois de declarada em um lugar; 2.º Limpeza do corpo e das habitações, e portanto o emprego de desinfetantes, tais como vasos de cloreto de cal pelas casas...’” (*Diário de Notícias*, 04/09/1899).

O ano de 1918 foi particularmente dramático a nível sanitário. Se a Primeira Guerra Mundial provocou a morte a nove milhões de militares, aos quais se somaram treze milhões de civis (Keegan, 2006), a gripe pneumónica, que as movimentações dos exércitos disseminaram pelo mundo, provou ser “um dos piores flagelos epidémicos da história humana”, que matou entre 50 e 100 milhões de pessoas (Killingray, 2009). O Corpo Expedicionário Português mobilizou cerca de 55.000 militares, dos quais 7.000 morreram (Marques, 2008). O relatório oficial sobre a gripe em Portugal apontou para 59.000 mortes entre 1918 e 1919, com uma taxa de mortalidade de 9,8 por mil. Estudos posteriores apontam para 135.257, o que foi considerado uma “verdadeira hecatombe” com “contornos humanos dramáticos” (Sobral, Sousa, Lima, Castro, 2009).

No Porto a gripe encontrou uma população já extremamente debilitada por múltiplas doenças endémicas, entre as quais se destaca a tuberculose, agravadas pelas condições sanitárias que ainda não tinham sido objeto de melhorias significativas, e por uma epidemia de tifo exantemático que a precedeu (Almeida, 2013a).

Um dos mais importantes conselhos em períodos epidémicos era a hospitalização dos doentes, o que confrontava com o medo que estas instituições provocavam: eram considerados locais onde se ia para morrer. Estes estabelecimentos de assistência transmitiam uma imagem de sordidez e miséria e

A gripe pneumónica, que as movimentações dos exércitos disseminaram pelo mundo, provou ser “um dos piores flagelos epidémicos da história humana”, que matou entre 50 e 100 milhões de pessoas

estavam tradicionalmente associados à pobreza e a grupos que não tinham condições para receberem tratamentos médicos em casa (Almeida, 2008). Para quase todas as doenças a regra implícita era que as pessoas ficavam em casa, eram cuidadas pelo seu agregado familiar e vizinhança, e morriam na sua própria cama. Lentamente, a introdução da medicina na vida privada foi alterando as mentalidades, mas os efeitos na frequência dos hospitais só se tornaram visíveis na segunda metade do século XX.

Em fevereiro de 1918 a epidemia de tifo exantemático provocou uma mortalidade que chegou a 10% nos hospitais, sendo mais elevada em meio doméstico. “Apesar das medidas profiláticas e dos esforços empregados pela delegação de saúde desta cidade, tem aumentado a epidemia do tifo exante-

As pessoas que não cumprissem os períodos de isolamento e as inspeções sanitárias obrigatórias eram consideradas “transgressores de determinações sanitárias”

mático nestes últimos dias. De sábado para domingo deram entrada no hospital Joaquim Urbano cerca de 60 pessoas atacadas do tifo (...) Aquele hospital acha-se completamente cheio de doentes, tornando-se dificultosa a acomodação nas diferentes enfermarias...” (*O Comércio do Porto*, 12/02/1918). As pessoas que não cumprissem os períodos de isolamento e as inspeções sanitárias obrigatórias eram consideradas “transgressores de determinações sanitárias” (*O Comércio do Porto*, 07/06/1918), e podiam ser multadas ou até presas, o que não impedia que alguns doentes fugissem desses antros de doença e morte e tudo fizessem para evitar os internamentos: “Foi preso e enviado para o hospital do Bonfim Alfredo Caldeira, que no dia nove se evadiu

daquele hospital, onde se encontrava tratando-se de tifo” (*Diário de Notícias*, 14/02/1918); “O criado do Hotel Nacional, Miguel Rodrigues, natural de Pontevedra, tendo sido acometido de tifo, foi mandado recolher ao hospital dos tifosos. O criado, porém, ficou aterrado e, fechando-se no quarto, desfechou um tiro de revólver na cabeça, tendo morte instantânea, sendo o cadáver removido para o cemitério” (*Diário de Notícias*, 20/02/1918).

Com a chegada da gripe pneumónica, o Presidente Sidónio Pais fez questão de seguir o assunto pessoalmente, não esquecendo o acompanhamento aos doentes curados e às famílias das vítimas, contribuindo do seu próprio bolso para ajudar a combater a doença, apesar de já estar consagrado na Constituição de 1911 o direito à assistência pública e de já terem sido criados o Fundo Nacional de Assistência e a Direção Geral de Saúde. Além da viagem que fez de comboio ao norte para visitar os doentes de gripe e distribuir alimentos, medicamentos e roupas (*Diário de Notícias*, 24/09/1918), pagou a “hospitalização dos doentes pobres” e autorizou “todas as despesas que se façam em virtude da doença...” (*O Comércio do Porto*, 26/09/1918). E promoveu uma medida que poderá ter

contribuído para aliviar o medo dos hospitais: “O Sr. Presidente da República, atendendo à miséria dos epidemiados recolhidos nos hospitais, segundo informações do comissário geral do governo, deu ordem para que a cada doente com alta, só ou com família, fosse dado à saída 1\$000 e às famílias dos que morrem nos hospitais 2\$000 a cada uma” (*O Comércio do Porto*, 16/10/1918). A sociedade civil respondeu ativamente e os jornais foram agentes para ativar e congregar os esforços dos beneméritos e recolher dinheiro.

Um fator comum em todas as epidemias descritas é o medo, “uma presença avassaladora” (Santos, 2006) que está enraizada na ansiedade característica da sociedade contemporânea (Snowden, 1995). Assim como a questão moral da doença e o fator comportamental: a epidemia como castigo para comportamentos desregrados, que incluíam comer frutas e legumes crus, ou até os excessos sexuais, referidos na oitava “instrução profilática sobre a peste bubónica” em 1899 (*Diário de Notícias*, 10/09/1899). Estes conceitos de merecimento, pecado e castigo constituem uma herança religiosa que a ciência absorveu e ainda não nega, pois incorporou-a no seu discurso. A falta de higiene e o comportamento socialmente repreensível aparecem sempre associados à doença e está presente o fator culpa (Crespo, 1990).

Estes preconceitos ainda se manifestaram fortemente na epidemia de SIDA nos anos 80 do século XX. Quem apanhava a doença era encarada como tendo comportamentos desviantes, o que implicou que medidas mais fortes não fossem tomadas na época para a combater. E continua a verificar-se com o cancro, ou com a obesidade, e atualmente com a responsabilização individual pela disseminação da pandemia de covid-19, ignorando que há situações, como nos transportes públicos por exemplo, onde a responsabilidade recai sobre os seus administradores.

Os efeitos na saúde mental das populações como resultado das medidas sanitárias impostas desde março de 2020, e da sua divulgação repetida à exaustão pelos meios de comunicação social, ainda estão por medir, mas alguns casos de suicídios, o aumento dos divórcios e outros fatores já levantam o véu sobre os problemas com que a sociedade se terá de confrontar. O medo que foi infligido nas populações será difícil de ultrapassar, especialmente em pessoas com problemas prévios de ansiedade e doenças mentais que foram potenciadas neste período.

Estes conceitos de merecimento, pecado e castigo constituem uma herança religiosa que a ciência absorveu e ainda não nega, pois incorporou-a no seu discurso

REFERÊNCIAS

- Almeida, Maria Antónia Pires (2008). “Percurso de pobreza em meio rural: as mulheres, a doença e o aborto”. André Freire (ed.). *Sociedade Civil, Democracia Participativa e Poder Político. O Caso do Referendo do Aborto, 2007*. Lisboa: Fundação Friedrich Ebert, pp. 21-39.
- Almeida, Maria Antónia Pires (2013a). “Epidemics in the news: health and hygiene in the press in periods of crisis”. *Public Understanding of Science*, 22 (7), pp. 886-902.
- Almeida, Maria Antónia Pires (2013b). *Saúde pública e higiene na imprensa diária em anos de epidemias, 1854-1918*. Lisboa: Colibri.
- Crespo, Jorge (1990). *A História do Corpo*. Lisboa: Difel.
- Garnel, Rita (2009). “Portugal e as Conferências Sanitárias Internacionais (Em torno das epidemias oitocentistas de cholera-morbus)”. *Revista de História da Sociedade e da Cultura*, 9, pp. 229-251.
- Jorge, Ricardo (1899). *Demographia e hygiene da cidade do Porto: clima-população-mortalidade*. Porto: Repartição de Saúde e Hygiene da Câmara.
- Keegan, John (2006). *Uma História da Guerra*. Lisboa: Tinta-da-China Editores.
- Killingray, David (2009). “A pandemia de gripe de 1918-1919: causas, evolução e consequências”. José Manuel Sobral, Maria Luísa Lima, Paula Castro e Paulo Silveira e Sousa (orgs.). *A Pandemia Esquecida. Olhares comparados sobre a Pneumónica 1918-1919*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, pp. 41-61.
- Marques, Isabel Pestana (2008). *Das trincheiras, com saudade: a vida quotidiana dos militares portugueses durante a Primeira Guerra Mundial*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Santos, Ricardo Augusto dos (2006). “O Carnaval, a peste e a ‘espanhola’”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 13 (1), pp. 129-158.
- Snowden, Frank Martin (1995). *Naples in the Time of Cholera, 1884-1911*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Sobral, José Manuel, Paulo Silveira e Sousa, Maria Luísa Lima, Paula Castro (2009). “Perante a pneumónica: a pandemia e as respostas das autoridades de saúde pública e dos agentes políticos em Portugal (1918-1919)”. José Manuel Sobral, Maria Luísa Lima, Paula Castro e Paulo Silveira e Sousa (orgs.). *A Pandemia Esquecida. Olhares comparados sobre a Pneumónica 1918-1919*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, pp. 63-91.



3.

Transição para o mercado de trabalho durante a pandemia: respostas emocionais de recém-graduados

Fátima Suleman

*Professora Associada com Agregação no Departamento de Economia Política (ECSH)
e Investigadora do DINAMIA'CET-Iscte*

<https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/fatima-suleman/cv>

Diana Carvalho

Investigadora do CIES-Iscte

<https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/diana-dias-de-carvalho/cv>

RESUMO

Os jovens diplomados do ensino superior enfrentam dificuldades para entrar no mercado de trabalho durante a pandemia COVID-19, uma vez que o governo impôs o confinamento, trabalho remoto, e restringiu a mobilidade interna e externa. Este estudo explora notícias da comunicação social que incluem testemunhos de finalistas e recém-diplomados para identificar as suas respostas emocionais e sintomas de saúde mental durante a pandemia. A maioria dos diplomados ficou desempregada devido ao cancelamento da oferta de emprego ou estágio, e à perda de empregos a tempo parcial ou recentemente iniciados. Os resultados mostram diferentes respostas emocionais e destacam uma perceção negativa do mercado de trabalho atual. Parece que a pandemia deixou os diplomados no “limbo”, criou uma sensação de insegurança, e provocou preocupação e frustração. Alguns reportaram sintomas de saúde mental, nomeadamente stress, ansiedade e depressão. O estudo mostrou o papel determinante do apoio financeiro

e proteção da família durante a pandemia e a falta de oportunidades de emprego e de apoio público.

Palavras-chave: jovens diplomados; transição mercado de trabalho; pandemia; respostas emocionais; saúde mental.

INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 teve, e continua a ter, impactos marcantes na atividade econômica, especialmente no mercado de trabalho, na sequência de medidas de confinamento e trabalho remoto impostas pelo governo, as quais restringiram também a mobilidade interna e externa. Embora essas restrições tenham tido impactos diferenciados sobre diferentes categorias de trabalhadores, algumas categorias permaneceram praticamente fora do debate público. Este tem sido especialmente o caso de jovens graduados do ensino superior que procuraram entrar no mercado de trabalho durante o período de confinamento. Certos meios de comunicação deram voz aos estudantes finalistas e recém-diplomados e documentaram assim os principais problemas que estes enfrentam, bem como os impactos da crise econômica, provocada pela pandemia, na sua transição para o mercado de trabalho.

