



Artigo original

O lugar da investigação participada de base comunitária na promoção da saúde mental

José Carlos Rodrigues Gomes^{a,*} e Maria Isabel Guedes Loureiro^b

^a Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal

^b Departamento de Estratégias em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 21 de outubro de 2012

Aceite a 3 de junho de 2013

On-line a 11 de julho de 2013

Palavras-chave:

Espaço urbano

Investigação participada de base comunitária

Promoção da saúde mental

Capacitação

R E S U M O

A saúde mental é imprescindível ao desenvolvimento social e económico das comunidades. Envolver as comunidades no desenho e desenvolvimento de planos locais de promoção da saúde mental é um importante desafio para garantir mais e melhor saúde mental a cada comunidade.

De 2009 a 2012 desenvolveu-se um estudo de caso baseado nos pressupostos de uma investigação participada de base comunitária numa comunidade urbana da região metropolitana de Lisboa, com o objetivo de fundamentar o desenho de um plano local de promoção da saúde mental local.

O resultado deste trabalho de parceria, que envolveu habitantes e organizações governamentais e não-governamentais da comunidade urbana, fundamentado na capacitação individual e comunitária da comunidade e dos seus membros, confirmou a necessidade de uma participação ativa e efetiva da comunidade no desenvolvimento de políticas locais de promoção da saúde e concluiu pela definição de 6 eixos estratégicos de intervenção pelo período temporal 2012/2015: uma escola com saúde mental; uma comunidade ativa e segura; uma comunidade solidária e inclusiva; uma comunidade atenta; uma organização económico-laboral promotora de saúde mental; uma senioridade mentalmente saudável.

© 2012 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

The role of community-based participatory research in mental health promotion

A B S T R A C T

Mental health is essential to community social and economic development. Involving communities in the design and development of mental health promotion local plans is a major challenge to ensure more and better mental health in each community.

From 2009 to 2012 a case study was developed based on the assumptions of a community-based participatory research in an urban community in the metropolitan area of Lisbon, in order to support the design of a mental health promotion local plan.

Keywords:

Urban space

Community-based participatory research

Mental health promotion

Empowerment

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: jcrgomes@ipleiria.pt (J.C.R. Gomes).

The result of this partnership, which involved inhabitants and governmental and non-governmental organizations of the urban community, based on individual and community empowerment of the community and its members, confirmed the need for an active and effective participation of the community in the development of health promotion local policies and concluded by defining six strategic areas of intervention between 2012 and 2015: a school with mental health, an active and safe community, a supportive and inclusive community, a community aware, an organization promoting economic and work mental health, a seniority mentally healthy.

© 2012 Escola Nacional de Saúde Pública. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Nota introdutória

A saúde é um dos mais importantes elementos de sucesso para o desenvolvimento de uma comunidade. A promoção da saúde, vista como o processo de capacitar as pessoas para aumentar e melhorar o controlo sobre a sua saúde¹, é uma tarefa árdua que exige o envolvimento de toda a comunidade. É com as pessoas, nos seus contextos de vida, que devemos investir no processo de construir saúde².

As políticas de saúde mental e sua dimensão económica – o capital mental – são uma parte importante da política social e da sociedade de bem-estar. O capital mental é uma condição prévia para qualquer política de inovação e de desenvolvimento da produtividade de uma comunidade.

A promoção de saúde mental é, por isso, uma responsabilidade de toda a sociedade: no comércio e na indústria, no planeamento local, na educação, na cultura, na segurança nacional e em tantos outros aspetos da sociedade, promovendo a participação efetiva de todos os cidadãos. A responsabilidade final na organização de serviços e outras atividades no campo da saúde mental pertence ao governo do país, da região, ou da comunidade local. Reconhecendo o conceito e os determinantes de saúde mental, cada país, região e comunidade local devem ter uma política de saúde mental abrangente em que os objetivos, as estratégias, as ações necessárias e os intervenientes responsáveis são indicados. Um programa de promoção da saúde mental deve ajudar cada pessoa a sentir-se bem consigo próprio e com os outros, e a desenvolver um sentido de responsabilidade em função do seu próprio bem-estar e do bem-estar dos outros. Cada membro de uma comunidade fica desta forma melhor preparado para pensar por si próprio, tomar conscientemente e realisticamente as suas decisões, adaptando-se às contrariedades da vida, integrando-se e interagindo socialmente.

A prevalência anual de 22,9% para o total do sofrimento mental e a prevalência ao longo da vida que atinge os 42,7%³ é preocupante se refletirmos no difícil momento que atravessamos de dificuldades económicas e financeiras.

Por outro lado, o constante crescimento da população em espaço urbano e o reconhecimento da importância da saúde mental na organização e funcionamento das nossas sociedades, tem levado variadas organizações governamentais e não-governamentais, especialmente nas duas últimas décadas, a lançarem vários desafios no contexto da promoção da saúde^{4,5}.

Baseado nos trabalhos de Green e Kreuter^{6,7} e de Min-ker e Wallerstein⁸, trabalhou-se num estudo de caso, numa

comunidade urbana da área metropolitana de Lisboa, para compreender o sentido e a força da relação entre variáveis que caracterizam a organização estrutural do espaço urbano, de um lado, e os níveis de saúde mental da comunidade urbana por outro, fundamentando o desenho participado de um *Plano Local de Promoção da Saúde Mental (PLPSM)*, recorrendo a uma metodologia de *Investigação Participada de Base Comunitária (IPBC)*.

Foram tomadas em consideração as competências em promoção da saúde desenvolvidas por Dempsey et al.⁹, baseadas nos conceitos e nos princípios fundamentais da promoção da saúde lançados na Carta de Otava e nas sucessivas cartas e declarações da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁰⁻¹⁵ sobre a promoção da saúde. A saúde é conceptualizada como um recurso para a vida quotidiana, enfatizando recursos sociais, pessoais e capacidades físicas. A promoção da saúde é vista não apenas como uma responsabilidade do setor saúde, mas também como a garantia do desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e de condições de vida dignas, que promovam o bem-estar sendo um processo social e político abrangente que não abarca apenas a ação dirigida a fortalecer as capacidades e as competências dos indivíduos, mas também a ação dirigida à mudança das condições sociais, ambientais e económicas. As atividades de promoção da saúde incluem os programas, as políticas e outras intervenções organizadas que sejam capacitadoras dos indivíduos e das comunidades, numa estratégia participativa, holística, intersetorial, equitativa e sustentável. No contexto da promoção da saúde mental em espaço urbano propõe-se um olhar particular à reflexão efetuada por Barry e Jenkins¹⁶. Estas competências devem ser colocadas ao serviço das comunidades (pessoas, organizações governamentais e não-governamentais) no desenvolvimento de políticas de saúde mental, baseadas em indicadores estruturais de cada realidade e do contexto do espaço urbano onde se pretenda intervir.

Investigação participada de base comunitária: uma construção partilhada

A metodologia selecionada centrou-se nos princípios da IPBC^{17,18}. Com recurso a uma metodologia de estudo de caso, analisaram-se dezenas de documentos de referência local e registos em arquivo e procedeu-se a uma observação direta e a uma observação participante da comunidade em estudo.

Recorrendo a uma amostragem em bola de neve, estratificada por área de residência, foram selecionados

