



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

BARREIRAS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL: A INFLUÊNCIA DO DESEMPREGO E DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Maria Inês Geraldo Faria

Porto, julho de 2025



CATOLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

BARREIRAS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL: A INFLUÊNCIA DO DESEMPREGO E DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Maria Inês Geraldo Faria

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professor Doutor Diogo Costa

Porto, julho de 2025

Menina,
Ontem vi o teu rosto
Bem junto do mar
Ondas e grãos de areia
Um céu de sonhos
E apenas uma menina

Pareces gostar da inocência
E das decepções
De quem te promete
O mundo

Parecias feliz
Nas tuas fantasias
E caprichos

Mas, hoje,
Vi uma Mulher
Bem perto
Aonde o rio e o mar se cruzam

Maria Inês Faria, 2025

Agradecimentos

Ao professor Diogo Costa por quanta dedicação e brio no seu trabalho enquanto orientador. O meu profundo agradecimento por toda a disponibilidade e por me manter com um sorriso e leve, face às peripécias (por vezes, duras) que se dão na investigação.

À professora Catarina Ribeiro também pelo seu brio e pela paixão com que faz o seu trabalho, tendo me ajudado muito na componente qualitativa. O meu sincero agradecimento.

Um agradecimento especial à professora Vânia Sousa Lima por tanto me acolher na supervisão do estágio curricular que se deu também neste ano.

À Débora Coutinho, minha orientadora de estágio curricular, que também marcou o culminar desta bonita fase e também à Joana Marques por quanta ajuda na recolha de dados quantitativos e por um ombro amigo.

À minha estimada amiga de infância, Catarina Moreira, que nunca duvidou de mim um único segundo.

À minha inconfundível amiga, Mariana Pessoa, por trazer leveza nos momentos de maior turbilhão.

À minha bela amiga, Isabel Saraiva, que esteve sempre comigo, mesmo quando eu não tinha razão.

Às minhas amigas originárias da FEP-UCP Cláudia Lima, Inês Franco, Carolina Ramísio, Beatriz Vale e Sara Magalhães: sem vocês não era a mesma coisa. Um profundo agradecimento pela vossa amizade.

Ao Pedro Tiago, por tanto que não cabe no coração.

À minha irmã, Catarina, e pais, Rosalina e Aureliano, por juntos sermos lar. Aos meus pais por serem os pilares, à minha irmã por ser luz.

Resumo

A presente investigação teve como intuito compreender que barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental são identificadas por pessoas em situação de desemprego; a relação entre as barreiras percebidas no acesso aos cuidados e a sintomatologia depressiva; e sugerir melhorias para o acesso aos cuidados de saúde mental desta população em Portugal.

Este estudo seguiu um *design* misto convergente, combinando dados de um questionário aplicado a sujeitos desempregados e entrevistas realizadas a profissionais da área da saúde mental e social. Obtiveram-se 93 respostas ao questionário (das quais 68 totalmente preenchidas), que incluiu uma caracterização sociodemográfica, uma escala padronizada de sintomas depressivos (*Beck-Depression Inventory-II* (BDI-II)) e uma escala para identificar barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental (*Barriers to Accessing Care Evaluation-3* (BACE-3)), analisados descritiva e inferencialmente, com recurso ao software IBM SPSS (versão 30). Paralelamente efetuaram-se 10 entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e transcritas. Para a análise de conteúdo das entrevistas recorreu-se ao software NVIVO 14.

Os resultados sugerem que as barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental identificadas pelos sujeitos desempregados associam-se com a sintomatologia depressiva, observando-se uma correlação positiva entre a pontuação no BACE-3 e a pontuação no BDI-II ($r = 0,523$; $p = 0.000$), reforçada pela regressão linear múltipla estimada, onde a associação com o BACE-3 se manteve estatisticamente significativa ($B=11,17$; Erro Padrão, $EP=2,6317$, $p<0,001$), independentemente das características sociodemográficas (género, estado marital, escolaridade, estado de saúde). Na componente qualitativa, foi sugerido um maior reforço de médicos de família, psicólogos e psiquiatras nos centros de saúde, uma maior descentralização dos cuidados, e, ainda, uma maior proatividade dos serviços sociais.

Torna-se indispensável um maior investimento no serviço de saúde mental, face ao impacto que o desemprego pode ter na saúde mental dos indivíduos.

Palavras-chave: Desemprego, Cuidados de Saúde Mental, Depressão, Barreiras no Acesso a Cuidados de Saúde Mental.

Abstract

The aim of this research was to understand the barriers to access to mental health care for unemployed people; the relationship between these perceived barriers and depressive symptoms; and to suggest improvements to access to mental health care for this population in Portugal.

This study followed a convergent mixed design, combining data from a questionnaire applied to unemployed subjects and interviews carried out with mental health and social professionals. There were 93 responses to the questionnaire, (68 of which were fully completed) which included a sociodemographic characterization, a standardized scale of depressive symptoms (Beck-Depression Inventory-II (BDI-II)) and a scale to identify barriers to accessing mental health care (Barriers to Accessing Care Evaluation-3 (BACE-3)), which were analyzed descriptively and inferentially using IBM SPSS software (version 30). At the same time, 10 semi-structured interviews were carried out, recorded and transcribed. NVIVO 14 software was used to analyze the content of the interviews.

The results suggest that the barriers to accessing mental health care identified by unemployed subjects are associated with depressive symptomatology: a positive correlation was observed between the BACE-3 score and the BDI-II score ($r= 0.523$; $p = 0.000$), reinforced by the estimated multiple linear regression, where the association with BACE-3 remained statistically significant ($B=11.17$; Standard Error, $SE=2.6317$, $p<0.001$), independently of sociodemographic characteristics (gender, marital status, education, health status). In the qualitative component, it was suggested that there should be more family doctors, psychologists and psychiatrists in health centers, that care should be more decentralized and that social services should be more proactive.

Greater investment in the mental health service is therefore essential, given the impact unemployment can have on individuals' mental health.

Key-words: Unemployment, Depression, Barriers to Access Mental Health Care, Mental Health Care.