Muitos estudos empíricos mostram que os novos diplomados que entram no mercado de trabalho durante uma recessão econômica sofrem consequências significativas, negativas e persistentes, designadamente altas taxas de desemprego, perdas de rendimentos e expectativas mais baixas de progressão na carreira (e.g., Kahn, 2010; Oreopoulos, von Wachter, & Heisz, 2012). No entanto, a recessão associada à pandemia envolveu mais desafios, particularmente devido ao confinamento, que dificultou a entrada de diplomados designados de grupo 2020, no mercado de trabalho. O contexto pandêmico afetou a sua vida profissional e pessoal e suscitou a seguinte questão: Quais foram as respostas emocionais dos jovens que completaram o ensino superior durante a pandemia?

Apesar das preocupações expressas por investigadores e especialistas sobre as consequências sem precedentes da pandemia para os jovens, estes permanecem à margem do debate público. A Rede Interagências da ONU para o Desenvolvimento da Juventude apelou à ação no sentido de alertar para os impactos específicos da pandemia na vida dos jovens, bem como exigir iniciativas para responder às suas necessidades e garantir os seus direitos humanos (UN IANYD, 2020).

Os novos diplomados que entram no mercado de trabalho durante uma recessão econômica sofrem consequências significativas, negativas e persistentes

O nosso estudo explora 55 artigos publicados na comunicação social que incluíam testemunhos de jovens finalistas e recém graduados (n = 140). O objetivo é analisar as várias respostas emocionais e os sintomas de saúde mental dos jovens graduados durante a pandemia da COVID-19. Os graduados da amostra têm, na sua maioria, até 25 anos e obtiveram o grau de licenciatura ou mestrado em áreas de educação técnicas ou sociais e humanas.

As notícias foram recolhidas em jornais e transcrições de programas de TV em 2020, na fase inicial da pandemia. Optámos por estes meios devido à escassez de dados, mas também porque os meios de comunicação representam uma plataforma relevante de notícias atuais, as quais permitem ao público manter-se informado sobre um conjunto de temas (Thorsen & Jackson, 2018). Além disso, a opção por artigos que incluem testemunhos possibilitou “ouvir” os graduados e registar os seus sentimentos neste contexto singular.

O artigo está estruturado da seguinte forma. A próxima secção apresenta sumariamente a literatura sobre os impactos da recessão económica na transição para o mercado de trabalho e analisa a sua relação com as questões de saúde mental. Os dados e a metodologia são descritos na secção 3 e a secção 4 expõe os resultados empíricos sobre a transição e as respostas emocionais de uma amostra de graduados. As observações finais e algumas recomendações são apresentadas na secção final.

JOVENS E A RECESSÃO ECONÓMICA

Estudos disponíveis mostram que o emprego jovem é mais sensível a ciclos económicos (Ghoshray, Ordóñez & Sala, 2016) e completar a formação superior durante uma recessão tem impactos significativos na integração e nas trajetórias profissionais dos diplomados. Os estudos têm revelado, de forma consistente, que as recessões têm um efeito relevante, negativo, persistente e de longo prazo nas carreiras de jovens graduados, particularmente nos períodos de desemprego e nas perdas de rendimentos (Kahn, 2010; Oreopoulos, von Wachter, & Heisz, 2012).

Uma outra literatura foca-se nos efeitos das crises económicas na saúde mental, nomeadamente na ansiedade, depressão e suicídio (Chang et al., 2013). Por exemplo, Selenko (2019) ilustrou que o desemprego na adolescência, especialmente entre os jovens de baixa escolaridade, afeta o bem-estar de várias maneiras. Este reduz a oportunidade de conhecer pessoas e de alargar o círculo social para além da família, restringe as fontes de reconhecimento do estatuto e feedback, e torna os adolescentes menos preparados e confiantes para lidar com o desemprego.

Do seu lado, Dekker et al. (2014) sublinharam a resiliência considerável de jovens recém-graduados holandeses em lidar com o desemprego e seu envolvimento na procura de emprego durante a crise económica. Ersoy-Kart e Erdost (2008) encontraram diferenças entre áreas técnicas e sociais e humanas entre os graduados turcos, sendo os graduados em ciências sociais mais apreensivos em relação ao acesso ao emprego do que graduados das áreas técnicas.

Mais recentemente, Ribeiro (2020) confirmou os impactos negativos da pandemia na saúde mental e nos comportamentos suicidas em vários países. O autor refere várias iniciativas públicas para prevenir ou mitigar os transtornos provocados por problemas de saúde mental, nomeadamente a prevenção do suicídio; e os mecanismos para lidar com a ansiedade e o isolamento. Outros estudos alertam para a vulnerabilidade dos jovens ao impacto negativo da pandemia no seu bem-estar emocional e psicológico (O'Connor et al., 2021; Every-Palmer et al., 2020). Embora os estudos disponíveis sejam relevantes, as respostas emocionais específicas dos jovens graduados do ensino superior às dificuldades no mercado de trabalho durante o surto da COVID-19 merecem ser investigados com cuidado. Os jovens esperam problemas graves e devem adotar estratégias adequadas para enfrentá-los. Enquanto alguns respondem com confiança, outros podem apresentar mais dificuldade em lidar com a situação.

Os jovens esperam problemas graves e devem adotar estratégias adequadas para enfrentá-los. Enquanto alguns respondem com confiança, outros podem apresentar mais dificuldade em lidar com a situação

OS GRADUADOS NA COBERTURA NOTICIOSA

A pesquisa de notícias online foi realizada entre março e setembro de 2020 e foi baseada em certas palavras-chave, nomeadamente 'jovens graduados', 'COVID-19' e 'mercado de trabalho'. Após uma análise inicial das notícias, percebemos que um número significativo de notícias incluía entrevistas com estudantes finalistas e, portanto, incluímos a palavra-chave "soon-to-be graduates". A inclusão de estudantes finalistas no início da pandemia deve-se ao facto de existirem iniciativas para apoiar a transição para o mercado de trabalho desde o final do ano letivo. As reportagens geralmente incluíam o nome dos entrevistados (poucos eram anónimos) e isso impediu a inclusão de casos duplicados, ou seja, os mesmos estudantes a serem consultados por diferentes meios de comunicação social.

As notícias cobrem o contexto Europeu (República Checa, Finlândia, França, Alemanha, Irlanda, Espanha e Reino Unido,) e países não europeus (Canadá,

China, Índia, Sri Lanka e EUA). Embora a pesquisa tenha sido feita em línguas diferentes (Inglês, Francês, Espanhol e Português) para aceder a informação de diferentes mercados de trabalho, a maioria dos artigos encontrados está em inglês. A recolha de dados não é exaustiva, mas permitiu compreender que este assunto se tornou viral nos Estados Unidos. Os testemunhos dos graduados foram importados para o programa MaxQda, em que a unidade de análise foi o graduado, e não a notícia, e foram submetidas a uma análise de conteúdo qualitativa. Foram recolhidos dados sobre 140 diplomados, referentes a 55 notícias.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos graduados entrevistados pela comunicação social. A maioria são jovens, mulheres e licenciados das ciências sociais e humanas.

Tabela 1. Graduados 2020 entrevistados pela comunicação social: características sociodemográficas

Variável	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	93	66.91
Grupo etário	Até aos 21	9	17.31
	22-24	34	65.38
	25 ou +	9	17.31
Grau	Licenciados	75	87.21
Área de educação	Ciências sociais e humanas	64	75.29
N (total de graduados)		140	

DIFICULDADES NO MERCADO DE TRABALHO E SINTOMAS DE SAÚDE MENTAL

A integração no mercado de trabalho de graduados 2020

A maioria dos entrevistados refere o desemprego como o principal fenómeno do mercado de trabalho durante a pandemia e relatam os diferentes fatores que os levaram a essa situação. Alguns tiveram a oferta de emprego ou estágio cancelada, ou seja, estiveram envolvidos no, ou tinham concluído o, processo de contratação, mas os empregadores retiraram a oferta de emprego ou estágio à última da hora. Para outros, a primeira experiência de trabalho foi interrompida pela pandemia, ficando desempregados. Alguns graduados com empregos a tempo parcial ou ocasionais durante os estudos, ou que tinham emprego há muito pouco tempo, perderam esses empregos. Em suma, o cancelamento da oferta de emprego ou a perda de empregos afastou os jovens do mercado de trabalho.

Um número considerável de graduados encontrava-se na procura ativa de emprego, os quais foram classificados como desempregados, embora nem todos tenham relatado a retirada de oferta ou a perda de emprego. Muitos relatam ausência de resposta ou recusas às suas várias candidaturas de emprego. Em última análise, os graduados desempregados foram dispensados antes ou depois de uma experiência de trabalho; perderam o emprego; ou a sua oferta de emprego ou estágio foi cancelada ou adiada, destruindo assim a oportunidade de transição para o mercado de trabalho.

Um pequeno número de diplomados conseguiu emprego durante a pandemia, mas os empregadores adiaram o início da relação de emprego. Mesmo com a oferta de emprego assegurada, há indícios de que ela possa ser retirada repentinamente, fazendo com que esses graduados passem a integrar o grupo dos despedidos/desempregados. Por fim, um número muito pequeno de graduados começou, de forma bem-sucedida, a trabalhar, mas estão em teletrabalho ou tiveram de aceitar uma redução salarial.

Os jovens diplomados respondem a este mercado de trabalho hostil de forma diferente e alguns revelam sintomas de saúde mental que merecem a devida atenção.

Os jovens diplomados respondem a este mercado de trabalho hostil de forma diferente e alguns revelam sintomas de saúde mental que merecem a devida atenção

Sintomas de saúde mental

As notícias relatam um conjunto de respostas emocionais às situações do mercado de trabalho dos graduados e ao impacto da pandemia, incluindo problemas de saúde emocional. A Figura 1 ilustra essas respostas e permite inferir a percepção negativa do mercado de trabalho atual.

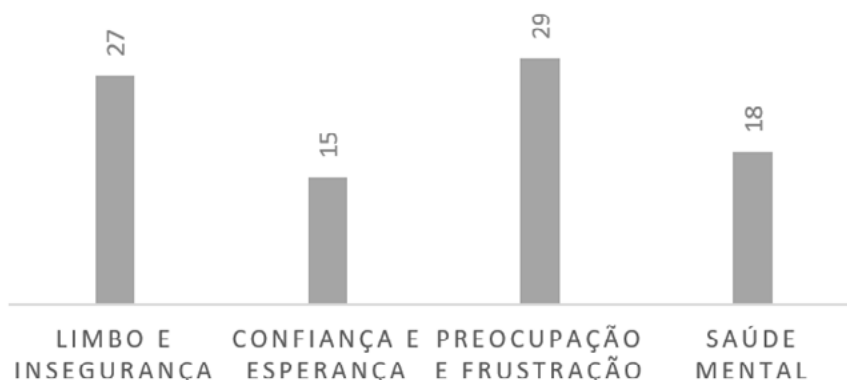


Figura 1. Respostas emocionais dos graduados (frequências)

A pandemia deixou muitos graduados no “limbo” e criou uma sensação de insegurança, aumentou a preocupação e a frustração, mas há ainda alguns que estão confiantes e com esperança. Mais especificamente, as suas declarações ilustram que “*não têm ideia do que vai acontecer*” e isso aumenta o medo e a apreensão sobre o futuro. Sublinham insistentemente que a sua “*vida foi suspensa*”, porque não se vislumbram melhorias na situação corrente, nem existe perspectiva de vida. Estes sentimentos podem ser capturados na expressão complexa: “*vida no limbo*”. A sensação de insegurança é agravada pelas notícias que veiculam informação sobre empresas que estão a demitir trabalhadores e a suspender contratações. Uma graduada exprime os seus sentimentos da seguinte forma: “*é realmente desanimador quando ouvimos coisas destas enquanto se está à procura de um emprego*” (Mulher, Engenharia Aeroespacial).

Alguns estão desmoralizados e acham que os seus “diplomas não valem nada”

Há relatos de preocupação e frustração, uma vez que os graduados esperavam que os seus investimentos no ensino superior trariam retornos. Alguns estão desmoralizados e acham que os seus “*diplomas não valem nada*”. Além disso, esperam enfrentar uma “*competição feroz*” entre os graduados, uma vez que o número de candidatos a emprego está a aumentar devido ao

confinamento e a um mercado de trabalho que está saturado: *“É um azar para a nossa geração termos nascido um ano após a ... crise financeira ... e estamos agora a enfrentar a perspetiva sombria do desemprego”* (Homem, Turismo).