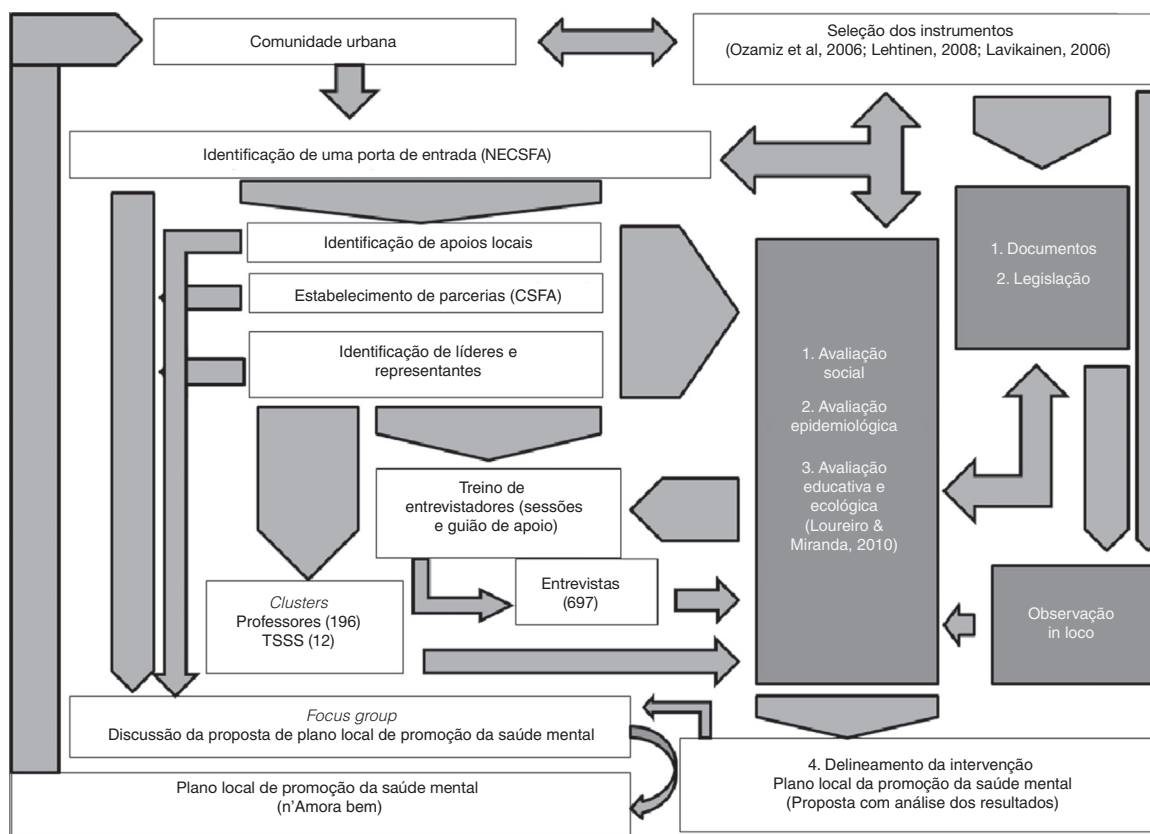


Figura 1 – Representação gráfica do PLPSM.

697 habitantes de uma cidade da área metropolitana de Lisboa. Estes habitantes foram entrevistados por 42 entrevistadores previamente formados, assim como foram enviados questionários *on-line* dirigidos aos professores (196) e aos Técnicos Superiores de Serviço Social (12) em exercício na cidade em estudo, para a caracterização sociodemográfica e para avaliação de indicadores de saúde, de indicadores relacionados com a saúde e de indicadores estruturais de saúde mental.

Com este desenho foi estruturada uma investigação que tem como entidade final a sua entidade inicial – a *comunidade* – num ciclo contínuo e virtuoso. O acesso do investigador/promotor de saúde à comunidade fez-se através do Núcleo Executivo da Comissão Social de Freguesia (NECSFA) onde se identificaram apoios locais transversais à comunidade, com os seus líderes e representantes e onde se estabeleceram as parcerias necessárias à prossecução do estudo.

A seleção dos instrumentos, subsidiada numa pesquisa bibliográfica realizada por uma equipa de investigadores europeus que definiu 31 indicadores estruturais de saúde mental¹⁹, foi igualmente discutida e aferida com o NECSFA. Num processo de reflexão contínua e de constantes efeitos de influência entre os diferentes passos delineados para a intervenção, procedeu-se ao cumprimento dos primeiros 3 passos da IPBC: 1) avaliação social, 2) avaliação epidemiológica e 3) avaliação educativa e ecológica. Numa segunda frente, procedeu-se a uma identificação de grupos de referência (*clusters*) para a recolha de dados. Se para os *clusters* Professores e Técnicos Superiores de Serviço Social (TSSS) a recolha de informação relativa aos indicadores estruturais de saúde

mental foi facilmente cumprida pelo lançamento de 2 questionários *on-line*, para chegar à população o processo tornou-se mais complexo. Procedeu-se a uma seleção de voluntários, partindo da Comissão Social de Freguesia (CSFA) e organizou-se e implementou-se formação e documentos orientadores para a recolha de dados por entrevista (fig. 1).

Foi da junção destas componentes, associadas a uma observação *in loco* (presencialmente durante 3 dias e recorrendo às novas tecnologias, em particular o [®]Google Earth), que se delineou uma intervenção que foi discutida em CSFA através de uma metodologia de *focus group*. Da discussão e análise retirada desta reflexão, em que se recorreu a uma metodologia *thinking aloud*, foi construído o Plano Local de Promoção da Saúde Mental (PLPSM), pertença da comunidade, que participou em todos os momentos no processo de IPBC.

O modelo PRECEDER/PROCEDER e a investigação participada de base comunitária

A IPBC é uma metodologia de investigação interdisciplinar que envolve investigadores do mundo académico e elementos de uma comunidade específica num trabalho de *parceria*²⁰ no desenvolvimento, implementação e divulgação de uma investigação que seja relevante para essa mesma comunidade²¹ (fig. 2).

Assim enquadrado, o estudo fez recurso a medidas estatísticas descritivas e inferenciais, sem prejuízo de um importante contexto exploratório e da participação comunitária no seu

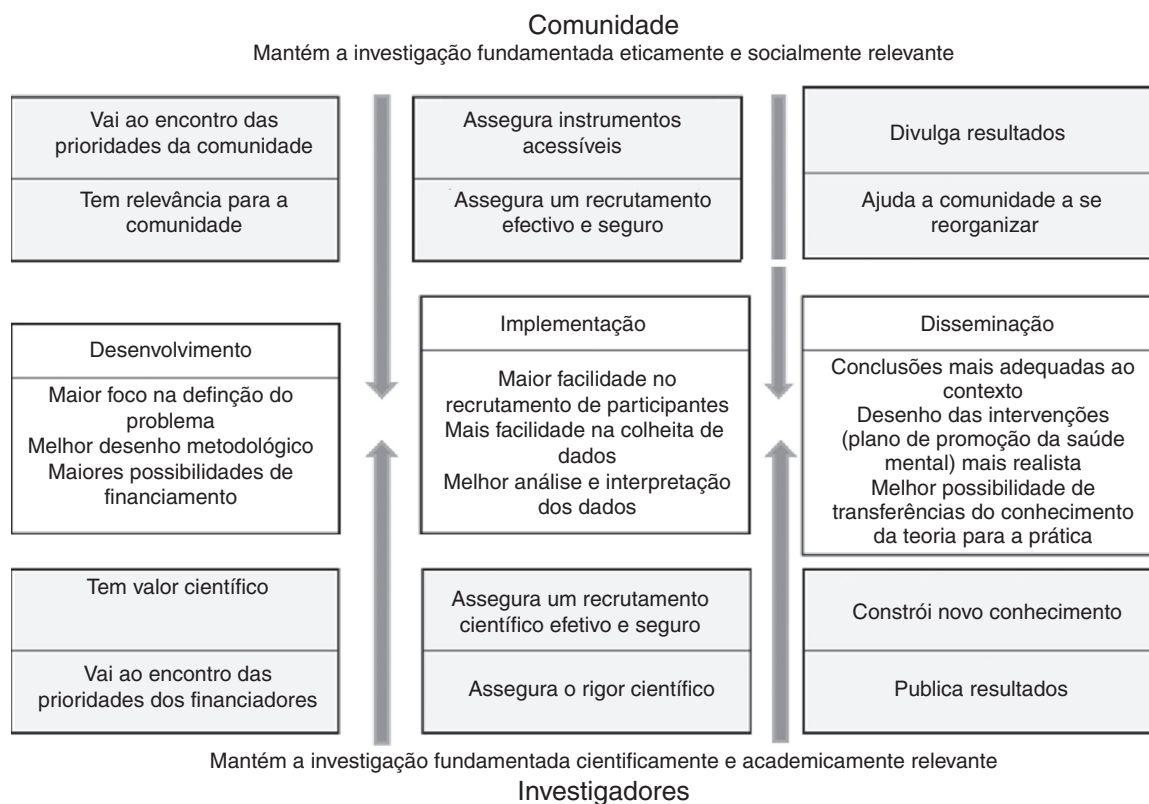


Figura 2 – As sinergias da investigação de translação.

desenvolvimento. A proposta pretendeu aproximar o estudo, que se pretende científica e academicamente relevante, da realidade de uma comunidade, com as suas características sociais e culturais específicas e as suas necessidades, conferindo-lhe também uma relevância política. Introduce, assim, uma componente de investigação de translação²², importante para o sucesso das intervenções baseadas na evidência científica.

O modelo PRECEDER/PROCEDER é um modelo de planeamento que apoia o desenvolvimento participado de programas de promoção da saúde. O seu princípio fundamental é o de que a mudança de comportamentos em saúde mais duradoura e com um melhor custo-efetividade é de natureza voluntária, envolvendo ativamente os indivíduos e as comunidades no processo de mudança. No modelo que se baseia no conceito de capacitação lançado pela Carta de Otava, é imprescindível que haja participação do(s) indivíduo(s) (*capacitação individual*) e da comunidade (*capacitação comunitária*) no processo. Este princípio é refletido num planeamento sistemático, participado e sistémico, em que a compreensão, motivação, competências e recursos (individuais e comunitários)²³ habilitam para uma participação efetiva nos assuntos da comunidade, numa perspetiva de melhoria da sua qualidade de vida.