Índice de Conteúdos

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: ESTADO DA ARTE	2
2. O Desemprego na Era Contemporânea	3
2.1. Desemprego e Depressão.....	4
2.2. Estatísticas sobre o Desemprego	5
3. Os Serviços de Saúde Mental em Portugal.....	7
4. Políticas de Saúde Mental em Portugal	8
5. A Utilização dos Serviços de Saúde Mental pelo Público Desempregado.....	9
CAPÍTULO II: ESTUDO EMPÍRICO	11
1. Método.....	11
2. Participantes.....	11
2.1. Participantes da Componente Quantitativa.....	11
2.2. Participantes da Componente Qualitativa.....	12
3. Instrumentos	12
3.1. Questionário Sociodemográfico	12
3.2. <i>Beck Depression Inventory-II</i> (BDI-II)	13
3.3. <i>Barriers to Accessing Care Evaluation</i> (BACE-3).....	13
3.4. Guião de Entrevista	14
4. Procedimentos de Recolha de Dados.....	14
4.1. Questionários	14
4.2. Entrevistas	15
5. Procedimentos de Tratamento de Dados	15
5.1. Componente Quantitativa	15
5.2. Componente Qualitativa	16
CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	18
1. Componente Quantitativa	18
2. Componente Qualitativa	27
CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÕES FINAIS ...	29
1. Discussão de Resultados.....	29
2. Conclusões Finais	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

Índice de Anexos

Anexo A. Folha de Informação aos Participantes Componente Quantitativa

Anexo B. Consentimento Informado Componente Quantitativa

Anexo C. Questionário Completo

Anexo D. Guião de Entrevista

Anexo E. Cartaz Divulgação Questionário

Anexo F. Folha de Informação Entrevistados

Anexo G. Consentimento Informado Entrevistados

Anexo H. Teste De Normalidade e Histogramas

Anexo I. Grelha de Codificação e Categorização

Anexo J. Tabela Resultados do BDI-II por Item

Lista de Tabelas

Tabela 1. Características dos Entrevistados

Tabela 2. Características Sociodemográficas da Amostra

Tabela 3. Resultados BDI-II por Pontos de Corte

Tabela 4. Resultados do BACE-3 e BACE *stigma* (n=68)

Tabela 5. Resultados do BACE-3 por item

Tabela 6. *Scores* Totais das Escalas Aplicadas por Característica Sociodemográfica

Tabela 7. Correlações de *Pearson* para BACE-3, BACE *stigma* e BDI-II (n=68)

Tabela 8. Regressão Linear Múltipla entre BDI-II (VD) e Género, Nível Educacional, Estado Marital, Estado de Saúde e BACE-3 (VI)

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Desemprego por Nível Educacional (2024)

Gráfico 2. Gráfico de dispersão das variáveis BACE-3 (pontuação) e BDI-II (pontuação)

Lista de Abreviaturas

BACE-3: *Barriers to Accessing Care Evaluation*

BDI-II: *Beck Depression Inventory-II*

CNPSM: Coordenação Nacional de Políticas de Saúde Mental

CNSM: Coordenação Nacional para a Saúde Mental

EDUSTAT: Observatório da Educação da Fundação Belmiro de Azevedo

ERS: Entidade Reguladora da Saúde

EUROSTAT: Serviço de Estatísticas da União Europeia

IEFP: Instituto de Emprego e Formação Profissional

INE: Instituto Nacional de Estatística

OECD: *Organization for Economic Co-operation and Development*

OIT: Organização Internacional do Trabalho

PORDATA: Portal de Estatísticas da Fundação Francisco Manuel dos Santos

PRR: Plano de Recuperação e Resiliência

SNS: Sistema Nacional de Saúde

UE: União Europeia

WHO: *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

Atualmente, um em cada cinco indivíduos é afetado pelo fenómeno do desemprego a nível global (Yang et al., 2024), sendo, na União Europeia, a taxa de desemprego correspondente a 6,2% (EUROSTAT, 2025) e, em Portugal, a 6,3% (PORDATA, 2025). Perante um mundo profundamente globalizado, pautado pela hegemonia capitalista, mas com a emergência do tópico da saúde mental, o estudo das implicações do desemprego na vida dos indivíduos tem vindo a ganhar relevo, tendo sido feitas várias investigações, especialmente após a crise financeira de 2008, que demonstraram o estatuto laboral de desempregado como estando associado a uma maior vivência de barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental, maior sintomatologia depressiva e maior número de suicídios (e.g., Silva et al., 2020; Coelho et al., 2021; Pinheiro et al., 2022). Em Portugal, concretamente, um estudo de Silva e colaboradores (2020) referiu que os indivíduos desempregados são os que mais vivenciam barreiras estruturais no acesso aos cuidados de saúde mental. Tendo por base tal evidência, neste estudo procurou-se contribuir para um conhecimento aprofundado acerca do modo como as barreiras vivenciadas no acesso aos cuidados de saúde mental se repercutem na sintomatologia depressiva destes indivíduos e sugerir melhorias no acesso aos cuidados.

Assim esta investigação teve como objetivos gerais:

- 1) identificar as barreiras no acesso aos serviços de saúde mental por parte de indivíduos em situação de desemprego;
- 2) explorar a relação entre as barreiras percebidas no acesso aos cuidados de saúde e a sintomatologia depressiva; e
- 3) compreender a perspetiva de profissionais na área da saúde mental e social, face ao desemprego, às barreiras no acesso aos cuidados de saúde e ao impacto do desemprego nos sintomas depressivos, de modo a gerar possíveis sugestões de melhoria dos cuidados.

CAPÍTULO I: ESTADO DA ARTE

1. Trabalho, Emprego, Desemprego e Realização - Uma Perspetiva Histórica

Historicamente, a I Revolução Industrial (1760-1840) e a subsequente ascensão do Capitalismo desempenham um importante papel na conceção de emprego e desemprego como os conhecemos hoje. Surge, então, a necessidade de repensar o conceito de trabalho, por contraste ao conceito de emprego, até lá nunca concebido. Se na era pré-capitalista os camponeses, artesões, e domésticos eram os responsáveis pela sua própria subsistência através dos seus próprios meios de produção e detinham o direito a regular a intensidade e duração do seu trabalho de acordo com as suas necessidades (Gollain, 2018), com a I Revolução Industrial surge o conceito de emprego pautado pela necessidade de remuneração e, simultaneamente, de consumo (Gollain, 2018). Assim, enquanto o termo *trabalho*, na sua génese antropológica, se refere a qualquer tipo de atividade humana produtiva e intencional como, por exemplo, trabalho voluntário ou doméstico, o termo *emprego* remete para um tipo de trabalho remunerado (Gollain, 2018; Pinto, 2021; Granter & Aroles, 2023).

À origem do emprego, inevitavelmente, está associada a génese do desemprego. O desemprego remonta, assim, ao conceito de “*Reserve Army of Labour*”, explanado por Karl Marx (1859) e Friedrich Engels (1845), o qual consiste na ideia de que esta “reserva”, hoje entendida como desemprego, é necessária como uma força de trabalho excedente, sendo uma consequência do sistema capitalista e das suas crises cíclicas (Basu, 2021). Veja-se a seguinte passagem: “*From this it is clear that English manufacture must have, at all times save the brief periods of highest prosperity, an unemployed reserve army of workers, in order to be able to produce the masses of goods required by the market in the liveliest months. This reserve army is larger or smaller, according as the state of the market occasions the employment of a larger or smaller proportion of its members*” (Marx & Engels, 2008, p. 125). Deste modo, para estes teóricos, a autorrealização a partir do trabalho só seria possível numa sociedade pós-capitalista.