A Figura 1 mostra que 18 graduados referiram explicitamente sintomas de saúde mental, indicando a forma como a pandemia provocou stress, ansiedade e depressão, prejudicando assim a saúde mental e o bem-estar emocional. Salientam que a procura de emprego, a falta de oportunidades e perspetivas de emprego são os fatores responsáveis por essa situação pessoal. Todo este processo é descrito como stressante e frustrante, e os graduados sentem-se emocionalmente exaustos pelo stress acumulado das candidaturas para empregos e pela insegurança trazida pelo agravamento do contexto sanitário e económico. É comum os diplomados sentirem-se ansiosos durante a transição para o mercado de trabalho, mas alguns insistiram que a pandemia *“ampliou as nossas ansiedades”* (Mulher, Direito Comercial); *“Isto foi sempre uma grande fonte de minha ansiedade, mas agora é 10 vezes pior”* (Mulher, 21 anos, Cosmetologia); e *“traz de volta todas aquelas memórias e sentimentos de ansiedade de passar por entrevistas de emprego, procurar emprego, receber todas aquelas rejeições”* (Homem, Ciências da Computação). Por outras palavras, a saúde mental está ligada à extrema incerteza e insegurança ampliada pela pandemia.

De forma semelhante, outros referem-se à desmotivação e falta de estrutura ligada ao já referido estado de *“limbo”*: *“Estou a sentir-me pressionado e deprimido, mas não posso fazer nada a não ser esperar que o governo controle a pandemia para que possamos retomar a nossa [nova] vida normal”* (Homem, Turismo). Outros diplomados associam os seus sintomas psicológicos a impactos mais diretos da COVID-19 e das suas restrições. Mencionam, por exemplo, sofrimento causado pelas infeções ou morte de familiares; ou a necessidade de lidar com situações financeiras difíceis na família causadas pela pandemia.

A pandemia adiou também a transição para uma vida independente e, portanto, para a sua autonomia. Estas são razões adicionais para ansiedade e stress. O stress está igualmente associado a constrangimentos financeiros que levaram alguns graduados a regressar à sua casa de família (Mulher, 21 anos, Teatro); recorrer a empréstimos ou depender do apoio financeiro dos pais (Homem, Estudos Ambientais e Economia); ou ter dificuldades para pagar os empréstimos contraídos para concluir o ensino superior (Homem, Estudos da Comunicação): *“Eu estava muito stressada, não sabia o que fazer. Estou de novo a viver com os pais pela primeira vez em quatro anos”* (Mulher, Turismo e Hospitalidade).

A pandemia adiou também a transição para uma vida independente e, portanto, para a sua autonomia

Outros não estão apenas ansiosos com os efeitos da pandemia, mas também com a discriminação racial: “*Muitos estudantes negros tiveram que lidar não apenas com a pandemia global, mas também com o racismo*” (Mulher). Assim, o mercado de trabalho hostil pode agravar as dificuldades sentidas por certos grupos que têm habitualmente menos retornos dos seus investimentos em educação.

Alguns dos graduados da amostra mantêm alguma confiança na transição para o mercado de trabalho durante a pandemia. Neste sentido procuram adquirir novas competências; realizar trabalho de voluntariado; ou aceitar empregos fora da sua área de formação. Apesar dos inúmeros esforços, confrontam-se com dezenas ou centenas de candidaturas sem resposta.

OBSERVAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa apresenta algumas das dificuldades reportadas por um conjunto de graduados nos países Europeus e não Europeus durante a primeira fase da pandemia. Foram analisadas notícias na comunicação social na medida em que os dados são ainda escassos; a comunicação social representa uma plataforma de informação atual que permite ao público manter-se ao corrente de um conjunto de temas; e cria ainda espaço para certas categorias da população expressarem seus problemas e preocupações.

As notícias destacaram a forma como os jovens graduados estão a vivenciar e a lidar com as consequências da COVID-19 na sua transição para o mercado de trabalho. Neste sentido, alertam os investigadores e decisores políticos

sobre os problemas específicos que os jovens enfrentam por causa da pandemia, revelando igualmente problemas cíclicos e estruturais do mercado de trabalho dos jovens. Os meios de comunicação social informaram sobre as dificuldades para encontrar um emprego, para a falta de oferta de emprego e para o receio de uma competição mais acentuada no mercado de trabalho.

Os graduados expressaram sentimentos de ansiedade, stress, depressão, num mercado de trabalho difícil, que é agravado pelo contexto pandémico. Na verdade, as suas vidas foram colocadas no *limbo* pela pandemia, o que também

prejudicou a sua capacidade de se tornarem financeira e economicamente independentes. Os decisores políticos devem estar atentos a este efeito da pandemia, e evitar que os problemas de saúde mental se agravem. As crises anteriores afetaram gravemente os transtornos mentais e são, por isso, necessárias

Os graduados expressaram sentimentos de ansiedade, stress, depressão, num mercado de trabalho difícil, que é agravado pelo contexto pandémico

iniciativas políticas para evitar o agravamento dessas doenças no contexto atual. Além disso, os governos devem desenvolver políticas e estratégias para evitar que uma geração de jovens altamente qualificados seja desperdiçada.

Uma resposta adequada envolve uma combinação de políticas que facilite a transição; permita a utilização e desenvolvimento de competências; garanta o apoio financeiro; e reduza os problemas de saúde mental. Os decisores políticos devem compreender que os sintomas de saúde mental estão intrinsecamente relacionados com a integração no mercado de trabalho. O desemprego aumenta a ansiedade, o stress e os sentimentos de depressão entre os jovens, em particular os diplomados. Além disso, o agravamento das desigualdades e a transição desigual das minorias é uma fonte adicional de stress descrito pelos graduados. Os governos devem tomar medidas para mitigar os problemas de saúde mental causados por recessões económicas e combater as desigualdades sociais associadas.

Por fim, os governos devem recolher microdados específicos sobre as estratégias de resposta à crise e os problemas de saúde. Essa informação permitirá saber se os sintomas são transitórios ou persistentes; se apareceram durante a pandemia ou já existiam; identificar grupos mais afetados; e identificar respostas individuais para lidar com os problemas. O nosso estudo revelou o papel crucial do apoio e proteção financeira familiar durante a pandemia e a falta de oportunidades de emprego e apoios públicos.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi apoiado por fundos portugueses através da FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia, no âmbito do projeto “Aproximar o Ensino Superior, a Formação e a Qualidade do Emprego” Referência: PTDC/SOC-SOC/30016/2017.

REFERÊNCIAS

- Chang, S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). "Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries". *BMJ*, 347, 1-15.
- Dekker, J., Amsing, H., Hahurij, L., & Wichgers, I. (2014). The resilience of recently graduated and unemployed Dutch academics in coping with the economic crisis. *JSSE-Journal of Social Science Education*, 13(3), 45-56.
- Ersoy-Kart, M., & Erdost, H. E. (2008). Unemployment worries among Turkish university students. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 36(2), 275-288
- Every-Palmer, S. *et al.* (2020). Psychological distress, anxiety, family violence, suicidality, and wellbeing in New Zealand during the COVID-19 lockdown: A cross-sectional study. *PLoS one*, 15(11), e0241658.
- Ghoshray, A., Ordóñez, J., & Sala, H. (2016). Euro, crisis and unemployment: Youth patterns, youth policies? *Economic Modelling*, 58, 442-453.
- Kahn, L. B. (2010). The long-term labor market consequences of graduating from college in a bad economy. *Labour economics*, 17(2): 303-316.
- O'Connor, R. C., *et al.* (2021). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *The British Journal of Psychiatry*, 218(6), 326-333.
- Oreopoulos, P., Wachter, T. V., & Heisz, A. (2012). The short-and long-term career effects of graduating in a recession. *American Economic Journal: Applied Economics*, 4(1), 1-29
- Ribeiro, E. M. C. (2020). COVID-19: Pandemics, recessions, and suicide – lessons from the past and points to the future. *CEPR Press*, 36, 45-79.
- Selenko, E. (2019). Unemployment at a young age: a work psychological analysis of its nature, consequences and possible remedies. In A. J. Carter (Ed), *Young People, Employment and Work Psychology: Interventions and Solutions* (pp. 63-73). New York: Routledge.
- Thorsen, E., & Jackson, D. (2018). Seven Characteristics Defining Online News Formats: Towards a typology of online news and live blogs. *Digital Journalism*, 6(7), 847-868.
- UN IANYD 2020. *Statement on Covid-19 & Youth* (The United Nations Inter-Agency Network on Youth Development).



4.

O desporto como veículo de desenvolvimento de competências, integração e bem-estar

Marcelo Moriconi

Investigador do CEI-Iscte

<https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/marcelo-moriconi/cv>

Cátia Miriam Costa

Investigadora do CEI-Iscte

<https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/catia-costa/cv>

RESUMO

Este trabalho sintetiza os vínculos entre desporto e saúde, evidenciados no decorrer do trabalho de campo do projeto *Desporto como veículo de desenvolvimento de competências para o mercado de trabalho e promoção da empregabilidade e do empreendedorismo (S4MED)*, financiado pela Comissão Europeia através do programa Erasmus + Sport. O projeto tem como objetivo promover a educação e o desenvolvimento de competências no e pelo desporto, através da proposta de atividades orientadas para a criação de recursos educativos abertos ao público, dedicados à transferência de competências adquiridas com a atividade desportiva para os meios laborais. Em paralelo, o projeto serve para combater quatro crises cruciais da sociedade atual: a crise do desporto, a crise do emprego, a crise da resignação das novas gerações e a crise de imigração. Neste texto, demonstramos como os resultados desta iniciativa e o combate a estos focos de conflito têm implicação direta na saúde dos grupos sociais envolvidos.

Palavras-chave: Desporto, emprego, mercado laboral, saúde, competências.

INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 demonstrou a importância do desporto e do exercício físico quer para a saúde física, quer para a saúde mental (Chen *et al.*, 2020; Dwyer *et al.*, 2020). Quando foram apresentadas as medidas de confinamento por todo o mundo, governantes e líderes de opinião recomendavam a toda a população fazer exercício físico nas suas casas. O exercício, nesse contexto, era uma maneira de combater focos de stress, ansiedade, e promover canais de resiliência¹.

As atividades desportivas foram uma das primeiras coisas que foram permitidas: sair e correr, andar de bicicleta, surf. Em Portugal, os gastos em ginásios passaram a integrar a lista das faturas dedutíveis de impostos. No entanto, de acordo com o Eurobarómetro, Portugal continua a ser um dos países onde menos desporto se pratica, onde falta um claro programa de política pública desportiva, onde ainda há muito trabalho a fazer para que a sociedade entenda o impacto social, económico e político que o desporto tem.

Nesse âmbito, o Iscte vem desenvolvendo diversos projetos dedicados a demonstrar o impacto social do desporto (Schulenkorf *et al.*, 2016) e a promover o seu desenvolvimento social². Nesse sentido, o projeto “Desporto como veículo de desenvolvimento de competências para o mercado de trabalho e promoção da empregabilidade e do empreendedorismo (SbS4Med)”, financiado pela Comissão Europeia através do Programa Erasmus + Sport, tem como objetivo promover a educação e o desenvolvimento de competências no e pelo desporto, através da proposta de atividades orientadas para a criação de recursos educativos abertos ao público, dedicados à transferência de competências adquiridas com a atividade desportiva para os meios laborais.

Portugal continua a ser um dos países onde menos desporto se pratica

O projeto iniciou-se no ano 2020 e tem uma duração de três anos. Trata-se de uma parceria entre instituições de Portugal (Iscte e Confederação Portuguesa das Associações de Treinadores); Itália (Università Cattolica del Sacro Cuore e Okkam srl); Qatar/Inglaterra (International Centre for Sport Security e Save the dream); Croácia (HAŠK Mladost); Grécia (The International Olympic Truce Centre); Espanha (Universitat de les Illes Balears); e Chipre (Cyprus Sports Organization).

¹ <https://es.unesco.org/news/deporte-es-clave-revertir-crisis>

² Entre eles T-PREG (<http://www.tpreg-training.eu/>); AMATT (<https://www.amatt.eu/>); BITEFIX (<https://www.bitefix.eu/>)

O PLANO DE TRABALHO

O desporto constitui um veículo de desenvolvimento de competências para o mercado de trabalho e de promoção da empregabilidade e do empreendedorismo, podendo fomentar a transformação social através da sua prática (Spaaij, 2019). Este projeto tem particular enfoque na região do Mediterrâneo, espelhando diferentes enquadramentos socioculturais que incluem jovens, pessoas em reinício de carreira e imigrantes. Os seus grupos-alvo são treinadores e instrutores desportivos, jovens e desempregados que podem encontrar no desporto um valor acrescentado para a (re) integração no mercado de trabalho.