Existe evidência de que a mudança de comportamento é mais provável e duradoura (efetiva e sustentada) quando as pessoas têm uma participação ativa nas decisões sobre o assunto. Em complemento, as pessoas fazem escolhas saudáveis mais facilmente quanto existem políticas e ambientes que facilitam esse comportamento. Aqui reside a importância

do envolvimento, desde o minuto inicial do planeamento, à implementação do plano, monitorização e avaliação do impacto em saúde das intervenções delineadas, das autoridades locais e governamentais (autarquias, administrações regionais, agrupamentos de centros de saúde (ACES), agrupamentos de escolas, forças de segurança) e também de estruturas não-governamentais (associações locais e regionais, Instituições Particulares de Solidariedade Social), bem como um envolvimento efetivo dos elementos da comunidade local.

A figura 3 representa o enquadramento do estudo no modelo PRECEDER/PROCEDER. O estudo aqui exposto apenas abrange as 4 primeiras fases do processo: 1) avaliação social, 2) avaliação epidemiológica, 3) avaliação educativa e ecológica e 4) delineamento da intervenção – (com contorno a cheio); propondo a intervenção necessária às restantes 3 fases: 5) implementação, 6) avaliação do processo, 7) impacto e avaliação dos resultados – com contorno a tracejado.

Procedimentos participados: a comunidade no centro da intervenção

A metodologia utilizada exigiu um trabalho de construção e partilha permanente com uma larga variedade de estruturas locais, governamentais e não-governamentais. O estudo foi planeado entre julho de 2006 e dezembro de 2007 com o objetivo de avançar para um trabalho de campo em 2008. Reconhecendo que em qualquer IPBC há que contar com um período de negociação longo e cheio de avanços e recuos,

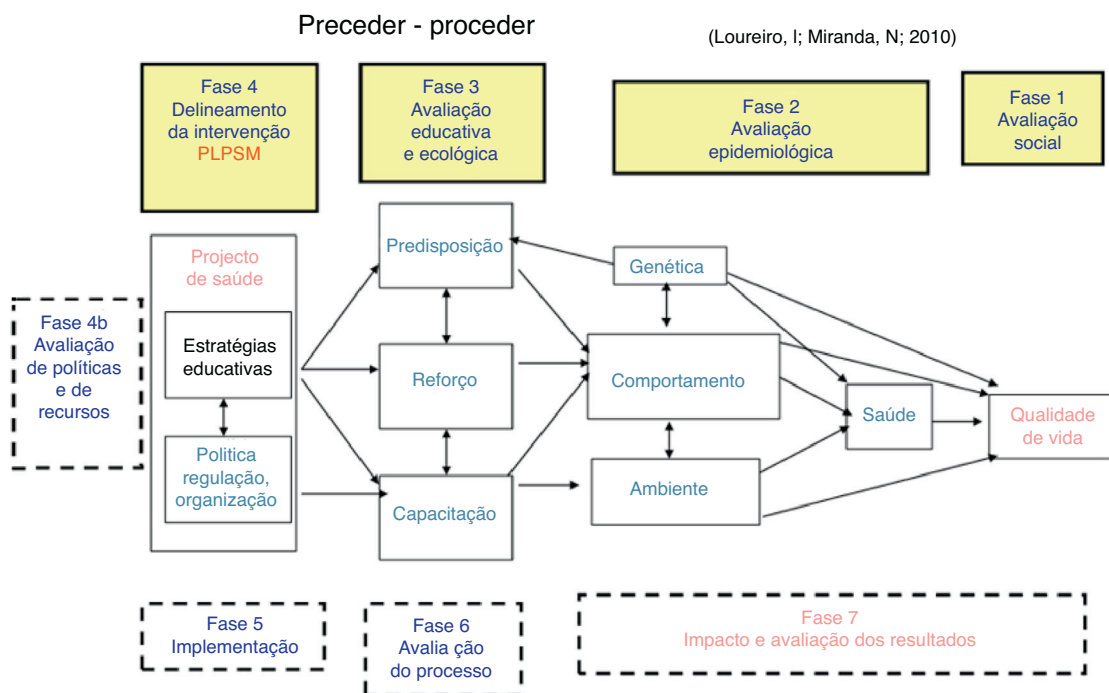


Figura 3 – Enquadramento do estudo no modelo PRECEDER/PROCEDER.

quando, em 2009, as condições para o desenvolvimento do trabalho estavam construídas, as eleições autárquicas que decorreram nesse ano (2009) obrigaram a um período de espera. Foi manifestado interesse pelo projeto, mas o momento político não era o adequado considerando a possibilidade de mudança nas estruturas de gestão autárquica.

No final de 2009, ultrapassados os contratempos, reiniciaram-se os contactos. Um pedido de ajuda de uma autarquia local (freguesia urbana da área geográfica onde se tinham iniciado os contactos) para o desenvolvimento de um PLPSM veio dar forma ao arranque efetivo do estudo. O desenho inicialmente proposto foi discutido e negociado, tendo sido revisto e adaptado.

Estava identificada a *porta de entrada* e construídas as condições essenciais para o avanço do processo. O início da fase deste planeamento participado iniciou-se pela *avaliação social*, em que se identificaram os determinantes sociais que influenciam a saúde mental e as prioridades dos indivíduos e da população urbana em estudo (o desemprego, os estilos de vida, o sentimento de segurança, a urbanização, a coesão social, a qualidade de vida, entre outros).

A Rede Social desempenhou uma importante função. Baseado neste pressuposto, o centro da intervenção foi o NECSFA. Este diagnóstico local implicou, para cumprimento dos seus objetivos no âmbito de um planeamento em promoção da saúde mental, a aplicação de várias premissas descritas na [tabela 1](#).

No respeito por estas premissas, o diagnóstico social foi baseado: 1) na participação dos profissionais envolvidos e da comunidade; 2) na manutenção do foco na finalidade; 3) na preocupação com as interligações; 4) na identificação de temas relacionados com a teoria e com a investigação; 5)

na promoção da confiança; 6) na focalização nos indicadores sociais, económicos e educativos.

Seleção e operacionalização das variáveis: um processo participado

Ainda numa fase de diagnóstico interessou, igualmente, proceder a uma *avaliação epidemiológica*, em que se determinaram os problemas de saúde e seus determinantes (a morbilidade, os fatores de risco e os fatores protetores).

Esta visão inicial do diagnóstico social e epidemiológico foi reforçada com uma *avaliação dos ambientes e dos contextos e a sua relação com os comportamentos*, que procurou identificar as práticas de saúde relacionadas com os problemas de saúde – aquilo a que Lawrence Green denomina *de indicadores vitais* (as ações preventivas, a utilização e o acesso aos serviços de saúde, o autocuidado, os estilos de vida, os aspetos económicos e familiares, as condições de habitação, o mercado de trabalho, o espaço urbano e o ambiente escolar e laboral). Este diagnóstico comportamental apontou a três frentes: o individual (alimentação, atividade física, amamentação, consumo de medicamentos, participação social, vida profissional); o organizacional (formas de interação entre os profissionais e setores que influenciam a saúde dos outros no seio do ambiente circundante com especial relevo para a estrutura física, o ambiente escolar e o trabalho social desenvolvido na comunidade em estudo); e o político (ações que podem influenciar o ambiente físico, social ou político: planeamento urbano, incluindo espaços verdes, criação de ambientes seguros e agradáveis e promoção da saúde nos locais de trabalho e em meio escolar).

Tabela 1 – Premissas para o diagnóstico social e passos no âmbito do PLPSM

	Premissas para o diagnóstico social	Passos no desenvolvimento do PLPSM
1	Identificar uma porta de entrada na comunidade	Foi através da própria junta de freguesia e do NECSFA que se iniciou o processo de IPBC
2	Identificar apoios locais	Os apoios locais foram identificados a partir do plenário da CSFA
3	Estabelecer parcerias	A parceria foi estabelecida com organizações e com indivíduos: várias estruturas governamentais e não-governamentais participaram ativamente no processo Quarenta e dois entrevistadores foram formados para participarem nas 720 entrevistas realizadas
4	Identificar líderes e representantes	Os elementos constituintes do NECSFA foram identificados como líderes e representantes da comunidade
5	Recolher dados	Indicadores selecionados e operacionalizados com a participação ativa do NECSFA Dados recolhidos em documentos oficiais dos diferentes níveis NUTS da área em estudo Dois questionários colocados <i>on-line</i> para recolha de dados junto dos estratos <i>Professores e Técnicos Superiores de Serviço Social</i> Quarenta e dois entrevistadores participaram nas 720 entrevistas realizadas nas 6 semanas de recolha de dados
6	Executar a análise	Uma primeira reunião de avaliação preliminar foi realizada em abril de 2011 O PLPSM foi discutido a 16 de novembro de 2011 com o NECSFA e com o plenário da CSFA
7	Produzir relatório e preparar o seguimento, através de encontros abertos	Elaborado relatório final e apresentado ao governo local. Definida estratégia de desenvolvimento do PLPSM
8	Compreender o contexto económico e sociopolítico	Eixos de análise: questionário população; acordo Portugal-UE-FMI; reuniões com o NECSFA

Desta forma, o estudo incorporou variáveis relativas à caracterização do espaço urbano, recorrendo ao trabalho desenvolvido por Ozamiz et al. – o *Questionário de Indicadores Estruturais de Saúde Mental* (MMHE-31). Alguns dos dados relativos aos indicadores considerados no MMHE-31 foram recolhidos através dos 2 questionários aplicados através de um preenchimento *on-line* e dirigidos aos *clusters Professores e Técnicos Superiores de Serviço Social*. Os restantes dados foram recolhidos utilizando materiais do Instituto Nacional de Estatística (INE), da Câmara Municipal e dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) locais e das estruturas escolares em funcionamento na cidade em estudo.