Todavia, vivendo o Homem numa sociedade ainda capitalista, o conceito de emprego, em detrimento do conceito de trabalho, tem e terá num futuro próximo uma importância fulcral para a valorização dos indivíduos (Pinto, 2021). Na Hierarquia das Necessidades de Maslow (1987), por exemplo, é afirmada a ligação entre o emprego e a autorrealização. De facto, para além de dar resposta às necessidades básicas de sobrevivência do ser humano (i.e., é uma fonte monetária para alimentos e assegurar um

lar), o emprego pode também ser um contexto de autorrealização, na medida em que o mesmo tende para a segurança, para a integração e intimidade social, para a estima pessoal, para um propósito e auto-atualização (Brown & Lent, 2021)

Erich Fromm (1955) já afirmava no seu livro *The Sane Society* que a saúde mental do ser humano é consagrada quando este detém não só as suas necessidades biológicas satisfeitas, por um lado, mas, por outro, as necessidades particularmente humanas cumpridas (i.e., identidade, devoção e relação). Fromm adiciona ainda que apenas através de trabalho produtivo é que o ser humano pode satisfazer estas necessidades – “*Only by productive work does he relate himself to nature, becoming one with her, and yet not submerging in her*” (Fromm, 1955, p. 68).

Assim, o desemprego influenciará, de modo significativo, na vida dos indivíduos, estando associado a uma perda de identidade e *status*, o que se configura como nefasto para a saúde mental dos indivíduos (Jahoda, 1981).

No livro *The Road to Wigan Pier* de George Orwell (2001) o mesmo descreve o julgamento humano perante as condições adversas que se podem repercutir perante uma condição de desemprego. Note-se o seguinte excerto como exemplo desta perda de *status* e identidade associada: “*When a quarter of a million miners are unemployed, it is part of the order of things that Alf Smith, a miner living in the back streets of Newcastle, should be out of work. Alf Smith is merely one of the quarter million, a statistical unit. But no human being finds it easy to regard himself as a statistical unit. So long as Bert Jones across the street is still at work, Alf Smith is bound to feel himself dishonoured and a failure.*” (Orwell, 2001, p.78). Adicionalmente, estudos recentes indicam uma associação entre o desemprego e uma pior saúde mental (e.g., Zuelke et al., 2018) como será desenvolvido de seguida.

2. O Desemprego na Era Contemporânea

Atualmente, o conceito de desemprego não é, ainda, consensual, sendo que pode variar de país para país, em função da sua organização económica, política e social, e variar também ao longo do tempo, dentro do mesmo país (Levine, 1950; Picchio & Ubaldi, 2023). Nesta investigação, considerou-se a definição da Organização Internacional do Trabalho (OIT) como referencial: “todas as pessoas em idade ativa que não estavam empregadas, que realizaram atividades de procura de emprego durante um período recente especificado e que estavam atualmente disponíveis para aceitar um emprego, caso houvesse uma oportunidade de emprego.” (OIT, s.d.).

Ora, estar desempregado constitui-se, indubitavelmente, como um acontecimento de vida com um impacto significativo a vários níveis de quem o vivencia (Norris, 2016). Face ao desemprego, a lente de Peter Warr (1994), denominada de *Vitamin's Model*, revela-se útil para compreender a sua relação com a saúde mental. Em *Vitamin's Model* o teórico percebe nove características do emprego (concretamente, oportunidade de controlo, oportunidade de uso de competências, objetivos gerados externamente, variedade, clareza ambiental, disponibilidade de dinheiro, segurança física, oportunidade para contacto interpessoal e posição socialmente valorizada) como “vitaminas”, sendo estas essenciais para a saúde mental dos indivíduos (Warr, 1994). Todavia, tal como as vitaminas A e D, algumas, quando consumidas em grandes quantidades, tornam-se prejudiciais, enquanto outras, como as vitaminas C e E, permanecem benéficas, ainda que consumidas em grandes quantidades (Warr, 1994). No caso do desemprego, especialmente no desemprego de longa duração (i.e., há mais de 12 meses), as vitaminas encontram-se em défice, causando um agravamento ou aparecimento de problemas de saúde mental (Warr, 1994).

Uma outra perspetiva alinhada à temática é a *Deprivation Approach* proposta por Marie Jahoda (1981). Esta abordagem defende que o emprego proporciona tanto benefícios financeiros (função manifesta) como consequências não intencionais (funções latentes). Nesta ótica, um indivíduo desempregado tenderá a ter um maior sofrimento psicológico, devido à privação destas funções, com enfoque especial nas funções latentes (Jahoda, 1981). Assim, tendo em mente as funções latentes do emprego: 1) a imposição de estrutura temporal; 2) as experiências partilhadas regulares e contacto fora da família nuclear; 3) a definição de aspetos de status pessoal e identidade; 4) a ligação entre os sujeitos aos seus objetivos e propósitos; e 5) a atividade imposta, um sujeito desempregado pode até ter um suporte económico coeso, contudo, estas, com a ausência de emprego ficarão sempre comprometidas, levando a uma pior saúde mental (Jahoda, 1981).

2.1. Desemprego e Depressão

Das inúmeras repercussões que o desemprego pode ter na saúde mental, a depressão é uma das condições clínicas mais associada à população desempregada (e.g., Paul & Moser, 2009; Kim & von dem Knesebeck, 2016). De facto, segundo uma meta-análise de Amiri (2021) a prevalência de depressão para a população desempregada é de 21%, 24% para sintomas depressivos, e de 16% para a Perturbação Depressiva *Major*, sendo substancialmente maior que dados apontados em estudos na população geral (onde

a prevalência de depressão é de cerca de 7,2% a 12,9%) (Amiri, 2021). Por outras palavras, estar desempregado constitui-se como um fator de risco para o desenvolvimento de depressão (Amiri, 2021).

Além disso, a autoestima revela-se com um papel importante na mediação entre o desemprego e depressão. Tendo como referencial um estudo de Álvaro e colaboradores (2019) é possível afirmar que o desemprego está associado a uma baixa autoestima, o que prediz sintomas de depressão mais graves (Álvaro et al., 2019). Adicionalmente, no mesmo estudo corroborou-se a ideia de que o desemprego influi menos psicologicamente nas mulheres do que nos homens, dado que o estudo foi conduzido num país onde o regime de género ainda seria o tradicional (Álvaro et al., 2019).

Em Portugal, um estudo realizado por Coelho e colaboradores (2021), no período de recuperação económica pós-crise entre 2016 e 2018, confirmou a correlação positiva entre a taxa de desemprego e a incidência de depressão. Detalhando, foi em 2013 (em iminente crise económica) que se verificou a maior incidência de depressão, observando-se uma tendência decrescente (Coelho et al., 2021).

De modo adicional, é importante frisar que o desemprego encontra-se altamente associado ao risco de suicídio. Um estudo de Skinner e colaboradores (2023) demonstrou que a taxa de desemprego foi um fator significativo na taxa de mortalidade por suicídio na Austrália, durante um período de estudo de 13 anos. Também uma investigação de Stuckler e colaboradores (2009) relata que por cada aumento de 1% na taxa de desemprego estava associado um aumento de 0,79% nos suicídios em idades inferiores a 65 anos. Em Portugal, a tendência que se verifica é a mesma com o estudo de Pinheiro e colaboradores (2022) a postular que a crise económica portuguesa de 2008 esteve associada a um aumento da taxa de mortalidade por suicídio, sobretudo no sexo masculino, nos grupos em idade ativa, sobretudo nas regiões Norte e Centro (Pinheiro et al., 2022).