Como ponto de partida, formámos grupos de trabalho, com os quais foram desenvolvidas entrevistas em que auscultámos os treinadores e instrutores desportivos sobre as competências essenciais que desenvolveram e que transmitem aos praticantes de desporto. Para completar o quadro, também foram recolhidas e analisadas as perspetivas dos especialistas de recursos humanos sobre o impacto do desporto no desenvolvimento das carreiras profissionais.

O desporto constitui um veículo de desenvolvimento de competências para o mercado de trabalho e de promoção da empregabilidade e do empreendedorismo

Optou-se por uma metodologia qualitativa, recorrendo a entrevistas semiestruturadas com treinadores/instrutores desportivos por meio de grupos focais e usando plataformas digitais como meio de acesso a depoimentos e entrevistas a dirigentes empresariais. Os resultados da análise e comparação aprofundada desses materiais permitiram destacar pontos de divergência e de convergência. Todos os participantes concordaram que o desporto pode ser um instrumento fundamental para o desenvolvimento de competências de empregabilidade. Referiram a existência de uma forte ligação entre as competências desenvolvidas através do desporto e as que contribuem para a inserção no mercado de trabalho. Ambos os grupos de participantes sublinharam o valor do desporto como uma importante contribuição para a formação pessoal e para uma sociedade melhor e identificam substancialmente as mesmas competências, a diversos níveis. As competências mais valorizadas foram:

1. competências pessoais (adaptação/flexibilidade, resiliência, criatividade, paixão e compromisso pelo trabalho ou modalidade desportiva desenvolvida);
2. competências relacionais (comunicação e capacidade de trabalho em equipa e cooperação);

3. competências cognitivas (tomada de decisão e capacidade de resolução de problemas e de aprendizagem);
4. competências de contextualização (gestão da complexidade relativa a fatores intrínsecos à prática desportiva ou ao trabalho ou extrínsecos a esse ambiente, nomeadamente o ambiente familiar).

Além disso, sublinharam a importância das práticas profissionais e da sensibilização para a promoção dessas competências e da sua transferibilidade. Notou-se que os dirigentes empresariais insistiram na necessidade de conscientização e aquisição de competências no domínio cognitivo e contextual, uma vez que a adaptação a novas formas de trabalhar exige um maior esforço, nomeadamente ao nível de capacidades como a inteligência emocional, o pensamento crítico, a capacidade de análise global e a resolução de problemas. No entanto, em ambos os grupos, as competências cognitivas são sempre mencionadas como essenciais para o exercício de qualquer função no mercado de trabalho, traduzidas essencialmente por uma capacidade de aprendizagem contínua. Tanto os técnicos desportivos como os especialistas de recursos humanos reconhecem a importância da liderança no desenvolvimento das competências comportamentais, o seu papel fundamental em inculcar e apoiar o desenvolvimento dessas competências nos seus atletas/formandos/trabalhadores e a necessidade da sua consolidação por meio de programas educacionais. Concretamente, os treinadores e instrutores indicam a necessidade de métodos didáticos direcionados, para que possam transmitir com mais consciência as competências necessárias à prática do desporto aos seus alunos/atletas. Embora todos os participantes considerem que a subjetividade pode desempenhar um papel na aquisição e transferência de competências específicas, dependendo das disposições internas de cada pessoa, os treinadores mencionaram tendencialmente a importância das competências relacionais.

Tanto os técnicos desportivos como os especialistas de recursos humanos reconhecem a importância da liderança

No que diz respeito aos obstáculos, três dimensões foram destacadas:

1. Os mecanismos e processos concretos de transferência de competências parecem permanecer obscuros para a maioria dos participantes, nomeadamente as formas e o grau em que essa transferência pode ser realizada. Da mesma forma, os participantes esforçaram-se para explicar os métodos e ações práticas a ser implementadas em campo para promover essa conscientização entre os atletas.
2. Os participantes do mundo do desporto e do mundo dos negócios reconhecem a falta de conhecimento recíproco, o que sugere que uma

troca de comunicação mais direta e ativa entre os contextos desportivos e empresariais fosse desejável na promoção da empregabilidade e do empreendedorismo por meio do desporto.

3. A nível social, os participantes expressaram preocupação significativa em relação aos efeitos da pandemia da COVID-19 sobre sua atividade profissional e a probabilidade de desenvolvimento de competências durante o tempo presente; neste contexto, os especialistas em RH (recursos humanos) reconheceram a necessidade de qualificação de competências duras (*hard skills*), como a tecnologia, a ser desenvolvida, mesmo num nível elementar – mas nunca em detrimento das competências comportamentais (*soft skills*).

Finalmente, em alguns casos, os treinadores expressaram preocupação com a falta de atenção política e visibilidade atribuída ao desporto, à promoção do desporto ao longo da vida e a desigualdade de recursos financeiros e materiais entre as diversas modalidades e clubes. Esclarecem que este enquadramento acaba por resultar na falta de reconhecimento do seu trabalho.

QUATRO CRISES, UMA PROPOSTA

O projeto visa atender quatro crises da sociedade contemporânea, todas relacionadas direta ou indiretamente com questões de saúde física ou mental (figura 1).



Figura 1. Quatro crises da sociedade contemporânea

A primeira é a crise do desporto. Os benefícios da atividade desportiva para a saúde são bem conhecidos (Coalter, 2005; Khan *et al.*, 2012). No entanto, Portugal continua a ser um dos países da União Europeia onde as pessoas praticam menos desporto³. Esta situação tem vindo a piorar devido à crise que o desporto está a passar nas sociedades contemporâneas. Esta crise materializa-se na perda de membros nos clubes, contração do número dos praticantes de desportos federados, e diminuição da utilização das instalações desportivas. No meio desta crise, aparecem duas práticas sociais que criam o novo ecossistema do desporto. Por um lado, os novos praticantes de desporto preferem desportos ao ar livre e individuais, como correr, andar de bicicleta, yoga, pilates e surf. Ao mesmo tempo, as novas gerações perderam interesse no desporto tradicional e veem-se seduzidas pelos desportos eletrónicos ou *eSport*, uma nova indústria que veio para competir diretamente com a indústria do desporto tradicional (Pizzo *et al.*, 2018).

Em segundo lugar, existe uma crise do emprego. Os índices de desemprego jovem são mais elevados que na população em geral, atingindo valores preocupantes, como 40% em alguns países do sul da Europa (Tomic, 2018; Karamessini *et al.*, 2019). Os salários também têm perdido poder de compra nos últimos anos. Paradoxalmente, a Europa conta com as novas gerações melhor preparadas de toda a sua história, com níveis de estudos de pós-graduados nunca antes atingidos. Portanto, estamos perante uma mistura de currículos e conhecimentos robustos e limitação de postos de emprego dignos com salários de acordo com a formação e capacitação do trabalhador. Esta situação cria descontentamento, ansiedade, perda de confiança, e a convicção de um mundo injusto (Moriconi, 2015; Ramos e Moriconi, 2018). Com mestrados e doutoramentos em excesso relativamente às funções ou ao retorno e reconhecimento obtidos, a saúde e estabilidade psíquica tornam-se problemáticas.

*Ao mesmo tempo,
as novas gerações
perderam interesse no
desporto tradicional e
veem-se seduzidas pelos
desportos eletrónicos
ou eSport*

As duas primeiras crises conjugam-se de forma a criar a terceira. As novas gerações estão formadas para atingir um reconhecimento e um impacto social que poucas vezes conseguem. São dinâmicas e formatadas para um mundo de ecrãs que pode criar falta de concentração e de capacidades para a resiliência. São individualistas e o trabalho em equipa pode ser um problema para o seu desenvolvimento. Este dinamismo tem gerado uma perda de interesse no desporto tradicional que se materializa em queda das audiências televisivas, perda

³ <https://www.dn.pt/vida-e-futuro/portugueses-sao-dos-que-menos-exercicio-praticam-na-europa-10735355.html>

de praticantes de desportos tradicionais e um incremento dos desportos eletrónicos. Trata-se de gerações com muitas capacidades e títulos universitários, mas por vezes com poucas ferramentas para a inteligência emocional, o que tem levado a níveis de stress, ansiedade e depressão records (González-Ramírez, 2021).

Enquanto se verifica esta situação na Costa Norte do Mediterrâneo, com a afirmação da tendência para o envelhecimento da população, tal como noutros países europeus, na outra costa do Mediterrâneo, na Costa Sul deste mar, África duplica a sua população a cada 20 anos. A ameaça da imigração desproporcionada aumenta (Idemudia e Boehnke, 2020; Perkowski e Squire, 2019; Mainwaring, 2019). É, por isso, urgente integrar a costa sul do Mediterrâneo nas perspetivas de desenvolvimento de políticas públicas europeias.

O desporto pode ajudar a aprender e a consolidar competências como a resiliência, a paciência, o trabalho em equipa, a concentração

O projeto Sbs4Med procura refletir e estudar respostas a estas quatro crises, demonstrando a relevância do desporto como motor de integração, desenvolvimento e educação. A demonstração concreta do impacto social do desporto permite reequacionar o seu valor e potenciar o seu reconhecimento social (Lyras e Peachey, 2011; Moriconi, 2020; Jackson, 2013; Nygard e Gates, 2013; Malm *et al.*, 2019; Moriconi e Almeida, 2019), ajudando a superar a crise na qual se encontra atualmente.

Particularmente, o Sbs4Med demonstra o potencial do desporto como fomentador de competências chave para ter sucesso no mercado laboral, o que contribui para atenuar a segunda crise, a do mercado laboral e o desemprego.

Concretamente, o desporto pode ajudar a aprender e a consolidar competências como a resiliência, a paciência, o trabalho em equipa, a concentração, todas fundamentais na hora de enfrentar contextos críticos, e superar focos de stress e ansiedade. O desporto, como transmissor de competências, é uma ferramenta chave para combater focos complexos de problemas de saúde pública e instabilidade mental. Foi isso o que motivou os líderes de opinião de todo o mundo a recomendar o exercício físico durante os confinamentos.

Por último, o Sbs4Med propõe uma área de intervenção e influência abrangente, chegando à costa norte africana, juntando entidades diversas numa parceria que abarca as áreas académica e de intervenção social e incorporando parceiros associados no Egito, Tunísia e Argélia. O projeto procura ser também uma ferramenta para o desenvolvimento dessa região, através do apoio à criação de mais e melhores recursos humanos que possam dinamizar as economias locais. O impacto do desporto, além das vantagens para a saúde, é também cultural, social e económico. A disponibilização de ferramentas em acesso livre e formato digital a que o projeto se propõe, pretende sensibilizar e formar para esta forte interligação entre prática desportiva, empregabilidade,

empreendedorismo, vida saudável, integração social, com o objetivo final de proporcionar a vivência plena do indivíduo na comunidade.

CONCLUSÕES

Este artigo demonstra a utilidade do desporto como fator de desenvolvimento social e o contributo que a investigação sobre e através do desporto pode ter para o estudo e a intervenção social na área da saúde (física e mental). Apesar do seu impacto social e económico, cientificamente comprovado, a relevância do desporto é, por vezes, posta em causa e o sector ainda luta por conseguir o lugar que merece na agenda política e académica. Nesse sentido, o programa Erasmus + Sport tem-se convertido numa ferramenta eficiente para responder a estas necessidades e colocar as instituições académicas, desportivas e políticas a trabalhar conjuntamente para revalorizar o desporto e convertê-lo numa fonte permanente de desenvolvimento social. E o Iscte, através do SbS4Med e de outros projetos, tem sido um ator relevante neste processo.