Para a recolha de dados à população através de entrevista foi desenhada a seguinte estrutura:

- Uma tabela relativa a *variáveis de natureza sociodemográfica* que inclui a zona urbana onde vive e o *índice socioeconómico*²⁴;
- Uma tabela afeta ao *suporte social*, utilizando para o efeito a *Oslo Social Support Scale*²⁵ - OSS 3, traduzida e validada para a população portuguesa no âmbito deste estudo;
- Um conjunto relativo a medidas de saúde mental incluindo o *Inventário de Saúde Mental* de 5 itens - MHI 5²⁶, o *Questionário de Sentido de Coerência*²⁷, a *energia e vitalidade* (SF 36)²⁸ e o consumo de álcool (AUDIT-5)²⁹;
- Um conjunto relativo a comportamentos incluindo *hábitos alimentares, atividade física, consumo de álcool*, problemas de saúde (*doenças crónicas*), *consumo de medicamentos e participação social* (recorrendo a questões utilizadas no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006³⁰);
- Um conjunto dirigido a *pais há menos de 10 anos* (MMHE-31);
- Um conjunto dirigido à *população ativa* (MMHE-31);

- Um conjunto dirigido à população sénior – maior de 65 anos (MMHE-31).

Neste processo de trabalho participado com a comunidade, a seleção dos indicadores e a operacionalização das variáveis a considerar para o estudo foram discutidas e construídas com o NECSFA. A necessidade de instrumentos simples e de reduzida dimensão foi um importante aspeto discutido com a comunidade envolvida na IPBC. Procurava-se um instrumento de colheita de dados suficientemente abrangente para responder às necessidades do estudo, enquadrado numa dimensão dos indicadores estruturais de saúde mental³¹, mas que, simultaneamente, não pusesse em causa o trabalho de campo dos entrevistadores pela sua exagerada dimensão. Neste sentido, alguns instrumentos inicialmente propostos, decorrentes da pesquisa bibliográfica efetuada, foram retirados ou substituídos em consequência do debate efetuado com o NECSFA e a CSFA (por exemplo a substituição do instrumento usado na avaliação do *suporte social*). Outros foram incluídos a pedido das estruturas locais parceiras da IPBC (caso das questões relativas aos *alimentos ingeridos no dia anterior à entrevista*, às *doenças crónicas* e ao *consumo de álcool*).

A construção do plano local de promoção de saúde mental

Analisar e interpretar os dados numa IPBC é um trabalho de colaboração onde académicos e comunidade se envolvem na construção de uma metodologia de coaprendizagem³² que permita a discussão e interpretação dos dados e dos resultados

identificados, assim como a identificação das prioridades e das estratégias de intervenção.

A IPBC não difere de outras formas de investigação, utilizando uma vasta variedade de abordagens quantitativas e qualitativas como já observado. A diferença reside na atitude dos investigadores que determinam *como, por quem e para quem* a investigação é conceptualizada e conduzida, e a correspondente distribuição de poder aos seus diversos intervenientes em cada fase do processo de investigação³³.

A 7 de janeiro de 2010 iniciou-se o trajeto que agora reproduzimos na construção do PLPSM. Um trabalho preparatório que se prolongou por um ano até serem criadas as condições para a recolha de dados e a resposta ao desiderato proposto e por mais outro ano para se atingir uma situação de avaliação política.

Foi utilizado o instrumento designado por protocolo *para a investigação baseada na comunidade*³⁴ para fundamentar e refletir o desenrolar do processo. Segundo os seus autores, este protocolo é um ponto de partida para um diálogo mais alargado acerca da natureza da investigação académica. Na essência procura-se perceber a relevância da investigação académica para as necessidades específicas de saúde de uma determinada comunidade. Por outras palavras, o protocolo procura apoiar a adequação das metodologias de investigação às necessidades de uma determinada população com a sua história, os seus recursos e as suas características específicas, envolvendo-a nos diferentes passos do processo. De uma forma muito simples, o protocolo está desenvolvido como uma série de questões à volta das quais investigadores e comunidade devem centrar o seu diálogo. Cada uma destas questões tem pelo menos duas abordagens possíveis e distintas: a *abordagem do ponto de vista do investigador* e a *abordagem do ponto de vista da comunidade*. No caso de desenvolvimento deste PLPSM, a satisfação das questões do protocolo *para a investigação baseada na comunidade* foi efetuada pelo investigador/promotor de saúde em colaboração contínua e síncrona com as estruturas de gestão da junta de freguesia local e com o NECSFA.

O desenho do PLPSM propriamente dito pode ser descrito com recurso a 19 momentos decorridos entre janeiro de 2010 e março de 2012 (tabela 2).

Num *primeiro momento*, identificada a porta de entrada na comunidade, foi analisada a metodologia a desenvolver e os instrumentos mais adequados aos propósitos do estudo. Em 5 reuniões de trabalho, decorridas entre maio e outubro de 2010 (6 meses) trabalharam-se os objetivos da investigação, os métodos a utilizar, as populações e amostras (incluído as técnicas de amostragem a utilizar), as variáveis mais ajustadas e a sua respetiva operacionalização.

Num *segundo momento* investiu-se fundamentalmente sobre a recolha de dados. Entre outubro de 2010 e fevereiro de 2011 (4 meses), operacionalizou-se a recolha de dados com recursos a uma avaliação e adequação crítica do instrumento, construído no primeiro momento, a formação dos entrevistadores, com recursos à participação ativa de estruturas governamentais e não-governamentais da comunidade em estudo e a recolha de dados propriamente dita pelos entrevistadores formados com recursos a um formulário administrado por entrevista. De um período inicial previsto de 4 semanas para o trabalho de campo, houve necessidade de se proceder a um alargamento

para 6 semanas, fundamentalmente pelo cariz do trabalho voluntário dos 42 entrevistadores envolvidos no processo. Em paralelo, recolheram-se os dados relativos aos *clusters* Professores e TSSS, com recurso aos 2 questionários disponibilizados on-line.

Seguiu-se um *terceiro momento*, entre março e novembro de 2011 (9 meses), em que o trabalho se centrou fundamentalmente no investigador/promotor de saúde, para a análise e interpretação dos dados. Neste processo foram analisados os dados recolhidos através dos 3 instrumentos construídos na IPBC, mas também os dados recolhidos com recursos a variadas fontes, com particular destaque para a informação disponibilizada nos relatórios do INE, nos arquivos da junta de freguesia e câmara municipal locais e em documentos com fonte no Ministério da Educação. Para não afastar a análise e interpretação dos resultados da comunidade, realizou-se uma apresentação dos dados preliminares durante o período atrás citado no plenário da CSFA, onde as dezenas de indivíduos presentes questionaram, criticaram e propuseram outras interpretações em relação aos resultados apresentados.

Analisados milhares de dados e centenas de documentos, num trabalho de permanente contato com o NECSFA (recorrendo frequentemente a meios de comunicação à distância, com particular relevância para o *correio eletrónico*) entrávamos no *quarto momento*, o desenho do PLPSM. Em duas reuniões, decorridas em janeiro e fevereiro de 2012, definiram-se os eixos de intervenção considerados prioritários, os objetivos e as ações a desenvolver e os ganhos esperados com cada iniciativa. A avaliação política aconteceu em 27 de março de 2012 com a apresentação e aprovação por unanimidade pelo plenário da CSFA, após um trabalho partilhado de 2 meses com o NECSFA.