2.2. Estatísticas sobre o Desemprego

A nível global, as estatísticas mais recentes da *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD) relatam uma taxa estável de 4,9% na taxa de desemprego para os países desta organização económica, sendo o valor mais baixo nos últimos três anos (OECD, 2025).

Na União Europeia (UE), a taxa de desemprego, em março de 2025, era de 6.2% (EUROSTAT, 2025), sendo a República Checa o país com a menor taxa (2.6%); e

Espanha o país com a maior taxa (10.9%) (EUROSTAT, 2025). De notar que Espanha é o único país da UE e da OECD com uma taxa de desemprego localizada acima dos 9.9% (EUROSTAT, 2025, OECD, 2025).

Em Portugal, em maio de 2025, existiam cerca de 300 mil indivíduos inscritos nos centros de emprego, sendo inferior ao mês homólogo de 2024 que registava por volta de 310 mil indivíduos (IEFP, 2025). Por outro lado, segundo a PORDATA (2025) a taxa de desemprego, situou-se em 6,3%, em março de 2025, correspondendo a 353,2 mil sujeitos. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2025), 167,1 mil (6%) são do sexo masculino e 190,2 mil (7%) são do sexo feminino. Atentando na idade, é possível verificar que 76 mil (20,4%) são jovens com idades compreendidas dos 16 aos 24 anos e 282,2 mil (5,5%) são adultos com idades entre os 25 e 74 anos (INE, 2025).

No que diz respeito ao nível de escolaridade desta população, segundo a EDUSTAT (2024), 4,8% detinham o Ensino Básico- 1º ciclo; 7,3% o Ensino Básico - 2º Ciclo e também Ensino Básico – 3º Ciclo; 7,5% o Ensino Secundário e Pós-Secundário; e, por fim, 6,3% o Ensino Superior 2024.

Gráfico 1. Desemprego por Nível Educativo (2024)



Nota. Fonte EDUSTAT

Abordando a duração do desemprego e procura através dos centros de emprego, é de salientar que 117,6 mil, em 2024, estavam há mais de um ano à procura de emprego, enquanto 201 mil estavam há menos de um ano na mesma condição (PORDATA, 2024). Nos grupos profissionais, destacam-se, a nível de Portugal continental, os “Trabalhadores

não qualificados” (29,4%); os “Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção segurança e vendedores” (20,1%); o “Pessoal administrativo” (10,8%); e os “Especialistas das atividades intelectuais e científicas” (10,2%) (IEFP, 2025). Por fim, no que concerne ao estado civil dos desempregados portugueses, em maio de 2025, 90.935 encontravam-se casados, 132.682 solteiros, 34.835 divorciados e 4.822 em condição de viuvez (IEFP, 2025).

3. Os Serviços de Saúde Mental em Portugal

O sistema de saúde em Portugal é fruto de uma evolução secular dos hospitais fundados pelas misericórdias, passando pela criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), até, mais recentemente, ao desenvolvimento de grupos privados, o que resulta num sistema misto com setores público e não público (Gouveia, 2022).

Ainda que seja nos cuidados informais que a generalidade das pessoas encontre um primeiro apoio para as crises relacionadas com saúde mental, dado que estes podem potencialmente revelar-se insuficientes, será nos cuidados formais que, de seguida, solicitarão ajuda (Caldas-de-Almeida, 2018). Assim, no que diz respeito aos cuidados de saúde mental formais, estes podem ser prestados em três níveis, segundo a pirâmide de cuidados da *World Health Organization* (WHO): cuidados de saúde primários; cuidados especializados; e, por fim, cuidados altamente especializados (WHO, 2009).

Abordando os cuidados de saúde primários, sendo estes o primeiro nível de contacto formal, incluem a identificação precoce e o tratamento das perturbações mentais, a gestão dos indivíduos com diagnósticos psiquiátricos estáveis, consulta psicológica para perturbações mentais comuns e o encaminhamento para outros níveis, se necessário, assim como atividades de promoção e prevenção da saúde mental (WHO, 2009). Em Portugal, segundo uma análise realizada pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2023), identificou-se escassez ou inexistência de psiquiatras e psicólogos neste nível de cuidados, bem como uma diminuição do número de consultas no âmbito de cuidados de saúde mental, entre 2019 e 2020, aliado a uma tendência crescente de diagnósticos de depressão e ansiedade em crianças e adultos (ERS, 2023). De facto, a maioria das pessoas que recebem cuidados de saúde mental em Portugal fá-lo pelos cuidados primários (Caldas-de-Almeida et al., 2013), pelo que o reforço de recursos humanos na área da psicologia e psiquiatria se revela tão fulcral (ERS, 2023).

Detalhando o segundo nível de cuidados formais, denominados de serviços de saúde mental especializados, estes consistem nos serviços prestados na comunidade (e.g.,

centros de dia) e nos serviços psiquiátricos nos hospitais gerais (WHO, 2009). Em Portugal, este tipo de cuidados é assegurado pelos serviços de saúde mental do SNS, pelas instituições de setor social que detêm acordos com o SNS e, ainda, pelo setor privado através de consultas pagas com recursos a seguradoras ou das próprias poupanças (Caldas-de-Almeida, 2018).

Por fim, no último e terceiro nível, os serviços altamente especializados, atualmente, abrangem os serviços de internamento para crianças e adolescentes e os serviços de psiquiatria forense, pela complexidade do tratamento requerido (WHO, 2009; Caldas-de-Almeida, 2018).

4. Políticas de Saúde Mental em Portugal

A primeira Lei de Saúde Mental em Portugal data a 1963 com a Lei nº 2118 (Caldas-de-Almeida, 2018). Esta lei, “surpreendentemente avançada para a época” (Caldas-de-Almeida, 2018, p. 104), visava a descentralização dos cuidados de saúde mental, bem como a sua setorização (Lei nº 2118, 1963).

Em 1988, uma nova Lei de Saúde Mental, a Lei nº 36/38, e em 1999, o Decreto-Lei nº 35/99 entraram em vigor, de modo a dar resposta à problemática do internamento compulsivo (Caldas-de-Almeida, 2018). Até hoje esta legislação continua em vigor.

Com a publicação do Relatório Mundial de Saúde, dedicado à saúde mental pela WHO (2001) e tendo como força-motriz dados epidemiológicos preocupantes (i.e., de 10 principais causas de incapacidade, 5 são psiquiátricas), inúmeros países atualizaram as suas políticas de saúde mental e desenvolveram planos nacionais, de forma a implementar tais políticas (Caldas-de-Almeida, 2018; WHO, 2001).