REFERÊNCIAS

- Chen, P., Mao, L., Nassis, G. P., Harmer, P., Ainsworth, B. E., & Li, F. (2020). Coronavirus disease (COVID-19): The need to maintain regular physical activity while taking precautions. *Journal of sport and health science*, 9(2), 103-104.
- Coalter, F. (2005). *The social benefits of sport* (Vol. 17). Edinburgh: SportScotland.
- Dwyer, M. J., Pasini, M., De Dominicis, S., & Righi, E. (2020). Physical activity: Benefits and challenges during the COVID-19 pandemic. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 30(7), 1291-1294.
- González-Ramírez, M. T., & Landero-Hernández, R. (2021). Diferencias en tolerancia a la frustración entre Baby Boomers, Generación X y Millennials. *Ansiedad y Estrés*, 27, 89-94.
- Idemudia, E., & Boehnke, K. (2020). Patterns and current trends in African migration to Europe. In *Psychosocial Experiences of African Migrants in Six European Countries* (pp. 15-31). Springer, Cham.
- Jackson, S. J. (2013). The contested terrain of sport diplomacy in a globalizing world. *International Area Studies Review*, 16(3), 274-284.
- Karamessini, M., Symeonaki, M., Stamatopoulou, G., & Parsanoglou, D. (2019). Factors explaining youth unemployment and early job insecurity in Europe. In *Youth Unemployment and Job Insecurity in Europe*. Edward Elgar Publishing.
- Khan, K. M., Thompson, A. M., Blair, S. N., Sallis, J. F., Powell, K. E., Bull, F. C., & Bauman, A. E. (2012). Sport and exercise as contributors to the health of nations. *The Lancet*, 380(9836), 59-64.
- Lyras, A., & Peachey, J. W. (2011). Integrating sport-for-development theory and praxis. *Sport management review*, 14(4), 311-326.
- Mainwaring, . (2019). *At Europe's Edge: Migration and Crisis in the Mediterranean*. Oxford University Press.
- Malm, C., Jakobsson, J., & Isaksson, A. (2019). Physical activity and sports—real health benefits: a review with insight into the public health of Sweden. *Sports*, 7(5), 127.
- Moriconi, M. (2015). (I) legalidad y desmaterialización de la justicia: consideraciones preliminares sobre su efecto en la estabilidad psíquica del ciudadano. (I) *legalidad y desmaterialización de la justicia: consideraciones preliminares sobre su efecto en la estabilidad psíquica del ciudadano*, (1), 9-28.
- Moriconi, M. (2020). Deconstructing match-fixing: a holistic framework for sport integrity policies. *Crime, Law and Social Change*, 74(1), 1-12.
- Moriconi, M., & Almeida, J. P. (2019). Portuguese fight against match-fixing: Which policies and what ethic?. *Journal of global sport management*, 4(1), 79-96.
- Nygård, H. M., & Gates, S. (2013). Soft power at home and abroad: Sport diplomacy, politics and peace-building. *International area studies review*, 16(3), 235-243.
- Perkowski, N., & Squire, V. (2019). The anti-policy of European anti-smuggling as a site of contestation in the Mediterranean migration 'crisis'. *Journal of ethnic and migration studies*, 45(12), 2167-2184.
- Pizzo, A. D., Na, S., Baker, B. J., Lee, M. A., Kim, D., & Funk, D. C. (2018). eSport vs. sport: A comparison of spectator motives. *Sport Marketing Quarterly*, 27(2).
- Ramos, M. R., & Moriconi, M. (2018). Corruption in Latin America: Stereotypes of politicians and their implications for affect and perceived justice. *Social Psychological and Personality Science*, 9(2), 111-122.
- Schulenkorf, N., Sherry, E., & Rowe, K. (2016). Sport for development: An integrated literature review. *Journal of sport management*, 30(1), 22-39.
- Spaaij, R. (Ed.). (2019). *The social impact of sport: cross-cultural perspectives*. Routledge.
- Tomić, I. (2018). What drives youth unemployment in Europe? Economic vs non-economic determinants. *International Labour Review*, 157(3), 379-408.



5.

O papel do desporto adaptado no bem-estar: recomendações

Ana Brochado

Professora Auxiliar com Agregação do Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral (IBS) e Investigadora do DINÂMIA'CET-Iscte

<https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/ana-brochado/cv>

Pedro Dionísio

Professor Catedrático do Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral (IBS) e Investigador da BRU-Iscte

<https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/jose-pedro-da-cunha-catalao-dionisio/cv>

Carmo Leal

UNIDCOM|IADE Universidade Europeia, Lisboa, Portugal

RESUMO

O presente documento analisa o papel do desporto na promoção da saúde mental e física do portador de deficiência. São identificadas as principais barreiras e facilitadores para a prática de desporto adaptado, bem como os fatores associados à adesão inicial e ao abandono. Foi efetuada uma análise de conteúdo dos resultados de dois *focus group*, que contaram com a participação de diversos intervenientes ligados à área, entre clubes fundações e associações. Os resultados revelam que as motivações internas são os principais fatores determinantes da adesão ao desporto adaptado: saúde, convívio social, satisfação e inclusão. Os principais determinantes das decisões de abandono são custo, o transporte e a acessibilidade. São apresentadas propostas de intervenção para a melhoria do bem-estar do portador de deficiência através da prática de desporto adaptado.

Palavras-chave: desporto adaptado; deficiência; motivação; barreira; bem-estar

INTRODUÇÃO

O desporto desempenha um papel importante na promoção da saúde mental e física do portador de deficiência. Os indivíduos portadores de deficiência que praticam desporto classificam-se a si próprios de forma mais favorável em termos de bem-estar psicológico relativamente aos não praticantes (Lundberg et al., 2010).

Apesar de a literatura reconhecer a associação entre a participação no desporto e o desenvolvimento da saúde física e mental dos praticantes, o estatuto marginal dos indivíduos portadores de deficiência tem minado o seu envolvimento na cultura desportiva dominante (Cassese e Raiola, 2017; Kiuppis, 2018; Christiaens & Brittain, 2021).

A participação no desporto e na atividade física por pessoas portadoras de deficiência tem sido frequentemente vista como veículo para a terapia física ou psicológica. No entanto, o desporto pode ser uma ferramenta eficiente na inclusão social (Christiaens & Brittain, 2021). Kiuppis (2018) realça que a escolha individual de uma atividade desportiva deve envolver não só atividades separadas para pessoas com deficiência, como também atividades modificadas concebidas para todos, em estruturas inclusivas.

A experiência da prática de desporto é um sentimento derivado das avaliações dos atletas sobre se as suas experiências satisfazem um ou mais dos seus valores e necessidades em seis vertentes: disponibilidade, autonomia, desafio, mestria, envolvimento e significado (Evans et al., 2018).

A prática de desporto adaptado oferece oportunidades para a construção de relações sociais, experimentar a liberdade, o sucesso, bem como uma comparação positiva com outros atletas portadores de deficiência (Lundberg et al., 2011).

O estudo de Darcy et al. (2017) revelou a existência de cinco fatores de motivação (ou constrangimento) para a prática de desporto adaptado: o equipamento necessário, as condições económicas, questões intrapessoais, interpessoais e problemas de transporte e localização das instalações. A literatura reconhece, igualmente, o papel da família dos jovens portadores de deficiência, quer na experimentação, quer na fidelização da prática desportiva (Evans et al., 2018; Armila et al., 2017). A localização das instalações e a acessibilidade são cruciais para um atleta com dificuldade de mobilidade (Gombás & Gál, 2016).

A realização de Jogos Paralímpicos, no verão de 2021, trouxe novamente para a discussão pública a prática desportiva de atletas com deficiência. Segundo a Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência (FPDD, 2021), no ano de 2020 apenas 0,135% das pessoas portadoras de deficiência

O estatuto marginal dos indivíduos portadores de deficiência tem minado o seu envolvimento na cultura desportiva dominante

praticavam desporto de forma formal. O estudo realizado por Saraiva et al. (2013) revelou que para além da baixa taxa de envolvimento em atividades desportivas adaptadas em Portugal, também se observava uma distribuição assimétrica desta população em todo o território nacional. Considerando os atletas portadores de deficiência inscritos em clubes, 27% praticavam futsal, basquete ou Boccia, 20% atletismo, deixando uma percentagem de 13% para a natação e 12% para o futebol de 11.

Tendo em conta a reduzida falta de conhecimento sobre a realidade do desporto adaptado em Portugal, o presente documento propõe-se apresentar os resultados de um estudo exploratório sobre o tema, e propor recomendações para a promoção da prática desportiva de indivíduos portadores de deficiência em Portugal.

O DESPORTO ADAPTADO EM PORTUGAL: ENQUADRAMENTO JURÍDICO

A Constituição da República Portuguesa consagra, no seu Artigo 79º, o direito à cultura física e ao desporto para todos. Também no Artigo 1.º da Lei n.º 30/2004, de 21 de julho – Lei de Bases do Desporto – se assume o desporto como fator indispensável na formação da pessoa e no desenvolvimento da sociedade. Sendo as determinações constantes nos artigos 5.º, 26.º, 32.º, 70.º e 82.º relativas à prática desportiva do cidadão com deficiência. Quanto à Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto – Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência – refere-se à importância da prática desportiva para os cidadãos com deficiência, como o são as medidas para a habilitação e reabilitação (artigo 25.º). As normas técnicas quanto às acessibilidades de instalações desportivas encontram-se definidas no Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de agosto. Quanto ao Desporto Adaptado Opcional nas Escolas, de referir o Decreto-lei n.º 3/2008 de 7 de janeiro – Apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo.

PRÁTICA DE DESPORTO ADAPTADO

De acordo com os Censos 2011, aproximadamente 9% da população portuguesa (900 mil pessoas) possui uma ou mais deficiências e/ou limitações funcionais. De acordo com os dados da FPDD, em 2020, apenas cerca de 0,135% dos indivíduos com deficiência (1217 atletas) são praticantes

formais de desporto. Este grupo encontra-se representados em 98 clubes e em 18 distritos. Três em quatro praticantes de desporto adaptado são homens. A percentagem de praticantes nos escalões jovens é também reduzida, sendo que se observa um decréscimo dos indicadores relativos à prática de desporto adaptado nos últimos 5 anos. Por exemplo, o número de clubes em atividade passou de 160 para 98, neste período. A tabela 1 contém informação adicional sobre a evolução desta realidade.

Tabela 1. Situação desportiva do desporto para pessoas com deficiência em Portugal, 2016-2020

	2016	2017	2018	2019	2020
N.º de praticantes	1450	1609	1362	1368	1217
Taxa de participação feminina	26	23	24	24	25
N.º de praticantes nos escalões jovens (até juniores)	103	76	70	61	74
Implantação geográfica (n.º de distritos)	19	18	19	20	18
N.º de clubes em atividade	160	110	11	155	98
N.º de ações de formação	46	38	46	56	
N.º de árbitros e juizes	39	27	43	37	24
N.º de treinadores/técnicos	133	123	135	154	122

Fonte: FPDD (2021)

Em termos de recursos humanos existiam, no ano de 2020, 41 Dirigentes, 59 Técnicos Assistentes Desportivos, 38 Parceiros de Competição e 10 Elementos de apoio médico. Um conjunto de 94 atletas integravam, em 2020, o sub-sistema de Seleções Nacionais e Alto Rendimento (ver tabela 2).

Tabela 2. Praticantes no regime de Seleções Nacionais e Alto Rendimento

	2016	2017	2018	2019	2020
Com Nível A	72	47	108	86	75
Com Nível B	0	5	8	0	3
Com Nível C	16	9	2	1	16
Total	88	61	118	87	94

Fonte: FPDD (2021)

NOTA METODOLÓGICA

No presente trabalho foram realizadas duas discussões de grupo (*focus group*) com 35 participantes, representativos de 30 entidades ligadas ao desporto adaptado, entre clubes, ginásios, associações relacionadas com a deficiência de várias naturezas, associações e federações, para além de pessoas ligadas ao desporto escolar. Este conjunto de entidades permitiu reunir a perspetiva de ambos os lados (oferta de desporto e a procura). O guião do *focus group* incluiu questões sobre o conceito de desporto adaptado, fatores de adesão inicial e de abandono por parte dos portadores de deficiência, o papel dos eventos e das políticas públicas. As reuniões foram conduzidas por dois moderadores e gravadas. Foi efetuada uma análise de conteúdo das transcrições das intervenções. O trabalho de campo deste documento foi realizado no âmbito da preparação para Lisboa | 2021 – Capital Europeia do Desporto.

RESULTADOS

A análise de conteúdo das transcrições do *focus group* relevou que o termo Desporto Adaptado não é hoje um termo comumente aceite. O termo Desporto Adaptado é por alguns setores considerado como pouco correto, sendo entendido como discriminatório de uma população e tende a extinguir-se. Surgem em alternativa, termos como: Desporto para todos, Desporto para pessoas com deficiência, Desporto acessível, entre outros, não sendo estes também consensuais.