Não foi possível aprofundar o envolvimento do ACES local, importante recurso para a intervenção em promoção da saúde na comunidade. Em contrapartida, outras estruturas não-governamentais da comunidade solicitaram um maior envolvimento no processo do que aquele que tinha sido previamente previsto na operacionalização metodológica desenhada com o NECSFA. Exemplificando, destacamos a *Universidade Sénior*, que para além de um envolvimento profundamente pró-ativo no desenvolvimento do PLPSM solicitou algumas intervenções paralelas, onde destacamos a abordagem do processo nas *quartas-feiras culturais* promovidas pela organização.

Foi também este intenso envolvimento da comunidade que permitiu a elaboração do logótipo e a definição da denominação do PLPSM.

Desenvolvimento do plano local de promoção da saúde mental: o produto

O PLPSM tem por objetivo reforçar os fatores de proteção da saúde mental e dar respostas locais, que a promovam, previnam e proporcionem recursos para gestão de doença mental quando existente. O PLPSM reconhece a importância da promoção da saúde mental para os indivíduos e para a comunidade no seu todo e incluiu no seu desenvolvimento:

Tabela 2 – Cronograma das ações desenvolvidas com a comunidade no âmbito da IPBC

	Data	Ação	Conteúdo e resultados
1.º momento			
1	Dia 7 janeiro 2010	Reunião com a Rede Social do Município	Apresentação do projeto – reforçado interesse de participação
2	Dia 3 maio 2010	Reunião com plenário da Comissão Social de Freguesia	Início do desenvolvimento do Plano Local de Promoção da Saúde Mental: apresentação e discussão dos objetivos e métodos
3	Dia 8 junho 2010	Reunião com o NECSFA	Adequação das variáveis às necessidades da freguesia e dos parceiros envolvidos (1ª parte)
4	Dia 24 junho 2010	Reunião com o NECSFA	Adequação das variáveis às necessidades da freguesia e dos parceiros envolvidos (2ª parte)
5	Dia 27 setembro 2010	Reunião com o NECSFA	Primeira apreciação dos instrumentos de recolha de dados Definição das áreas da cidade a considerar como «clusters»
6	Dia 20 outubro 2010	Reunião com o Conselho Local de Ação Social	Análise e discussão final sobre os instrumentos e métodos para a recolha de dados (5 documentos aprovados com alterações sugeridas pelos parceiros)
2.º momento			
7	Dia 25 outubro 2010	Reunião com o NECSFA	Operacionalização da recolha de dados
8	Dia 12 novembro 2010	Reunião com o Agrupamento de Centros de Saúde local (ACES)	Preparação da recolha de dados nos serviços de saúde
9	Dia 13 novembro 2010	Formação entrevistadores no Centro de Assistência Paroquial da cidade em estudo (CAPA)	Reunião adiada por impossibilidade do ACES 15 entrevistadores formados (distribuição de glossário e apresentação do instrumento de recolha de dados). Aberto concurso para logótipo e denominação do PLPSM
10	Dia 17 novembro 2010	Reunião no ACES	Preparação da recolha de dados nos serviços de saúde
11	Dia 22 novembro 2010	Reunião com o plenário da Comissão Social de Freguesia	Reunião adiada por impossibilidade do ACES Manifestação (formal) de interesse: CAPA; associações de pais; Universidade Sénior; agrupamentos de escolas; bombeiros; escolas secundárias; associações de reformados; Polícia de Segurança Pública, junta de freguesia
12	Dia 11 janeiro 2011	Formação entrevistadores no plenário da Comissão Social de Freguesia	27 entrevistadores formados (distribuição de glossário e apresentação do instrumento de recolha de dados). Aberto concurso para logótipo e denominação do PLPSM
13	De 15 janeiro a 28 fevereiro 2011	Entrevistas à população	42 entrevistadores participam no processo
3.º momento			
14	Dia 26 fevereiro 2011	Atividade paralela Quartas-feiras culturais na cidade em estudo	Participação numa ação com a Universidade Sénior da Amora subordinada ao tema «promoção da saúde mental»
15	Dia 14 abril 2011	Reunião com o plenário da Comissão Social de Freguesia	Apresentação e discussão dos dados preliminares recolhidos no âmbito de PLPSM
16	Dia 16 novembro 2011	Reunião com o plenário da Comissão Social de Freguesia	Apresentação e discussão dos dados finais recolhidos no âmbito do PLPSM
4.º momento			
17	Dia 26 janeiro 2012	Focus group com a CSFA	Desenho do PLPSM (1.ª parte)
18	Dia 9 fevereiro 2012	Focus group com a CSFA	Desenho do PLPSM (2.ª parte)
19	Dia 27 março 2012	Plenário da CSFA	Apresentação do PLPSM Aprovação por unanimidade pelo plenário do CSFA

- Revisão da literatura, envolvendo também a experiência adquirida em projetos de âmbito europeu de promoção da saúde mental («*Monitoring positive mental health*» e «*Monitoring Mental Health Environments*»);
- Análise das políticas europeias³⁵, nacionais (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016) e locais (em particular no trabalho desenvolvido no âmbito do movimento *Cidades Saudáveis* pela câmara municipal), com um mapeamento das atuais estratégias políticas (policies) que promovem a saúde mental;
- Identificação da informação relacionada com a saúde mental a nível local;

- Envolvimento das diferentes estruturas comunitárias governamentais e não-governamentais da freguesia;
- Realização de atividades de formação a elementos da comunidade;
- Elaboração de um documento final para apreciação pelo NECSFA.

O *feedback* do NECSFA, da junta de freguesia e dos parceiros envolvidos no desenvolvimento deste PLPSM foi integrado no processo de construção e é esperado que o desenvolvimento e a implementação sejam baseados na continuidade desta colaboração. Interessa ainda que o próximo passo no desenvolvimento do PLPSM envolva também os membros da comunidade com problemas de saúde mental, seus cuidadores e um maior número de prestadores de serviço locais.

Pressupostos e valores do plano local de promoção da saúde mental

A saúde mental é vivida de diferente forma, pelos diferentes grupos de uma população, em diferentes fases da vida (num *continuum* ao longo do ciclo vital). Os membros da comunidade movem-se entre boa saúde mental e má saúde mental, também em consequência de fatores relacionados com a saúde, que ultrapassam largamente aquilo que comumente se considera saúde (numa visão muito limitadora centrada nos serviços de saúde). Reconhecendo este *continuum* e os fatores que causam impacto na saúde mental, o PLPSM fundamenta-se nos seguintes pressupostos:

Pressuposto 1: definição de saúde mental

A saúde mental traduz a vida social, emocional e o bem-estar espiritual na sua relação com a saúde em geral e com os estilos de vida adotados no quotidiano por cada indivíduo. A saúde mental proporciona aos indivíduos a vitalidade necessária para uma vida ativa, atingir metas e interagir uns com os outros num contexto de cidadania responsável e participada.

Pressuposto 2: transversalidade da saúde mental

Ao estabelecer um quadro estratégico em promoção da saúde mental para a comunidade o documento «*Building up good mental health*» fornece uma base útil para a compreensão da transversalidade da intervenção em promoção da saúde mental. Este documento orientador identifica a inclusão social, o combate à discriminação e à violência e o acesso a recursos económicos como os determinantes sociais e económicos da saúde mental e base para a intervenção.

Pressuposto 3: um plano centrado na comunidade

Decorre dos 2 primeiros pressupostos que o papel das estruturas locais na promoção da saúde mental deve incidir no desenvolvimento da capacidade de indivíduos, comunidades e

organizações (*capacity building*) para: 1) participar na mudança de ambientes sociais, económicos e físicos (urbanos) para melhorar a saúde e o bem-estar; 2) apoiar o fortalecimento das competências e das aptidões dos indivíduos para alcançar e manter uma boa saúde mental.

Pressuposto 4: priorização de intervenções

É prioritário o desenvolvimento do acesso a serviços universais para todos os membros da comunidade (combate às desigualdades em saúde), facilitando parcerias com agências locais que forneçam reabilitação e serviços clínicos e de advocacia para apoiar uma boa saúde mental. Investe-se também na universalização dos serviços de saúde mental e bem-estar de apoio à comunidade, melhorando as condições sociais, os ambientes físicos e económicos que afetam a saúde mental das populações e dos indivíduos. Esta abordagem é coerente com o atual Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016)³⁶. Uma compreensão da saúde mental da população permite identificar as necessidades de saúde mental para a toda a comunidade e as diferentes experiências dos seus membros.

Pressuposto 5: saúde como bem de mérito

Como resultado, o foco do PLPSM será na prevenção e intervenção precoce de forma a aumentar os fatores de proteção que mantem uma boa saúde mental na comunidade e restaurar a boa saúde mental nos estágios iniciais de surgimento de doença mental. Para fazer isso, o NECSFA irá utilizar a sua capacidade de intervir nos contextos sociais, estruturais, económicos e ambientais que afetam a saúde mental promovendo a universalidade das intervenções, garantindo que os programas e as atividades previstas são acessíveis a toda a comunidade e que fortalecem a capacidade da população de diferentes faixas etárias para desfrutar de uma boa saúde mental e de bem-estar.