Foi neste âmbito que, em 2007, se deu a primeira ação estratégica referente à saúde mental em Portugal, denominada Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (CNSM, 2008). Este plano teve como intuito “assegurar a toda a população portuguesa o acesso a serviços habilitados a promover a sua saúde mental, prestar cuidados de qualidade e facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com esse tipo de problemas” (CNSM, 2008). Procedeu-se a uma reorganização dos serviços de saúde mental, contemplando áreas estratégicas como: o serviço de saúde mental para adultos; o serviço de saúde mental e psiquiátrico para crianças e adolescentes; investigação; entre outros (CNSM, 2008).

Já se lia, neste documento, uma referência ao fenómeno do desemprego, frisando a necessidade de redução e gestão dos fatores de *stress* ligados tanto a este como ao trabalho (CNSM, 2008).

Todavia, em 2011, a implementação deste plano foi interrompida devido ao Programa de Assistência Financeira 2011-2014 e à antecedente crise financeira de 2008, gerando atrasos naquilo que deveriam ter sido os avanços da execução plena do mesmo (Caldas-de-Almeida et al., 2017).

Anos depois, em 2017, procedeu-se à avaliação deste mesmo plano, bem como à sua atualização para os anos de 2017-2020 (Despacho n.º 1490/2017, 2017). Contudo, em 2021, devido à pandemia de COVID-19, o Governo volta a reformular este plano, criando uma Reforma para a Saúde Mental, inserida no Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) apresentado à Comissão Europeia, no âmbito do programa *Next Generation EU* (Decreto-Lei n.º 113/2021, 2021; Lei n.º 35/2023, 2023).

Em 2024, foi elaborado o relatório *Reforma da Saúde Mental em Portugal. 3 anos de Transformação* coordenado pela Coordenação Nacional de Políticas de Saúde Mental (CNPSM) onde foram não só avaliados os objetivos e metas definidos em 2017, como foi realizado um ponto de situação do enquadramento dos problemas de saúde mental em várias regiões do país (Xavier et al., 2024). Concluíram que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, o estigma, os problemas económicos e as assimetrias regionais continuam a ser barreiras robustas, impedindo que as populações recebam cuidados de qualidade e de uma forma igualitária (Xavier et al., 2024). Além disso, ainda que a legislação em vigor nos últimos 20 anos tenha permitido avanços cruciais, não permitiu a implementação, de forma generalizada em Portugal de um modelo de prestação de cuidados em linha com os dos outros países da Europa Ocidental (Xavier et al., 2024).

5. A Utilização dos Serviços de Saúde Mental pelo Público Desempregado

Como supramencionado, o desemprego é um fator de risco para o aparecimento de problemas de saúde mental (e.g., Olesen et al., 2013). Contudo, na literatura é relatado que esta população nem sempre opta por utilizar os serviços de saúde mental, não beneficiando de terapia psicológica e psicofarmacológica como deveria (Staiger et al., 2017; Åhs et al., 2011). Tal pode ser explicado pelos diversos tipos de barreiras que condicionam o acesso aos cuidados de saúde mental. Aliás, segundo um estudo de Staiger e colaboradores (2017), na Alemanha, as barreiras mais comumente relatadas por sujeitos desempregados estão relacionadas com a baixa literacia em saúde mental;

estigma e discriminação; e com a estrutura e condições das organizações de cuidados de saúde. Também na Alemanha, num estudo de Wigand e colaboradores (2019) foi demonstrada a crucialidade da literacia em saúde mental para a procura de cuidados de saúde mental. Adicionalmente, constatou-se que o sexo feminino tem uma atitude mais positiva face a comportamento de procura de ajuda (Wigand et al., 2019).

Porém, no Canadá, uma investigação de Kraut e colaboradores (2000) sugere que para sujeitos sem historial de tratamento psiquiátrico, as hospitalizações aumentam após um período de desemprego. De modo complementar, existem facilitadores no acesso aos serviços de saúde mental, nomeadamente, deter uma alta literacia em saúde mental e o reforço de ajuda formal e informal, como complementaridade ao anteriormente postulado (Staiger et al., 2017).

Em Portugal, uma investigação de Silva e colaboradores (2020) evidencia também as barreiras no acesso ao serviço de saúde mental, ressaltando as barreiras relacionadas com a estrutura e condições das organizações de cuidados de saúde (ou estruturais) como as mais evidenciadas pelos indivíduos desempregados.

Tendo isto presente, este estudo procura contribuir para o conhecimento acerca das barreiras no acesso ao serviço de saúde mental em Portugal e a sua relação com a sintomatologia depressiva, apoiado nas respostas de sujeitos em situação de desemprego, e nas perspetivas de profissionais das áreas da saúde mental e social.

CAPÍTULO II: ESTUDO EMPÍRICO

1. Método

Este estudo guiou-se por um *design* misto convergente, sendo que dados quantitativos e qualitativos foram recolhidos e analisados paralelamente, e, numa fase posterior, procurou-se compreender a sua convergência (Creswell & Creswell, 2018). A escolha de um método misto deve-se à utilidade que ambos os dados podem fornecer acerca deste tópico. Assim, através da componente quantitativa, procurou-se conceber uma generalização dos resultados, partindo dos próprios sujeitos em questão (público desempregado) para, depois, a partir da componente qualitativa se desenvolver uma visão detalhada do significado dos fenómenos, partindo de outros atores com experiências diferenciadas (profissionais de saúde) (Creswell & Creswell, 2018).

Neste seguimento, procurou-se, numa primeira instância, perceber a perspetiva do público desempregado, através de um questionário organizado em três componentes, correspondentes a um questionário sociodemográfico, o *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) para avaliação de sintomas depressivos e o *Barriers to Accessing Care Evaluation* (BACE-3) para medição das barreiras percebidas no acesso aos cuidados de saúde mental. Simultaneamente, realizaram-se entrevistas a profissionais da área da saúde mental e social, com o intuito de explorar o seu entendimento acerca das barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental de pessoas em situação de desemprego, e, assim fornecer uma visão mais detalhada do fenómeno.

2. Participantes

2.1. Participantes da Componente Quantitativa

Os participantes da amostra da componente quantitativa deste estudo são indivíduos desempregados, residentes em Portugal e com idades compreendidas entre os 18 e os 66 anos. Não conseguir trabalhar devido a doença ou incapacidade, estar empregado e ser menor de idade foram, portanto, considerados critérios de exclusão *à priori*.

O tipo de amostragem adotada foi não probabilístico, concretamente, amostragem por conveniência, dado que envolveu sujeitos de fácil acesso aos investigadores (Adler & Clark, 2015). Detalhando, foi através das redes sociais dos investigadores e de subsequentes partilhas de um *post* que se obtiveram as primeiras respostas. Após articulação com o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), foram também

afixados cartazes nos centros da delegação Norte. Estes continham um *QR Code* que encaminhava os participantes para um *link* para o *website* cuja página de chegada correspondia à folha de informação sobre o estudo (c.f. Anexo A), seguida do consentimento informado (c.f. Anexo B).