Quanto aos fatores iniciais de adesão à prática que cada entidade identificou como os cinco mais relevantes, aparecem em primeiro lugar as motivações internas, a inclusão/integração/ grupo/convívio, a acessibilidade, a família e amigos, os fatores relacionados com sociedade/políticas/ organização. Também foram referidos a saúde, a competição, a informação/comunicação, os horários, a segurança, a resposta técnica e o contacto com a prática/figura conhecida.

A propósito das motivações internas para a prática de desporto adaptado, um participante referiu “a saúde, a vida social e a satisfação estão entre os principais motivos para a prática desportiva, até pelo crescente reconhecimento dos benefícios associados à prática desportiva nestes domínios”. Outros participantes reforçaram “a inclusão, o convívio social, o melhorar no dia a dia os seus objetivos físicos e psicológicos” e “o desejo de exhibir junto da família/ amigos as potencialidades”.

No tocante aos fatores de abandono da prática, aparecem em primeiro lugar fatores relacionados com o custo/apoio, seguidos dos transportes, da acessibilidade e das motivações internas

No tocante aos fatores de abandono da prática, aparecem em primeiro lugar fatores relacionados com o custo/apoio, seguidos dos transportes, da acessibilidade e das motivações internas. De seguida, a falta de apoio de família amigos, os fatores relacionados com sociedade/ políticas /organização e a resposta técnica. E ainda variáveis como os locais disponíveis/distância, a comunicação/informação, os horários, a saúde/lesões.

Relativamente aos custos, um participante considerou que “são um entrave direto. A carrinha e motorista têm sempre encargos”. Por outro lado, os “Transportes urbanos são muito pouco acessíveis (estações de Metro inacessíveis, falta de carreiras de autocarro em horários noturnos ou em dias não úteis, quando ocorre muita da prática desportiva)”.

Quanto às acessibilidades, “quando falamos da prática de Desporto Adaptado, devemos considerar sempre que a existência de barreiras arquitetónicas e a inexistência de equipamentos adaptados podem constituir-se como barreiras à prática desportiva”. A tabela 3 apresenta uma sistematização dos resultados.

Tabela 3 – Prioridades de intervenção

Ordem de importância	Fatores de Adesão Inicial	Fatores de Abandono
1	Motivações internas – 12	Custos – 12
2	Inclusão / Integração / Grupo / Convívio – 12	Acessibilidades – 9
3	Acessibilidade – 7	Transporte – 9
4	Família e Amigos – 7	Motivações internas – 6
5	Sociedade / Políticas / Organização – 5	Família e amigos – 5
6	Saúde – 5	Sociedade / Políticas / Organização – 5
7	Competição – 2	Resposta Técnica – 5
8	Informação / Comunicação – 2	Locais Disponíveis / Distância – 4
9	Horário – 2	Informação / comunicação – 2
10	Segurança – 1	Horários – 2
11	Resposta Técnica – 1	Saúde / lesões – 2
12	Transporte – 1	
13	Contacto com a Prática / figura conhecida – 1	

Nota: Os números incluídos nas segunda e terceira colunas representam o número de participantes que indicaram o fator nas sessões de grupo.

Quanto aos eventos, os participantes referiram que os espectadores estão muitas vezes associados a familiares e amigos dos participantes. Conclui-se ainda que a acessibilidade é um ponto-chave a ter em atenção numa organização de um evento.

Relativamente à política desportiva em Portugal, face às reais necessidades do Desporto Adaptado, os participantes concluíram que se têm desenvolvido e aprofundado aspetos positivos, em termos de enquadramento legislativo, mas está muito virada para a competição e falta um encadeamento das políticas. Já quanto às políticas a nível europeu, não tem havido grande reflexo e as falhas estão, muitas vezes, na fraca operacionalização e na excessiva burocratização.

RECOMENDAÇÕES

Atendendo à reduzida percentagem de população com deficiência que pratica formalmente desporto, revela-se necessário o reforço de ações para captar e reter mais pessoas na prática desportiva regular. Adicionalmente, observa-se a necessidade de uma abordagem que permita uma maior participação feminina e de atletas jovens. Assume particular relevo a promoção da experimentação e da fidelização nestes dois grupos. Os resultados do presente estudo indicam a existência de potencial de melhoria em diversas áreas, designadamente: acessibilidades e transportes, protocolos e apoios, trabalho em rede, desporto opcional nas escolas, associações, coletividades e clubes, eventos, experimentação e comunicação. Mais especificamente podem enunciar-se as recomendações seguintes.

A. Acessibilidades e transportes

1. Melhorar as acessibilidades em termos de oferta de transportes públicos para a prática de desporto adaptado. Garantir a acessibilidade a infraestruturas como piscinas e pavilhões. Criação de tarifários especiais para pessoas com deficiências.
2. Garantir as melhores condições para todos os acompanhantes dos praticantes de desporto adaptado (e.g., condições existentes ao nível de casas de banho).
3. Garantir a disponibilidade de espaços nas horas de maior afluência de modo a não diferenciar pela negativa todos os praticantes de Desporto Adaptado.

B. Protocolos e apoios

4. Criação de uma acreditação a empresas/entidades, como fornecedores de equipamentos, instalações desportivas e ginásios, que incentive a que

se tornem as instalações mais acolhedoras e acessíveis às pessoas com deficiência. Atribuição de um certificado/selo “Entidade amiga do Desporto Adaptado”.

5. Apoio à inovação em matéria de equipamentos desportivos dedicados aos cidadãos com deficiência.

C. Trabalho em rede

6. Criar um banco de ajudas técnicas desportivas e partilha de materiais e equipamentos entre utilizadores e entre entidades. Equipamentos, espaços, treinadores, entre outros ativos, poderão ser utilizados por vários clubes, associações e coletividades, pelo que deverá ser criada uma plataforma de partilha de informação que maximize possíveis sinergias.
7. Criação de uma verdadeira agenda desportiva sobre Desporto Adaptado dentro de um site a criar e que contenha toda a informação relevante.

D. Desporto opcional nas escolas

8. Fomentar o Desporto Adaptado Opcional nas Escolas. Fazer mais demonstrações nas escolas, mostrando como é o Desporto Adaptado.
9. Desenvolver ações de sinalização de jovens com deficiência potencialmente aptos para a prática desportiva adaptada, nomeadamente pela articulação ao nível do ensino entre escolas e clubes, federações e associações.

E. Associações, coletividades e clubes

10. Promover junto de todos a inclusão, de modo que se criem condições para a prática de Desporto Adaptado, possibilitando soluções mesmo que essa prática/modalidade não seja a que é procurada à partida pela pessoa que chega ao clube/coletividade pela primeira vez.
11. Desenvolvimento de ações nas várias vertentes que podem ser incluídas no âmbito do Desporto Adaptado, tais como a alta competição, a competição, a recreação, o lazer, o bem-estar e a saúde.

F. Eventos

12. Promover junto dos principais organizadores de eventos desportivos, a inclusão, nas suas provas, de ações de sensibilização para a prática de Desporto Adaptado.
13. Reforço das ações direcionadas para os media em todos os eventos de Desporto Adaptado ou eventos que tenham uma componente de prática desportiva adaptada. Deve ser promovida a sua visibilidade, contribuindo para um reforço de uma imagem positiva.

14. Desenvolver estratégias para fomentar a presença de espectadores. Estratégias que incrementem a exposição, aproveitando eventos de outro esporte de grande afluência de espectadores.

G. Experimentação

15. Quanto à continuidade de praticantes, propomos a criação de um programa de fidelização que funcione como um incentivo para a prática de determinada modalidade.
16. Potenciar a prática equitativa por gênero, avançar com uma campanha de promoção da atividade física e esporte, direcionada para mulheres com deficiência.
17. Realização de um Censo sobre o Desporto Adaptado. Qual a população potencial de utentes? Que clubes, coletividades, associações e escolas é que têm Desporto Adaptado? O que se faz, quem faz o quê, quem e quantos estão no sistema, quantos poderiam estar, e porque não estão?
18. Promoção de ações que tenham em conta o reforço da inclusão desportiva. Tal pode concorrer para o incremento da variedade e quantidade de espectadores, muitas vezes associados a familiares e amigos dos participantes.

H. Comunicação

19. Realização de um trabalho de comunicação que recorra a figuras públicas, incluindo atletas paralímpicos, que facilite desse modo a promoção e sensibilização para esta temática.
20. Fortalecer o marketing do desporto adaptado/paralímpico, através de estratégias de *engagement*/criação de laços com o público/*mainstream*. O Marketing deve-se focar na emoção do desporto praticado e todos os seus componentes, em vez da superação dos atletas face às suas dificuldades.
21. Promoção e divulgação sistemática das atividades/eventos, potenciando a participação/assistência. Manter o foco na constante promoção/divulgação.
22. Reforço, como referido, da divulgação através das redes sociais, dos media e convidar individualidades ligadas ao desporto, sejam eles atletas com ou sem deficiência, treinadores conceituados, políticos.
23. Devido a uma receita não existente e a uma praticamente nula aquisição de direitos de televisão, bem como um nicho de mercado de vestuário/ equipamento, grande parte do financiamento de eventos de dimensão nacional, relativos ao Desporto Adaptado terá de vir de patrocínios.

Quanto aos patrocínios de espetáculos desportivos no âmbito do Desporto Adaptado por grandes marcas, deve ser inculido nas mesmas a importância de serem reconhecidas como promotoras de causas.

Acreditamos que a aplicação das recomendações apresentadas no presente estudo, venha a resultar num desejado crescimento efetivo do Desporto Adaptado em Portugal, tanto em quantidade como em qualidade.

REFERÊNCIAS

- Armila, P., Rannikko, A. e Torvinen, P. (2017). Young people with intellectual disabilities and sport as a leisure activity: notions from the Finnish welfare society. *Leisure Studies*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/02614367.2017.1397184>.
- Assembleia da República (1976). Constituição da República Portuguesa. Lisboa, AR.
- Cassese, F.P. and Raiola, G. (2017). The importance of sport in disability management. *Sport Science*, 10, 7-11.
- Christiaens, M. & Brittain, I. (2021). The complexities of implementing inclusion policies for disabled people in UK non-disabled voluntary community sports clubs. *European Sport Management Quarterly*, <https://doi.org/10.1080/16184742.2021.1955942>.
- Darcy, S., Lock, D. e Taylor, T. (2017). Enabling inclusive sport participation: effects of disability and support needs on constraints to sport participation. *Leisure Sciences*. 39(1), 20-41. <https://doi.org/10.1080/01490400.2016.1151842>.
- Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de agosto – Aprova o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais.
- Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro – Define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo.
- Evans, M., Shirazipour, C., Allan, V., Zanhour, M., Sweete, S., Ginis, K. e Latimer-Cheung, A. (2018). Integrating insights from the parasport community to understand optimal experiences: the quality parasport participation framework. *Psychology of Sport & Exercise*, 37, 79-90. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2018.04.009>.
- Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência (FPDD) (2021). Plano de Atividades e orçamento 2021. Disponível a partir de https://fpdd.org/wp-content/uploads/2021/01/FPDD_PAO_2021.pdf
- Gombás, J. e Gál, A. (2016): The Involvement of Budapest residents with visual impairments in leisure sports: Barriers and facilitators. *Physical Culture and Sport. Studies and Research*, 70(1), 44-54. . <https://doi.org/10.1515/pcssr-2016-0008>.
- Kiuppis, F. (2018). Inclusion in sport: disability and participation, *Sport in Society*, 21(1,) 4-21, <https://doi.org/10.1080/17430437.2016.1225882>.
- Lei n.º 30/2004, de 21 de julho – Lei de Bases do Desporto.
- Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto – Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Lundberg, N., Taniguchi, S., McCormick, B. e Tibbs, C. (2011). Identity negotiating: Redefining stigmatized identities through recreational sports participation among individuals with physical disability. *Journal of Leisure Research* (43)2, 205-225. <http://doi.org/10.1080/00222216.2011.11950233>.
- Saraiva, J.P., Almeida, M.R., Oliveira, C., Fernandes, R. & Cruz-Santos, A. (2013). Adapted sport in Portugal: from concept to practice. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 18(5), 623-635. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.18n5p623>.



6.