O quadro estabelecido para o PLPSM será aplicável a partir de 2012 e os planos de ação anuais serão desenvolvidos em colaboração com as agências locais e elementos da comunidade, incluindo indivíduos e famílias confrontados com problemas de saúde mental.

Ponto de partida: diagnóstico resumo

O ponto de partida para o desenho do PLPSM centrou-se no Modelo PRECEDER/PROCEDER, nomeadamente nas suas 3 primeiras fases: 1) avaliação social, 2) avaliação epidemiológica e 3) avaliação educativa e ecológica. Com os resultados destas 3 avaliações foram elaboradas 2 tabelas com os valores observados em 2011 em cada um dos indicadores previamente selecionados, tendo sido refletidas as metas consideradas como resultado esperado do PLPSM. A *tabela 3* refere-se aos indicadores estruturais de saúde mental e a *tabela 4* aos indicadores relacionados com a saúde mental e ao Índice de Massa Corporal (IMC).

Nas tabelas em apreço pode ainda ser identificada a fonte da informação. Percebe-se, deste modo, a necessidade de recurso a fontes de informação muito variadas o que vai ao

Tabela 3 – Ponto de partida: diagnóstico resumo relativo aos MMHE-31

Variável (definição conceptual)	Definição operacional	Fonte dos dados	Valor observado (pelas 5 áreas urbanas da cidade) (2011)	Meta (2015)
Orçamento em promoção da saúde mental	Porcentagem (%) do orçamento global da comunidade dirigido a ações/programas de promoção da saúde mental, por lugar da freguesia de Amora	Orçamento freguesia (2011) Orçamento municipal (2011)	< 0,2% (orçamento para a saúde em geral)	> 4%
Percentagem do orçamento total da saúde dirigido à promoção da saúde mental	Cooperação intersectorial	Plano educativo da câmara municipal	(Consideraram-se as estruturas de ação social com cooperação transsectorial)	Aumentar em 50% estruturas/projetos de cooperação intersectorial
Quantidade de situações de cooperação intersectorial entre os cuidados de saúde, a segurança social, o sistema educativo, os cuidados à pessoa em situação de deficiência, as forças policiais, o sistema judicial e os cuidados à juventude	Frequência (n.º/%) de situações de cooperação intersectorial	Diagnóstico social da câmara municipal	A: 2 CP: 3 F: 2 P: 0 FAB: 2	
Formação em saúde mental das áreas do serviço social e da educação	Frequência (n.º/%) de docentes com inclusão de temáticas relacionadas com a saúde mental no seu curriculum académico por estabelecimento de ensino	Questionário 2: escolas	23,5%	> 75%
Inclusão de temáticas relacionadas com a saúde mental nos curriculum de formação de profissionais da educação e serviço social	Frequência (n.º/%) de Técnicos Superiores de serviço social com inclusão de temáticas relacionadas com a saúde mental no seu curriculum académico por área de intervenção	Questionário 3: serviço social	75%	100%
Capacitação das mães após o parto	Frequência (n.º/%) de agregados familiares com crianças com menos de 10 anos, em que a mãe frequentou a consulta após o parto para garantir que elas são capazes de satisfazer as necessidades básicas do bebé	Questionário 1: população (pais há menos de 10 anos)	65,8%	> 95%
Mães que frequentam uma consulta após o parto para garantir que elas são capazes de satisfazer as necessidades básicas do bebé	Porcentagem (n.º/%) de mães que frequentam uma consulta após o parto para garantir que elas são capazes de satisfazer as necessidades básicas do bebé	Plano de desempenho ACES 2011	67,8%	> 95%

Tabela 3 – (Continuação)

Variável (definição conceptual)	Definição operacional	Fonte dos dados	Valor observado (pelas 5 áreas urbanas da cidade) (2011)	Meta (2015)
Estruturas de apoio às crianças em idade pré-escolar	Frequência (n.º/%) de agregados familiares com crianças com menos de 10 anos que tiveram acesso a serviços centrados na criança em idade pré-escolar	Questionário 1: população (pais há menos de 10 anos)	69,7%	>95%
Acesso a serviços centrados na criança em idade pré-escolar	Frequência (n.º/%) de estruturas centradas na criança em idade pré-escolar, por área de residência	Câmara municipal (2011)	A: 12 CP: 7 F: 5 P: 6 FAB: 6	-
Promoção da saúde mental nas escolas	Frequência (n.º/%) de escolas com atividades de promoção da saúde mental no seu currículo	Questionário 2: escolas	26%	>50%
Escolas com atividades de promoção da saúde mental no seu currículo – combate ao bullying, combate ao estigma e discriminação, competências pessoais e sociais				
Aconselhamento a crianças em idade escolar	Frequência (n.º/%) de escolas que disponibilizam aconselhamento e apoio emocional aos alunos (psicologia escolar, serviços de ação social)	Questionário 2: escolas	77%	>95%
Escolas que disponibilizam aconselhamento e apoio emocional aos alunos				
Suporte em saúde mental nas escolas	Frequência (n.º/%) de escolas que disponibilizam uma figura de referência aos alunos para apoio psicossocial	Questionário 2: escolas	68,4%	>80%
Escolas que disponibilizam uma figura de referência aos alunos para apoio psicossocial				
Programas de promoção da saúde mental no local de trabalho	Frequência (n.º/%) de participação em programas para promover a saúde mental e abordar os fatores de risco psicossociais no local de trabalho (opinião do trabalhador)	Questionário 1: população (população ativa)	61,2%	>90%
Prevalência de programas para promover a saúde mental e abordar os fatores de risco psicossociais no local de trabalho				
Satisfação com o ambiente de trabalho	Escala tipo Likert (1-5) (opinião do trabalhador)	Questionário 1: população (população ativa)	3 (3,37)	>4 (1-5)
Programas de emprego apoiados	Frequência (n.º/%) de programas apoiados de emprego para as pessoas com distúrbios mentais e de comportamento crónicos por área de residência	Questionário 2: NECSFA (junta de freguesia)	n.d.	n.d.
Existência e disseminação de programas apoiados de emprego para as pessoas com distúrbios mentais e de comportamento crónicos				

Tabela 3 – (Continuação)

Variável (definição conceptual)	Definição operacional	Fonte dos dados	Valor observado (pelas 5 áreas urbanas da cidade) (2011)	Meta (2015)
Percentagem de pessoas sem trabalho	Frequência (n.º/%) de pessoas sem trabalho	Questionário 1: população	14,5%	< 10%
Estabilidade de emprego	Frequência (n.º/%) de contratos sem termo	Questionário 1: população (população ativa)	62,2%	> 70%
Rendimento em situação de doença de longo prazo/deficiência Como percentagem do rendimento médio	Rendimento mensal (euro) como percentagem do rendimento médio da população	Questionário 1: população	85% em situação de doença de longo prazo com rendimento abaixo de 999 euros contra 60,9% da população geral	< 70% em situação de doença de longo prazo com rendimento abaixo de 999 euros
Legislação laboral em promoção da saúde mental Existência de promoção da saúde mental como parte integrante da legislação de saúde, higiene e segurança no trabalho	Frequência (n.º/%) de empresas que desenvolvem ações/programas de promoção da saúde mental no âmbito da SHST	Questionário 1: população	n.d.	-
Voluntariado (pessoas que se voluntariam em organizações sem fins lucrativos e grupos comunitários)	Frequência (n.º/%) de pessoas que se voluntariam em organizações sem fins lucrativos e grupos comunitários	Questionário 1: população	15,9%	> 30%
Suporte social Disponibilidade percebida de pessoas em que se confia e que proporcionam um sentimento de cuidado e valorização como pessoa	Suporte social: OSS -3 3-8: suporte social pobre 9-11: suporte social intermédio 12-14: suporte social forte	Questionário 1: população	10 (9,73)	> 12 (1-14)
Grupos de autoajuda Grupos de autoajuda para lidar com adversidades e situações transitórias	Frequência (n.º/%) de pessoas que participam (participaram) em grupos de autoajuda nos últimos 3 anos	Questionário 1: população	4,6%	10%
Estigmatização da doença mental Conhecimento e atitude da sociedade em relação à saúde mental	Distância social de Bogardus ... Doente mental	Questionário 1: população	2 (2,79)	< 2
Diversidade e tolerância Respeito pela diversidade e tolerância	Distância social de Bogardus ... Estrangeiro ... «Cor da pele» diferente	Questionário 1: população	2 (2,64) 2 (2,79)	< 2 < 2
Pobreza População que vive em situação de pobreza	Frequência (n.º/%) de pessoas com rendimento inferior a 60% do rendimento médio da população (500 Euro)	Questionário 1: população	28%	< 20%

Tabela 3 – (Continuação)