2.2. Participantes da Componente Qualitativa

A amostra de participantes da componente qualitativa, por sua vez, foi composta por 10 sujeitos, todos estes com atividade profissional ligada ao setor de saúde mental ou social e com experiência com o público desempregado. O tipo de amostragem utilizado foi não probabilístico, nomeadamente, amostragem por bola de neve, uma vez que, partindo da rede da equipa de investigação, foram selecionados os primeiros inquiridos e, depois, através das redes destes participantes foram apurados mais indivíduos para entrevista (Bhardwaj, 2019).

Tabela 1. *Características dos Entrevistados*

		<i>n</i>
Profissão	Psiquiatras	3
	Antropólogos	1
	Psicólogos	5
	Intérpretes/ Animadores Sociais	1
Experiência com o Público Desempregado	Sim	10
	Não	0

Nota. n= Número de participantes.

3. Instrumentos

Foi criado um questionário composto por três secções, correspondentes a i) um questionário sociodemográfico ii) o BDI-II e iii) o BACE-3. Paralelamente, na componente qualitativa, foi usado um guião de entrevista semiestruturadas, desenhado pela equipa de investigação.

O questionário completo encontra-se em anexo (c.f. Anexo C), assim como o guião de entrevista (c.f. Anexo D).

3.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico em questão, desenhado pela equipa de investigação, teve como intuito recolher informações sociodemográficas da amostra. Nomeadamente: estatuto laboral (empregado, desempregado), duração do desemprego em meses, idade, identificação de género (masculino, feminino, outro), estado marital

(solteiro(a), casado(a)/numa união de facto, viúvo(a), divorciado(a)/separado(a)), nível educacional completo, última profissão desempenhada, nacionalidade, e, por fim, estado geral de saúde.

3.2. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

O BDI-II é um instrumento de autorrelato para atestar a severidade de sintomas depressivos a partir dos 13 anos de idade, desenvolvido por Beck e colaboradores (1996) e adaptado para a população portuguesa por Martins (2000). Este é composto por 21 itens, os quais descrevem uma manifestação específica comportamental depressiva (Beck et al., 1961), sendo estes: tristeza, pessimismo, fracassos passados, perda de prazer, sentimentos de culpa, sentimentos de punição, autodepreciação, auto-criticismo, pensamentos ou desejos suicidas, choro, agitação, perda de interesse, indecisão, sentimentos de inutilidade, perda de energia, irritabilidade, alterações no apetite, dificuldades de concentração, cansaço ou fadiga, e perda de interesse sexual (Beck et al., 1996). As respostas a estes itens podem pontuar de 0-3, existindo, tipicamente, 4 opções de escolha que aferem o grau de severidade (Beck et al., 1996).

O BDI-II demora entre 5 a 10 minutos a ser respondido e é a partir da soma dos itens que se obtém o nível de severidade dos sintomas, sendo o valor máximo possível de 63 pontos (valores mais elevados representam maior frequência de sintomas) (Beck et al., 1996). No que diz respeito aos seus pontos de corte, considera-se até 13 pontos como “depressão mínima”, de 14 a 19 pontos como “depressão ligeira”, de 20 a 28 como “depressão moderada” e de 29 a 63 como “depressão severa” (Beck et al., 1996).

Relativamente às suas qualidades psicométricas, na versão portuguesa, a sua fiabilidade revelou-se adequada perante um valor de alfa de *Cronbach* de 0.89 para a escala completa (Martins, 2000). Na amostra deste estudo, obtivemos um alfa de *Cronbach* de 0.925.

3.3 Barriers to Accessing Care Evaluation (BACE-3)

O instrumento BACE-3 foi desenvolvido originalmente por Clement e colaboradores (2012) e adaptado para a população portuguesa por Miranda (2018). É uma medida de autorrelato que tem como intuito avaliar as barreiras instrumentais e atitudinais no acesso aos cuidados de saúde mental, detendo 30 itens (Clement et al., 2012). A sua interpretação é realizada a partir de uma escala de *Likert* de *Nada* (0), *Um pouco* (1), *Bastante* (2), a *Muito* (3) para cada item, sendo que uma maior pontuação indica uma

barreira mais robusta. A pontuação total na escala é dada pela média da pontuação dos 30 itens individuais. Além disso, existe uma subescala associada ao estigma que é calculada a partir da média das respostas a 12 itens específicos (Miranda, 2018).

No que diz respeito às suas qualidades psicométricas, na versão portuguesa, relatou-se uma boa validade, sendo que detém uma fiabilidade adequada com um alfa de *Cronbach* de 0.961 para a escala completa e de 0.962 para a subescala relativa ao estigma (Miranda, 2018). Na presente amostra, estes valores foram de 0.889 para a escala completa e de 0.922 para a escala relativa ao estigma.

3.4. Guião de Entrevista

O guião de entrevista semiestruturada foi criado pela equipa de investigação, sendo constituído por dois grandes blocos, concretamente 1) O Desemprego e o Serviço de Saúde Mental; 2) Desemprego, Serviço de Saúde Mental e Sintomatologia Depressiva. Em cada um dos blocos procurou-se responder a objetivos específicos, explicitados no guião de entrevista (c.f. Anexo D).

4. Procedimentos de Recolha de Dados

Perante deliberação da Comissão de Ética em Tecnologia, Ciências Sociais e Humanidades da Universidade Católica Portuguesa (CETCH2024-92) com parecer favorável, em setembro de 2024, iniciou-se a recolha de dados.

4.1. Questionários

Os questionários foram divulgados, inicialmente, a partir de um *post* nas redes sociais (e.g., *LinkedIn*) no qual os indivíduos interessados poderiam responder através do *link* ou *QR Code* publicados.

Após articulação com o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), iniciada em setembro de 2024, os questionários foram também divulgados nos Centros da Região Norte, desde março até ao final de maio de 2025 com recurso a um cartaz (c.f. Anexo E). Nestes cartazes (à semelhança do divulgado nas redes sociais) constava um *QR Code* que encaminhava os participantes para a folha de informação e respetivo consentimento informado do estudo, sensibilizando o possível participante para aspetos como: que dados seriam recolhidos; confidencialidade e anonimato dos dados; tratamento dos dados; e contactos de referência.

No total, contabilizaram-se 93 respostas, das quais 68 totalmente preenchidas.

4.2. Entrevistas

As entrevistas foram solicitadas aos participantes via *email*, seguindo no mesmo indicações acerca da duração, objetivos da entrevista e do estudo, bem como garantia de confidencialidade e anonimato (c.f. Anexo F). Face a uma resposta positiva, era enviado o consentimento informado (c.f. Anexo G), bem como o *link* para a entrevista.

Este procedimento decorreu entre outubro de 2024 e março de 2025. De notar que as entrevistas tinham aproximadamente entre 20 e 30 minutos, dependendo do fluxo de informação partilhada pelos participantes.

Como supramencionado, as mesmas tiveram lugar via *online*, nomeadamente, pela plataforma *Teams*. Procedeu-se à gravação do conteúdo das entrevistas, de modo a efetuar a transcrição, também facilitada pela ferramenta de transcrição do *Teams*. Após a transcrição, procedeu-se à destruição dos ficheiros de gravação.