O impacte do design arquitetónico na saúde das crianças

Susana Azevedo

Investigadora do DINAMIA'CET-Iscte

<https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/susana-azevedo/cv>

Daniel Aelenei

Faculdade de Ciência e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa, UNINNOVA-CTS

Vasco Rato

*Professor Associado do Departamento de Arquitetura e Urbanismo (ISTA)
e Investigador do ISTAR-IUL*

<https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/vasco-rato/cv>

RESUMO

Estudos recentes indicam que os espaços fechados com pouca ventilação são propícios a concentrações mais elevadas de contaminantes, causando uma redução significativa da qualidade do ambiente interior, afetando o bem-estar das pessoas, com implicações significativas na sua saúde. Este cenário é evidente em edifícios pré-escolares, tendo sido observada uma prevalência de doenças respiratórias em crianças em idade pré-escolar quando começaram a frequentar as creches e os jardins de infância. Este artigo apresenta a metodologia e os resultados, com particular foco para as características arquitetónicas, da investigação desenvolvida no âmbito do projeto de investigação Environment and Health in Children Day Care Centers (ENVIRH), realizado em edifícios pré-escolares conduzido por uma equipa multidisciplinar. Os resultados mostram que o desenho arquitetónico das salas de atividades influencia o modo como habitamos o espaço; por outro lado, as características da caixilharia, nomeadamente o tipo de folha móvel da janela,

influenciam as práticas dos utilizadores nas estratégias de ventilação tendo impacto na qualidade do ambiente interior, na saúde e bem-estar das crianças.

Palavras-chave: Arquitetura; Ventilação; Saúde; Bem-Estar; Crianças.

INTRODUÇÃO

As características do espaço arquitetónico, bem como a qualidade do ar interior, têm grande impacto na saúde e no bem-estar das pessoas, o que ficou evidente no atual contexto de saúde pública. Segundo a Organização Mundial de Saúde: Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças (WHO, 1946). Estudos recentes indicam que espaços fechados com pouca ventilação são propícios a concentrações mais elevadas de poluentes interiores, causando uma redução significativa da qualidade do ambiente interior, com impacto na saúde e bem-estar das pessoas. Este cenário é evidente nos edifícios pré-escolares, verificando-se a prevalência de infeções respiratórias em crianças com menos de 6 anos de idade quando começam a frequentar as creches (Hagerhed-Engman et al., 2006; Zuraimi et al., 2007) air-conditioned and mechanically ventilated (ACMV. Vários estudos mostram que as más condições de ventilação estão associadas a níveis elevados de dióxido de carbono nas escolas (Cano et al., 2012; Dijken et al., 2012; Neuparth et al., 2013; Viegas et al., 2012) funded by the Portuguese Foundation for Science and Technology (FCT. O dióxido de carbono (CO₂) é um gás incolor e inodoro. A concentração de CO₂ no ar interior é usada como um indicador de qualidade do ambiente interior, sendo o limite máximo de referência 1800mg/m³ (1000ppm). Concentrações de CO₂ superiores ao limite de referência são indicador da presença de outros poluentes também acima do valor de referência no ar interior, tais como microrganismos, partículas e compostos orgânicos voláteis (Clements-Croome, 2008; Fanger, 2006; Godwin & Batterman, 2007; Griffiths & Eftekhari, 2008; Shendell et al., 2004; Simoni et al., 2010; Zuraimi et al., 2003) and how IEQ affects attendance, health, or performance. This study explored the association of student absence with measures of indoor minus outdoor carbon dioxide concentration (dCO₂). Observou-se que mesmo em baixa concentração no interior, estes poluentes podem ter efeitos adversos na saúde quando a exposição é prolongada (Simoni et al., 2010)

As características do espaço arquitetónico, bem como a qualidade do ar interior, têm grande impacto na saúde e no bem-estar das pessoas

A qualidade do ambiente interior depende não só das taxas de ventilação, mas também das características arquitetónicas e dos elementos construtivos do espaço

Sweden, Denmark, France and Italy. In the cross-sectional European Union-funded HESE (Health Effects of School Environment. A qualidade do ambiente interior depende não só das taxas de ventilação, mas também das características arquitetónicas e dos elementos construtivos do espaço que estimulam ou condicionam as práticas e estratégias de ventilação (Azevedo et al., 2012). Este artigo apresenta em detalhe a metodologia e os resultados, com particular foco para as características arquitetónicas, da investigação desenvolvida no âmbito do projeto de investigação ENVIRH – Environment and Health in Children Day Care Centers (Araújo-Martins et al., 2014), realizado em edifícios pré-escolares conduzido por uma equipa multidisciplinar, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT).

MÉTODOS

Este estudo foi desenvolvido entre os meses de outubro e dezembro de 2010. No total foram observadas 45 creches, 25 em Lisboa e 20 no Porto. Em cada edifício, foram registados descritores arquitetónicos e soluções construtivas que podem influenciar a qualidade do ambiente interior e a saúde e o bem-estar das crianças. Foram nomeadamente observadas características da envolvente urbana – localização, área de implantação e tipologia; características da organização funcional do espaço – relação entre interior e exterior; e características da caixilharia – dimensão e localização das janelas, bem como o tipo de folha móvel.

Em média foram monitorizadas três salas de atividades em cada escola. No total, foram estudadas 143 salas de atividades (82 em Lisboa e 61 no Porto). Em cada sala, foram registados os seguintes dados: área e altura da sala, tipo de janelas (batente, correr ou basculante/oscilobatente), posição das janelas (abertas ou fechadas), número de crianças presentes, idade das crianças, temperatura e humidade relativa do ar e concentração de CO² no interior e no exterior (amostragem de 10 a 15 minutos correspondente ao tempo necessário para obter uma leitura estável no equipamento). Para a medição da temperatura do ar e humidade relativa no exterior e interior, foi utilizado um higrómetro digital, modelo Oregon Scientific THGR328N. A concentração de dióxido de carbono no exterior e no interior foi medida com um detetor de absorção de infravermelhos não dispersivo, modelo Telaire 7001.

Com base nos dados recolhidos, foi realizada uma análise exploratória das variáveis, nomeadamente área da sala [m²], volume da sala [m³], características

da caixilharia, orientação da sala de atividade, acesso, número de crianças, densidade ocupacional [m^{-2}], temperatura média exterior [$^{\circ}C$], temperatura interior [$^{\circ}C$], humidade relativa [%], precipitação, velocidade do vento [m/s], práticas de ventilação observadas e declaradas e concentração de CO_2 [ppm] no período de utilização. As variáveis quantitativas são apresentadas através de medianas ou gama de interquartis (25º percentil: P_{25} – 75º percentil: P_{75}) devido à existência de *outliers*, à alta variabilidade e à distribuição heterogénea. As variáveis qualitativas são apresentadas em frequências e/ou percentagens. O estudo das hipóteses para avaliar a associação entre algumas das variáveis quantitativas foi efetuado através da aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman mas, pelo facto de não ter sido detetada qualquer relação linear, foi utilizado o suavizador LOWESS (*Locally Weighted Scatterplot Smoother*) de modo a identificar a forma funcional que relaciona aquelas variáveis.

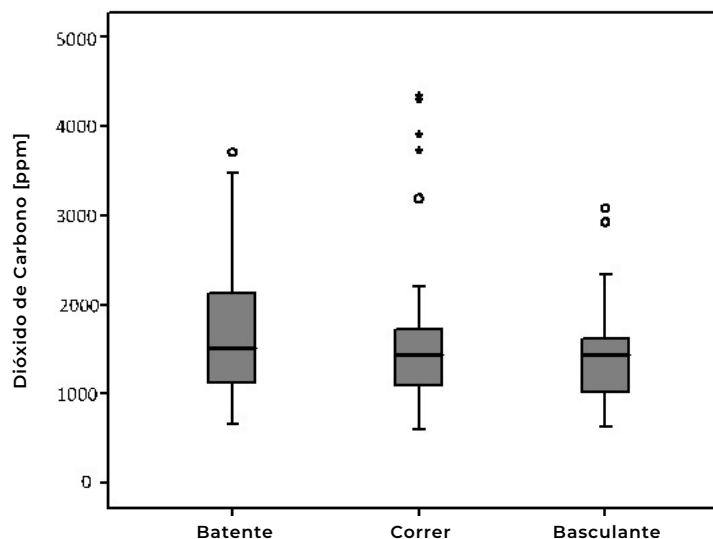
Para a comparação das variáveis quantitativas utilizou-se o teste de Mann-Whitney ou o teste de Kruskal-Wallis para estudar as hipóteses de diferenças de variáveis com duas ou mais categorias, respetivamente. Quando foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, foram efetuadas comparações múltiplas sempre que necessário, para identificar quais os grupos que diferem entre si. Para o estudo de associação entre as variáveis qualitativas, utilizou-se o teste Qui-Quadrado ou o teste Exato de Fisher, conforme necessário. Considerando-se o CO_2 como variável dependente, foram efetuadas análises univariadas. Foram calculados intervalos de confiança (95% IC) sempre que apropriado. Estes testes foram aplicados considerando o nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$). A análise dos dados foi realizada utilizando o software SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences, Chicago, Illinois, EUA

RESULTADOS

Os resultados da campanha de avaliação realizada entre outubro e dezembro de 2010, nas 143 salas de atividades, mostram concentrações de CO_2 no interior superiores a 1000ppm ($1800 \text{ mg}/m^3$) em 92% creches em Lisboa e 90% das creches no Porto. Como era de esperar, verificou-se ainda que as características da caixilharia, nomeadamente o tipo de folha móvel (batente, correr, basculante/oscilobatente), condicionam a qualidade da ventilação das salas, dado que as maiores concentrações de CO_2 foram registadas nas salas de atividade com janelas de batente (mediana=1509; P_{25} : 1119 – P_{75} :2138). Em comparação, as salas com janelas

As características da caixilharia, nomeadamente o tipo de folha móvel (batente, correr, basculante/oscilobatente), condicionam a qualidade da ventilação das salas

de correr (mediana=1433; P_{25} :1086 – P_{75} :1730) e basculantes (mediana=1433; P_{25} :1000 – P_{75} :1627) – registaram valores ligeiramente melhores (ver *boxplot* 1).



Boxplot 1 Relação entre o teor de CO₂ e o tipo de folha móvel.

Esta relação entre o tipo de janelas e a concentração de CO₂ está justificada pelo tipo de vedantes (pelúcias) existentes nas janelas de correr (mais permeáveis ao ar da envolvente) e a maior frequência de abertura das janelas com o tipo de folha móvel basculante no período de ocupação. Observou-se que 64,7% das salas com janelas basculantes ou oscilobatentes estavam abertas, e 13,2% das salas com janelas de batente estavam fechadas. Nos dias de precipitação no período de ocupação observou-se que 100% das salas com janelas basculantes ou oscilobatentes estavam abertas, e 95,2% das salas com janelas de batente estavam fechadas.

As janelas basculantes ou oscilobatentes – figura 1, quando abertas em posição basculante, não são intrusivas no espaço, não invadem a zona de atividades destinada à permanência e permitem direcionar o fluxo de ar que entra no espaço para fora da zona de ocupação – figura 2. Não apresentam problemas quando abertas, relativamente à entrada de chuva – figura 3, nem problemas a nível de segurança das crianças (eventuais quedas das crianças para o exterior, sendo pouco provável a ocorrência de entalão de dedos e choque com os membros e cabeça nas arestas das folhas).

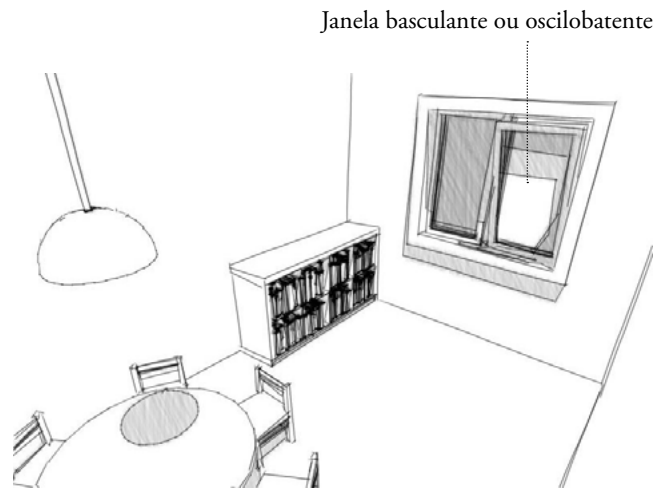


Figura 1 Desenho ilustrativo da sala de atividades com janela basculante (Azevedo, 2012).