Variável (definição conceptual)	Definição operacional	Fonte dos dados	Valor observado (pelas 5 áreas urbanas da cidade) (2011)	Meta (2015)
Direitos humanos Desenvolvimento local dos direitos do homem	(...)	NECSFA (junta de freguesia)	n.d.	n.d.
Inclusão social Existência de legislação e/ou de políticas que promovam a inclusão social.	Frequência (n.º/%) de ações/programas para a promoção da inclusão social, por área de residência	Questionário 3: serviço social	A: Sim CP: Sim F: Sim P: Não FAB: Não	Alargar programas de intervenção a todas as áreas urbanas da cidade
Segurança Promoção da segurança em populações vulneráveis. Programas de intervenção local	Sentimento de segurança (Lickert 1-5)	Questionário 1: população	4 (3,86)	5 (1-5)
Espaços verdes Espaços verdes com acesso público	Área (hectares) de espaços verdes com acesso público por área de residência	Câmara municipal (2011)	78.540 m ² (que corresponde a 1,62 m ² de espaços verdes por habitante e a 0,28% da área total da freguesia)	Criação de corredores verdes entre os diferentes espaços verdes
Atividade desportiva Frequência de participação em atividades desportivas	N.º de horas de atividade física por semana	Questionário 1: população	39,9% da população tem atividade desportiva Média: 1,74 horas por semana 6,7% da população federada	> 50% > 2,5 horas > 15%
	Frequência (n.º/%) de desportistas federados Frequência (n.º/%) de instalações desportivas com acesso público, por área de residência	Junta de freguesia	A: 3 CP: 2 F: 2 P: 0 FAB: 0	-
Acesso a clubes sociais e centros para idosos	Frequência (n.º/%) de idosos que frequentam clubes sociais e centros de dia Frequência (n.º) de instalações dirigidas a idosos, por área de residência	Questionário 1: população (mais de 65 anos) Junta de freguesia	44,8% A: 1 CP: 2 F: 2 P: 2 FAB: 0	> 75% -
Percentagem de pessoas com mais de 65 anos envolvidos em formação ou educação	Frequência (n.º/%) de idosos que estão envolvidos em formação e/ou educação Frequência (n.º/%) de instituições dirigidas à formação/educação dos idosos, por área de residência	Questionário 1: população (mais de 65 anos) Junta de freguesia	26,2% A: 1 CP: 0 F: 0 P: 0 FAB: 0	> 40% -

Tabela 3 – (Continuação)

Variável (definição conceptual)	Definição operacional	Fonte dos dados	Valor observado (pelas 5 áreas urbanas da cidade) (2011)	Meta (2015)
Acesso a visitas domiciliárias Como medida de suporte para as pessoas idosas	Frequência (n.º/%) de pessoas com mais de 65 anos abrangidas por visitas domiciliárias (Apoio domiciliário), por área de residência	Questionário 1: população (maiores de 65 anos)	5,8%	> 15%
Pensões de reforma adequadas	Frequência (n.º/%) de pessoas com mais de 65 anos abrangidas por visitas domiciliárias (saúde), por área de residência	Serviços de saúde	n.d.	-
Média das pensões de reforma em relação ao rendimento médio da população	Porcentagem (%) do rendimento (euro) em relação ao rendimento médio da população	Questionário 1: População (mais de 65 anos)	44% das pessoas com mais de 65 anos com rendimento abaixo de 500 euros contra 25,6% da população geral	< 35% das pessoas com mais de 65 anos com rendimento abaixo de 500 euros
Porcentagem de famílias nucleares que incluem pessoas idosas	Frequência (n.º/%) de agregados familiares que incluem pessoas idosas	Questionário 1: população	5,8%	10%

encontro de um trabalho de construção e partilha com uma larga variedade de estruturas locais, governamentais e não-governamentais, procurando evidenciar resultados que sejam sentidos como significativos pela comunidade, diversificando as fontes de informação.

Na **tabela 4** interessa realçar a inclusão do AUDIT e do IMC. Estes 2 indicadores, não previstos numa fase inicial da IPBC, acabaram por ser incluídos pela manifestação da comunidade em conhecer a situação da população em relação a estes 2 indicadores específicos. Enquanto o IMC foi proposto pelo NECSFA, considerando os níveis de obesidade que têm sido identificados em Portugal, em particular na população jovem³⁷, a inclusão do AUDIT foi especificamente solicitada pelos bombeiros voluntários locais, como necessidade diagnóstica na execução do seu trabalho de voluntariado.

Eixos do plano local de promoção da saúde mental

Cumpridas as 3 primeiras fases do modelo PRECEDER/PROCEDER foi promovido o delineamento da intervenção (4.ª fase). Este trabalho foi realizado numa íntima parceria com o NECSFA e a junta de freguesia e considerou 5 passos fundamentais:

- Análise dos dados da avaliação social, da avaliação epidemiológica e da avaliação educativa e ecológica;
- Identificação dos resultados esperados mais significativos para a comunidade;
- Identificação dos eixos prioritários de intervenção do PLPSM;
- Definição dos objetivos a atingir;
- Delineamento das ações, integrando as individualidades e estruturas comunitárias a envolver e os recursos necessários.

Neste processo de construção do PLPSM foram envolvidas as seguintes entidades:

- Junta de freguesia;
- Câmara municipal;
- Cooperativa Nacional de Apoio ao Deficiente;
- Instituto da Segurança Social pelo Centro de Assistência Paroquial de Amora;
- Centro de saúde;
- Representante de educação.

O trabalho deste grupo de entidades e personalidades definiu 6 eixos prioritários para uma intervenção com um espetro temporal de 2012-2015:

- Eixo 1)** Uma escola com saúde mental;
- Eixo 2)** Uma comunidade ativa e segura;
- Eixo 3)** Uma comunidade solidária e inclusiva;
- Eixo 4)** Uma comunidade atenta;
- Eixo 5)** Uma organização económico-laboral promotora de saúde mental;
- Eixo 6)** Uma senioridade mentalmente saudável.

Tabela 4 – Ponto de partida: diagnóstico resumo relativo aos indicadores relacionados com a saúde mental e ao IMC

Indicador	Definição operacional	Fonte dos dados	Valor observado (pelas 5 áreas urbanas da cidade) (2011)	Meta (2014)
Índice socioeconómico (SES – valor médio)	SES (17- melhor nível socioeconómico a 82 – pior nível socioeconómico)	Questionário 1: população	A: 50,50 CP: 52,96 F: 56,27 FAB: 48,57 P: 51,47 Total (cidade): 51,61	< 50
Saúde mental (Valor médio) (0-100)	MHI 5 (0 a 100) Ponto de corte: 52 (0-100)	Questionário 1: população	A: 72,33 CP: 71,87 F: 69,19 FAB: 75,09 P: 70,70 Total (cidade): 72,20	> 75
Energia e vitalidade (Valor médio) (1-5)	EVI	Questionário 1: população	A: 3,78 CP: 3,76 F: 3,67 FAB: 3,79 P: 3,71 Total (cidade): 3,75	> 4
Sentido de coerência (valor médio) (13-91)	SOC 13 itens	Questionário 1: população	A: 59,41 CP: 58,05 F: 55,34 FAB: 62,45 P: 58,98 Total (cidade): 59,12	> 69
Alcohol use disorders identification test (valor médio) (0-20)	AUDIT 5 (0 a 20) Acima de 5: consumo abusivo de álcool	Questionário 1: população	A: 1,83 CP: 1,83 F: 2,29 FAB: 2,09 P: 2,43 Total (cidade): 2,02	< 1
Índice de Massa Corporal (IMC – valor médio)	Peso (kg)/altura (m) ²	Questionário 1: população	A: 26,14 CP: 25,46 F: 27,44 FAB: 25,46 P: 24,81 Total (cidade): 25,78	< 25

Optou-se por uma definição de ações exequíveis que facilmente se pudessem ancorar ao trabalho já desenvolvido na comunidade e que proporcionassem melhores resultados com um mínimo investimento, para além daquele que já vem sendo efetuado pelas estruturas governamentais e não-governamentais da cidade e do seu município, nomeadamente as atividades no âmbito das *Cidades Saudáveis*.

O desenvolvimento destes eixos seguiu as estratégias definidas pela OMS³⁸ para o desenvolvimento de políticas, planos e programas em promoção da saúde mental.

Cada eixo, anteriormente definido considerando os resultados da IPBC, foi organizado por:

- Objetivos, considerando em cada objetivo as ações centrais a desenvolver;
- *Outputs* e os *outcomes* para cada objetivo identificado;
- Tarefas-chave para cada objetivo identificado;
- Responsáveis por cada tarefa;
- Relação com outras estratégias locais;
- Recursos necessários;
- Limite temporal para a execução de cada tarefa.