5. Procedimentos de Tratamento de Dados

5.1. Componente Quantitativa

A análise dos dados quantitativos foi feita com recurso ao programa IBM-SPSS (versão 30).

Numa primeira instância, de modo a descrever os participantes da investigação, recorreu-se à estatística descritiva. Foram utilizados indicadores como a média, desvio padrão, frequência de respostas e percentagens. Foram também analisadas as respostas a cada item do BDI-II e do BACE-3, separadamente, tendo por base as características sociodemográficas (e.g., género).

Num segundo momento, utilizando a estatística inferencial, pretendeu-se responder aos objetivos desta investigação, calculando as diferenças entre os diferentes grupos e considerando as diversas características sociodemográficas.

Para tal, foram utilizados tanto testes paramétricos como não paramétricos. No que diz respeito aos testes paramétricos, estes foram aplicados à escala BDI-II, uma vez que o resultado no teste *Kolmogorov-Smirnov* ($n > 30$) para a sua distribuição sugere que este segue uma distribuição normal ($p = 0.200$). Os testes não paramétricos foram utilizados na escala BACE-3 e BACE *stigma*, dado que, mais uma vez, segundo o teste de *Kolmogorov-Smirnov* ($n > 30$) estes não parecem seguir uma distribuição normal, $p = 0,007$ para o BACE-3 e $p = <0,001$ para o BACE *stigma* (c.f. Anexo H, onde também se mostram os histogramas da distribuição).

Detalhando os testes aplicados à escala BDI-II, de modo a atestar diferenças entre os diversos grupos considerados nas características sociodemográficas, foi utilizado o teste-t para amostras independentes e a ANOVA Unifatorial.

Relativamente às escalas BACE-3 e BACE *stigma*, foram utilizados os testes U de Mann-Whitney e o teste de Kurskal-Wallis.

Por fim, explorou-se a relação entre os resultados do BDI-II (isto é, sintomatologia depressiva) perante os resultados do BACE-3 (ou seja, o acesso aos cuidados de saúde mental). Para tal, construiu-se um gráfico de dispersão que confirmou a linearidade da relação e calculou-se o coeficiente de correlação r de Pearson. Tal foi feito, para garantir a existência de linearidade na relação entre as variáveis (Schneider et al., 2010).

De modo complementar, utilizou-se também a regressão linear múltipla entre o BDI-II (variável dependente) e o BACE-3, Género, Nível Educacional, Estado Marital e Estado de Saúde (variáveis independentes), de forma a compreender a associação destas diferentes variáveis com a sintomatologia depressiva.

5.2. Componente Qualitativa

De modo a analisar e tratar os dados apresentados no capítulo seguinte, é de ressaltar que o estudo se guiou pela *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967), tendo em vista desenvolver teoria a partir dos dados sistematicamente recolhidos e analisados (Coutinho, 2024).

Ora, primeiramente, os dados obtidos nas dez entrevistas realizadas foram transcritos com apoio à gravação de vídeo da ferramenta *Teams*, de modo a proceder-se à *Análise de Conteúdo*, isto é, “desvendar e quantificar a ocorrência de palavras/frases/temas considerados “chaves” que possibilitem uma comparação posterior” (Coutinho, 2024, p. 207). Após as transcrições estarem concluídas, deu-se início à pré-análise ou leitura flutuante do *corpus* de pesquisa, surgindo as primeiras hipóteses e questões norteadoras, em função de teorias já conhecidas (Coutinho, 2024). Para tal, a ferramenta NVIVO 14 revelou-se útil.

De seguida, com recurso, mais uma vez, à ferramenta NVIVO 14 procedeu-se à exploração do material, concretamente, à escolha das unidades de análise e registo, à sua enumeração e devida categorização.

A escolha de unidades de análise não se rege por regras estritas, podendo ser de natureza e dimensão variáveis, no entanto, devem configurar-se como elementos de sentido num todo e com pertinência para a investigação (Coutinho, 2024).

No que diz respeito a enumeração, a frequência costuma ser a forma mais comumente utilizada para determinar a maior ou menor relevância de uma unidade de registo, contudo segundo Coutinho (2024) devem ser tidas em conta questões como a ausência de determinados elementos ou intensidade, entre outros.

Por fim, a categorização, segundo Coutinho (2024, p. 221) uma “forma geral de conceito, uma forma de pensamento” deve possuir características como exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, produtividade, objetividade e fidelidade (Bardin, 2011). Para o efeito construiu-se uma grelha de categorização com definições das categorias, número de frequências das unidades de registo e fontes e exemplos das unidades de registo (Anexo I).

CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

1. Componente Quantitativa

Ainda que nem todos tenham fornecido respostas completas ao questionário, fizeram parte da componente quantitativa deste estudo 93 participantes. Como descrito na Tabela 2, observamos que 66,7% dos inquiridos se identifica com o género *Feminino* e 30,7% com o género *Masculino*, sendo a média de idades correspondente a 43 anos (*Média, M= 43,23; Desvio-Padrão, DP= 8,99*). A maioria dos participantes (n=39) detém um o nível educacional correspondente ao *Ensino Superior sem Qualificação Avançada em Matéria de Investigação*. Já a última profissão mais frequente pertence ao grupo *Especialistas em ciências sociais e religiosas* (n=9). A duração média do desemprego dos participantes é de 12,69 meses, o que corresponde aproximadamente a um ano. No que diz respeito ao estado marital a maioria dos participantes é solteiro(a) (n=42) e detém nacionalidade portuguesa (n=59). O seu estado de saúde é maioritariamente caracterizado como sendo *Excelente/Muito bom/Bom* (n= 41), contudo uma percentagem menor, mas relevante relata como sendo *Razoável/Fraca* (n= 25).

Tabela 2.
Características Sociodemográficas da Amostra

	<i>M</i>	<i>DP</i>	n	%
Idade	43,23	8,99		
Género				
Feminino			50	66,7
Masculino			23	30,7
Outro			2	2,7
<i>Mising</i>			18	
Duração desemprego (em meses)	12,69	17,4497		
Nível Educacional				
Ensino Primário			2	2,7
Ensino Básico			4	5,3
Ensino Secundário			12	16,0
Ensino Pós-Secundário Não Superior			4	5,3
Ensino Superior s/ Qualificação Avançada em Matéria de Investigação			39	52,0
Ensino Superior c/ Qualificação Avançada em Matéria de Investigação			14	18,7
<i>Missing</i>			18	
Última Profissão				
Diretor geral e gestor executivo, de empresas			4	4,3