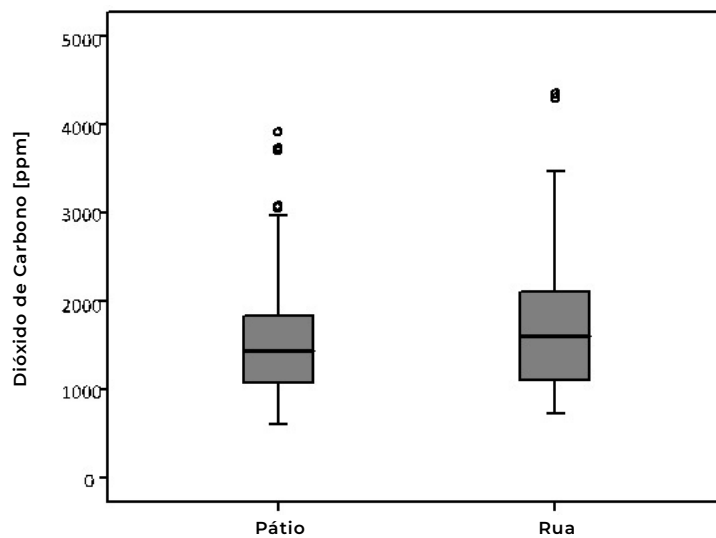


Figura 2 Desenho ilustrativo do impacto da ventilação na zona de ocupação – Janela basculante (Azevedo, 2012).



Figura 3 Desenho ilustrativo da proteção contra a entrada de chuva – Janela basculante (Azevedo, 2012).

Para além disso, verificou-se ainda que a orientação da sala de atividades também pode influenciar a qualidade da ventilação já que nas salas de atividade orientadas para a rua (mediana=1598; P25:1081 – P75:2121), foram registadas maiores concentrações de CO₂ em comparação com as salas orientadas para o pátio (mediana=1436; P25:1085 – P75:1891) – ver *boxplot 2*.



Boxplot 2 Relação entre a concentração de CO₂ e a orientação das salas de atividades.

Este facto está relacionado com as características da envolvente urbana – níveis de ruído e proximidade de vias de tráfego intenso, bem como com a privacidade e segurança das crianças. Neste sentido, observa-se que as salas orientadas para a rua – figura 4, têm frequentemente as janelas fechadas no período de ocupação (71,9%), registando maiores concentrações de CO₂. Por comparação com as salas orientadas para o pátio ou fachada tardoz – figura 5, que têm frequentemente as janelas abertas no período de ocupação (61,3%), registando menores concentrações de CO₂.



Figura 4 Desenho ilustrativo das salas de atividades orientadas para a rua (Azevedo, 2012).

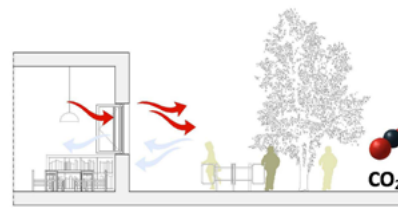
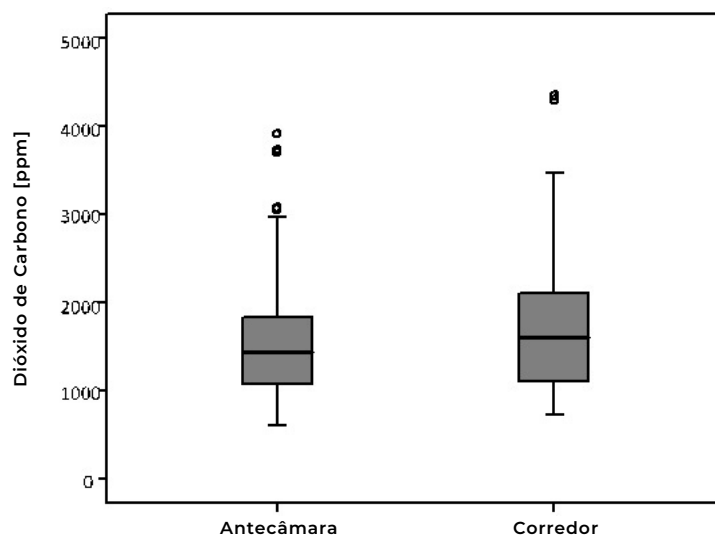


Figura 5 Desenho ilustrativo das salas de atividades orientadas para o pátio ou fachada tardoz (Azevedo, 2012).

Um outro fator que influencia a qualidade da ventilação é o acesso da sala de atividades. Registaram-se maiores concentrações de CO₂ nas salas de atividade com o acesso pelo corredor (mediana=1526; P25:1090 – P75:2033),

em comparação com as salas com acesso por antecâmara (mediana=1327; P25:1070 – P75:1644) – ver *boxplot 3*.



Boxplot 3 Relação entre a concentração de CO₂ e o acesso das salas de atividades.

Uma possível justificação para este resultado é o facto de as salas que têm acesso pela antecâmara – figura 6, frequentemente terem as portas abertas no período de ocupação das salas (63,6%), registando menores concentrações de CO₂. Em comparação com as salas que têm acesso direto pela zona de circulação – corredor – figura 7, frequentemente terem as portas abertas no período de ocupação das salas (73,8%) que registando maiores concentrações de CO₂.

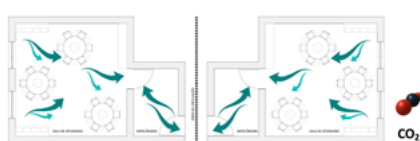


Figura 6 Desenho ilustrativo das salas de atividades que têm acesso por antecâmara (Azevedo, 2012).

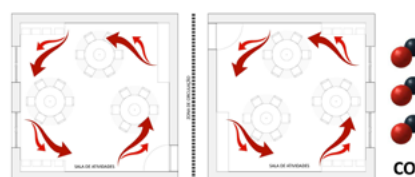


Figura 7 Desenho ilustrativo das salas de atividade que têm acesso pela zona de circulação – corredor (Azevedo, 2012).

CONCLUSÕES

Este artigo apresenta a metodologia e os resultados obtidos no estudo da relação entre características dos edifícios pré-escolares e a qualidade do ambiente interior, com particular foco para as características arquitetónicas, estudo desenvolvido no âmbito do projeto de investigação ENVIRH – Environment and Health in Children Day Care Centers. Os resultados apresentados evidenciam a necessidade de melhorar as estratégias de ventilação, visto que 92% das escolas em Lisboa e 90% das escolas do Porto apresentam concentrações médias interiores de CO₂ superiores ao limite máximo de referência de 1000ppm (1800mg/m³).

Com base nos resultados deste estudo apresentamos estratégias orientadoras de projeto para edifícios pré-escolares, a fim de promover a qualidade do ambiente interior, a saúde e o bem-estar das crianças. Neste sentido, recomendamos que as salas de atividade tenham as seguintes características de organização, bem como as seguintes características construtivas: salas em simbiose com pátio ou fachadas tardoz de modo a potenciar em conjunto a segurança, a privacidade e a ventilação; salas com acesso composto por uma antecâmara de modo a distanciar o espaço de atividade e permanência das crianças da zona de circulação; salas com janelas cujo tipo de folha móvel quando abertas não invada o espaço destinado à permanência das crianças, devendo possibilitar diferentes aberturas de modo a direcionarem o fluxo de ar que entra no espaço para fora da zona de ocupação e que quando abertas não apresentem problemas relativamente à entrada de chuva e problemas a nível de segurança, relativamente a eventuais quedas das crianças para o exterior. As janelas com folha móvel basculante ou oscilobatente demonstram ser as mais adequadas para espaços destinados à permanência de crianças. De modo geral conclui-se que a organização funcional determina a apropriação dos espaços pelos ocupantes, tem impacto na ventilação e consequentemente na qualidade do ambiente interior, com possíveis consequências na saúde e bem-estar das crianças. Por estes motivos os espaços devem ser desenhados de forma a estimular as práticas dos utilizadores nas estratégias de ventilação.

REFERÊNCIAS

- Araújo-Martins, J., Carreiro Martins, P., Viegas, J., Aelenei, D., Cano, M. M., Teixeira, J. P., Paixão, P., Papoila, A. L., Leiria-Pinto, P., Pedro, C., Rosado-Pinto, J., Annesi-Maesano, I., & Neuparth, N. (2014). Ambiente e Saúde em Creches e Infantários (ENVIRH) – Fundamentação e protocolo do estudo. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 20(6), 311–323. <https://doi.org/10.1016/j.rppneu.2014.02.006>
- Azevedo, S. (2012). *Desenho arquitetónico, ventilação e saúde em creches e jardins de infância*. Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Arquitectura.
- Azevedo, S., Viegas, J., & Aelenei, D. (2012). Environment and health in children day care centres results from phase I – Preliminary analysis of buildings physical characteristics. *Ventilation 2012*, 43.
- Cano, M., Nogueira, S., Papoila, A. L., Aguiar, F., Martins, P., Marques, J., Caires, I., Martins, J., Pedro, C., Paixão, P., Rosado-Pinto, J., Leiria-Pinto, P., Aelenei, D., Mendes, A., Teixeira, J. P., Proença, C., & Neuparth, N. (2012). *Indoor Air Quality in Portuguese Day Care Centers – ENVIRH Project. January*. <http://hdl.handle.net/10400.18/1107>
- Clements-Croome, et al. (2008). Ventilation rates in schools. *Building and Environment*, 43(3), 362–367. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2006.03.018>
- Dijken, F. Van, Bronswijk, J. E. M. H. Van, & Sundell, J. (2012). Indoor environment and pupils' health in primary schools. *Building Research & Information*, January 2012, 37–41.
- Fanger, P. O. (2006). What is IAQ? *Indoor Air*, 16(5), 328–334. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0668.2006.00437.x>
- Godwin, C., & Batterman, S. (2007). Indoor air quality in Michigan schools. *Indoor Air*, 17(2), 109–121. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0668.2006.00459.x>
- Griffiths, M., & Eftekhari, M. (2008). Control of CO2 in a naturally ventilated classroom. *Energy and Buildings*, 40(4), 556–560. <https://doi.org/10.1016/j.enbuild.2007.04.013>
- Hagerhed-Engman, L., Bornehag, C. G., Sundell, J., & Åberg, N. (2006). Day-care attendance and increased risk for respiratory and allergic symptoms in preschool age. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 61(4), 447–453. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2006.01031.x>
- Neuparth, N., Aelenei, D., Caires, I., Teixeira, J. P., Viegas, J., Cano, M., Pinto, P. L., & Martins, P. (2013). *Environmental and Health in Children Day Care Centers*. Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa | CEDOC.
- Shendell, D. G., Prill, R., Fisk, W. J., Apte, M. G., Blake, D., & Faulkner, D. (2004). Associations between classroom CO2 concentrations and student attendance in Washington and Idaho. *Indoor Air*, 14(5), 333–341. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0668.2004.00251.x>
- Simoni, M., Annesi-Maesano, I., Sigsgaard, T., Norback, D., Wieslander, G., Nystad, W., Cancianic, M., Sestini, P., & Viegi, G. (2010). School air quality related to dry cough, rhinitis and nasal patency in children. *European Respiratory Journal*, 35(4), 742–749. <https://doi.org/10.1183/09031936.00016309>
- Viegas, J., Aelenei, D., & Azevedo, S. (2012). Environment and health in children day care centre analysis and simulation of ventilation. *Ventilation 2012*, 44.
- WHO. (1946). Constitution of the World Health Organization. *American Journal of Public Health*, 36(11), 1315–1323. <https://doi.org/https://doi.org/10.2105/AJPH.36.11.1315>
- Zuraimi, M. S., Tham, K. W., Chew, F. T., & Ooi, P. L. (2007). The effect of ventilation strategies of child care centers on indoor air quality and respiratory health of children in Singapore. *Indoor Air*, 17(4), 317–327. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0668.2007.00480.x>
- Zuraimi, M. S., Tham, K. W., & Sekhar, S. C. (2003). The effects of ventilation operations in determining contributions of VOCs sources in air-conditioned tropical buildings. *Building and Environment*, 38(1), 23–32. [https://doi.org/10.1016/S0360-1323\(02\)00013-6](https://doi.org/10.1016/S0360-1323(02)00013-6)