O PLPSM subentende ainda a necessidade de uma avaliação intercalar anual, com vista à identificação de desvios e à reorientação das ações.

Conclusão: uma perspetiva de saúde pública

Com a realização do presente estudo foi possível desenvolver um plano local de promoção da saúde mental com recurso a uma investigação participada de base comunitária, campo fundamental para a intervenção em saúde pública. Assumiu-se que a investigação em saúde mental é multidisciplinar e que exige uma vasta compreensão dos diferentes determinantes sociais, psicológicos e físicos que regulam a vida cognitiva, afetiva e comportamental de cada indivíduo e do seu espaço numa comunidade. A construção da saúde mental é pensada no contexto das mudanças sociais, políticas, económicas, científicas e tecnológicas que desafiam constantemente as comunidades, assumindo a urbanização como a mudança demográfica mais importante das últimas décadas com um impacto decisivo sobre a saúde pública.

Os resultados obtidos reforçam a necessidade do desenvolvimento de competências e estruturas que apoiem o desenho de planos locais de promoção da saúde mental envolvendo ativamente estruturas comunitárias e população no processo. Vários esforços têm sido feitos com o objetivo de promover de forma efetiva uma saúde mental comunitária, nomeadamente ao nível do Ministério da Saúde (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016). Com a experiência deste PLPSM, tornou-se evidente a importância da participação comunitária como um elemento central de sucesso e de potenciais ganhos em saúde.

As conclusões alertam ainda para que a atuação em saúde pública deve contar com a intervenção das autarquias e unidades de saúde locais no desenvolvimento de planos locais de promoção da saúde mental recorrendo:

- Às competências existentes e a desenvolver em promoção da saúde e de recursos de suporte a nível das estruturas autárquicas e das organizações não-governamentais de base local;
- À avaliação dos ganhos em saúde da promoção da saúde mental com recurso a estratégias de participação comunitária, refletidos numa melhoria do nível de saúde mental da(s) comunidade(s), promovendo o desenvolvimento da avaliação do impacto em saúde do crescimento e organização dos espaços urbanos;
- As estratégias de gestão relacional no dia a dia das atividades municipais, promovendo respostas participativas da comunidade aos problemas. Para o efeito será necessário ousar atribuir o poder às comunidades locais, primeiras conhecedoras das suas necessidades e dos recursos possíveis no seu espaço de intervenção e cumprir o proposto na Constituição da República Portuguesa no que à descentralização diz respeito;
- À inclusão, nos indicadores de saúde comunitários, de indicadores estruturais de saúde mental que fundamentem a promoção de um paradigma salutogénico nas estruturas de cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde;
- À aposta na investigação participada de base comunitária para identificação de respostas para as necessidades de

saúde das comunidades, integrando o modelo na formação de profissionais envolvidos em promoção da saúde mental (saúde, serviço social, educação, entre outros).

A IPBC permite, com custos relativamente reduzidos, e recorrendo a estruturas governamentais e não-governamentais já existentes, a organização de respostas a problemas locais, com o envolvimento da comunidade local e ganhos em saúde sentidos como necessários pela própria comunidade. Considerando as profundas alterações em curso na organização social e económica das nossas comunidades, torna-se emergente uma ação política que possibilite o desenvolvimento de intervenções participadas em promoção da saúde, pugnando por mais saúde, para o maior número de pessoas, pelo mais baixo custo, descentralizando as intervenções, até agora assumidas pelo Ministério da Saúde, para os serviços locais de saúde, as autarquias, associações e comunidades, capacitando os cidadãos e as comunidades lusas.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organisation. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organisation; 1986.
2. Lethinen V, editor. *Building up good mental health*. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health; 2008. Integrado no MMHE Project, cofinanciado pela União Europeia.
3. Almeida JC. *Apresentação preliminar dos resultados do estudo epidemiológico nacional de saúde mental*. Lisboa: Faculdade de Medicina. Universidade Nova de Lisboa; 2010.
4. World Health Organization. *Strengthening mental health, promotion*. Geneva: World Health Organization; 2001 (Fact sheet; 220).
5. Freudenberg N, Klitzman S, Saegert S, editors. *Urban health and society: interdisciplinary approaches to research and practice*. San Francisco: John Wiley & Sons; 2009.
6. Green L, Kreuter M. *Health promotion planning: an educational and ecological approach*. 2nd ed. Mayfield: Mountain View; 1991.
7. Green L, Kreuter M. *Health program planning: an educational and ecological approach*. New York: McGraw-Hill; 2005.
8. Minkler M, Wallerstein N, editors. *Community-based participatory research: from process to outcomes*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
9. Dempsey C, Battel-Kirk B, Barry M. *The CompHP core competencies framework for health promotion handbook*. Paris: International Union of Health Promotion and Education (IUHPE); 2011.
10. World Health Organisation. *Adelaide Recommendations on Health Public Policy*. Geneva: World Health Organisation; 1988.
11. World Health Organisation. *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health*. Geneva: World Health Organisation; 1991.
12. World Health Organisation. *Jakarta Declaration on Leading health promotion into the 21st century*. Geneva: World Health Organisation; 1997.
13. World Health Organisation. *Mexico Statement on bridging the equity gap*. Geneva: World Health Organisation; 2000.

14. World Health Organisation. The Bangkok Charter for health promotion in a globalised world. Geneva: World Health Organisation; 2005.
15. World Health Organisation. Nairobi call to action for closing the implementation gap in health promotion: 7th Global Conference on health promotion. Geneva: World Health Organisation; 2009.
16. Barry M, Jenkins R. Implementing mental health promotion. London: Elsevier; 2007.
17. Loureiro I, Miranda N. Promover a saúde: dos fundamentos à ação. Coimbra: Almedina; 2010, ISBN 978-972-40-4399-9.
18. Loureiro I, Gomes J, Dias L, Santos M. A investigação participada de base comunitária na construção da saúde: projeto de capacitação em promoção da saúde: PROCAPS: resultados de um estudo exploratório. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2011.
19. Ozamiz J, Aguirregabiria A, Loureiro I, Harris R, Nichols J, Ortiz A, et al. Structural indicators of positive mental health. In: Lavikainen J, Fryers T, Lehtinen V, editors. Improving mental health information in Europe: proposal of the MINDFUL project. Helsinki: Stakes; 2006.
20. George A, Bennet A. Case studies and theory development in the social sciences. Cambridge: The MIT Press; 2005.
21. Isreal B. Community-based participatory research: principles, rationale and policy recommendations. In: O'Fallon L, Tyson F, Deary A, editors. Successful models of community-based participatory research. Washington, DC: National Institutes of health; 2000. p. 16-22.
22. Health Cluster Net. Brussels: European Community; 2009. [consultado 3 Nov 2009]. Disponível em: <http://www.healthclusternet.eu>
23. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci & Med.* 1993;36:725-33.
24. Nunes L. Índice socioeconómico. Lisboa: ENSP.UNL; 2008 [consultado 12 Dez 2009]. Disponível em: http://www.tabagismo.info/images/stories/formacao/GYTS/questionario_final.ses.pt.pdf
25. Brevik J, Dalgard O. The health profile inventory. Oslo: University of Oslo; 1996.
26. Ribeiro JP. Mental health inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 2001;2:77-99.
27. Nunes L. O sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 1999. Dissertação de Mestrado.
28. Pais Ribeiro J. O importante é a saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme; 2005.
29. Piccinelli M, Tessari E, Bortolomasi M, Piasere O, Semenzin M, Garzotto N. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *BMJ.* 1997;314:420-4.
30. Instituto Nacional de Estatística. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2009.
31. Lavikainen J, Fryers T, Lehtinen V, editors. Improving mental health information in Europe: proposal of the MINDFUL project. Helsinki: Stakes; 2006.
32. Cashman S, Adeky S, Allen A, Corburn J, Israel B, Montano J, et al. The power and the promise: working with communities to analyse data, interpret findings, and get to outcomes. *Am J Pub Health.* 2008;98:1407-17.
33. Minkler M, Baden A. Impacts of CBRP on academic researchers, research quality and methodology and power relations. In: Minkler M, Wallerstein N, editors. Community-based participatory research: from process to outcomes. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 243-58.
34. Brown L, Vega W. A protocol for community-based research. In: Minkler M, Wallerstein N, editors. Community-based participatory research: from process to outcomes. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 395-8.
35. European Community. European Communities Green Paper: improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels: Health and Consumer Protection Directorate-General; 2005.
36. Portugal, Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: resumo executivo. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental; 2008.
37. Sousa J. Obesidade infanto-juvenil em Portugal: associação com os hábitos alimentares, atividade física e comportamentos sedentários dos adolescentes escolarizados de Portugal Continental. Lisboa: Edições Colibri. Instituto Politécnico de Lisboa; 2011.
38. World Health, Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report from the World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva: World Health Organization; 2004.