	Diretores de vendas, marketing e de desenvolvimento de negócios	3	3,2
	Diretores e gerentes, do comércio a retalho e por grosso	1	1,1
	Diretores e gerentes de outros serviços	3	3,2
	Agentes de compras, de vendas e corretores comerciais	2	2,2
	Administrativos e secretários especializados	2	2,2
	Pessoal de apoio direto a clientes	4	4,3
	Operadores de dados, de contabilidade, estatística, de serviços financeiros e relacionados com o registo	4	4,3
	Empregados de escritório em geral, secretários e operadores de processamento de dados	2	2,2
	Cozinheiros e empregados de mesa e bar	5	5,4
	Vendedores	6	6,5
	Auxiliares de educadores de infância e de professores	3	3,2
	Trabalhadores de cuidados pessoais nos serviços de saúde	4	4,3
	Trabalhadores qualificados da transformação de alimentos	1	1,1
	Trabalhadores qualificados da construção e similares, eletricidade e em eletrónica	1	1,1
	Engenheiros	3	3,2
	Arquitetos, urbanistas, agrimensores e designers	4	4,3
	Outros profissionais de saúde	4	4,3
	Professores	3	3,2
	Especialistas em ciências sociais e religiosas	9	9,7
	Trabalhadores de limpeza em casas particulares, hotéis e escritórios	2	2,2
	Outro	5	5,4
	<i>Missing</i>	18	19,4
Estado Marital	Solteiro(a)	42	56,0
	Casado(a)/Numa união de facto	23	30,7
	Viúvo(a)	4	5,3
	Divorciado(a)/Separado(a)	6	8,0
	<i>Mising</i>	18	
Nacionalidade	Angolano(a)	2	3,0
	Brasileiro(a)	3	4,5
	Colombiano(a)	1	1,5
	Lituano(a)	1	1,5
	Português(esa)	59	88,1
	Venezuelano(a)	1	1,5
	<i>Mising</i>	26	
Saúde Geral	Excelente/Muito Boa/Boa	41	62,1
	Razoável/Fraca	25	37,9
	<i>Mising</i>	27	

Nota. M= Média; DP= Desvio-Padrão; n= Número de participantes; %= Percentagem de participantes.

Abordando a Tabela 3 e a escala BDI-II, ainda que o maior número, concretamente 36,8% dos inquiridos, tenha pontuado com *Depressão Mínima*, é possível observar também que 27,9% dos participantes pontuou como tendo *Depressão Moderada*. De ressaltar que os itens que pontuaram mais neste âmbito foram o Auto-Criticismo ($M= 3,68$; $DP= 2,29$), Mudanças nos Padrões de Sono ($M= 3,31$; $DP= 1,51$), e Mudanças no Apetite ($M=2,68$; $DP= 1,81$) (c.f. Anexo J)

Tabela 3.

Resultados BDI-II por Pontos de Corte

	n	%
Depressão Mínima (0-13)	25	36,8
Depressão Ligeira (14-19)	11	16,2
Depressão Moderada (20-28)	19	27,9
Depressão Severa (29-63)	13	19,1

Nota. BDI-II: Beck Depression Inventory-II; n= Número de participantes; %= Percentagem de participantes.

Tabela 4.

Resultados do BACE-3 e BACE stigma

	M	DP
Escala total	0,68	0,46
Subescala de estigma	0,60	0,65

Nota. M= Média; DP= Desvio-Padrão.

Tabela 5.*Resultados do BACE-3 por item*

	n	%	M	DP
Não ter a certeza onde procurar ajuda profissional.	43	63,2	0,78	0,69
Querer resolver o problema sozinho.	56	82,4	1,31	0,95
Receio de que poderia ser visto como fraco por ter um problema de saúde mental.	26	38,8	0,59	0,84
Medo de ser internado contra a minha vontade.	22	32,4	0,60	0,98
Receio de que poderia prejudicar as minhas hipóteses ao tentar obter emprego.	32	47,1	0,87	1,12
Dificuldades com transportes ou em deslocar-me a consultas.	23	34,3	0,46	0,78
Pensar que o problema poderia resolver-se por si próprio.	51	75,0	1,09	0,89
Receio sobre o que a minha família poderia pensar, dizer ou sentir.	32	47,1	0,69	0,89
Sentir-me embaraçado ou envergonhado.	31	46,3	0,66	0,83
Preferir cuidados alternativos (p. ex. curas tradicionais/religiosas ou terapias alternativas).	20	29,4	0,44	0,82
Não ser capaz de suportar os custos financeiros envolvidos.	58	86,6	1,80	1,10
Receio de que poderia ser visto como 'louco'.	23	33,8	0,51	0,86
Pensar que os cuidados profissionais provavelmente não me iriam ajudar.	33	48,5	0,71	0,85
Preocupação de que poderia ser visto como um mau pai.	13	28,3	0,46	0,81
Indisponibilidade de profissionais do meu grupo étnico ou cultural.	9	13,2	0,18	0,52
Sentir-me demasiado mal para pedir ajuda.	24	35,3	0,44	0,68
Preocupação de que pessoas minhas conhecidas pudessem descobrir.	26	38,2	0,51	0,74
Não gostar de falar dos meus sentimentos, emoções ou pensamentos.	45	66,2	1,10	1,02
Receio de que as pessoas poderiam não me levar a sério se soubessem que estava a receber cuidados profissionais.	25	36,8	0,51	0,78
Preocupações sobre os tratamentos disponíveis (p. ex. efeitos secundários da medicação).	46	67,6	1,04	0,95
Não querer que um problema de saúde mental constasse no meu processo clínico.	29	42,6	0,69	0,97
Experiências negativas no passado com cuidados profissionais de saúde mental.	24	35,3	0,49	0,76
Preferir obter ajuda de familiares e amigos.	18	31,6	0,39	0,62
Receio de que os meus filhos me pudessem ser retirados ou que pudesse perder a custódia sem a minha concordância	9	21,4	0,50	1,06
Pensar que não tinha um problema.	27	39,7	0,57	0,83
Preocupação sobre o que os meus amigos poderiam pensar, dizer ou fazer.	23	33,8	0,41	0,65
Dificuldade em tirar tempo livre no trabalho.	15	34,9	0,47	0,74
Preocupação sobre o que as pessoas no trabalho poderiam pensar, dizer ou fazer.	17	37,8	0,53	0,79

Ter dificuldade em cuidar das crianças enquanto eu recebia cuidados profissionais.	13	33,3	0,46	0,79
Não ter ninguém que me ajudasse a obter cuidados profissionais.	29	42,6	0,60	0,83

Nota. n= Número de participantes; %= Percentagem de participantes válida; M= Média; DP= Desvio Padrão; BACE-3: Escala de Barreiras no Acesso aos Cuidados de Saúde Mental.

Relatando a Tabela 4, note-se a escala total do BACE-3 com $M= 0,68$ e subescala de estigma com $M= 0,60$.

Atentando na Tabela 5, é possível verificar que o tipo de barreiras mais vivenciadas pelos participantes prendem-se com barreiras estruturais, nomeadamente económicas - Item 11: *Não ser capaz de suportar os custos financeiros envolvidos* ($M= 1,80$, $DP = 1,10$) e barreiras atitudinais, concretamente relacionadas com um desejo de lidar com o problema de forma autónoma – Item 2: *Querer resolver o problema sozinho* ($M= 1,31$; $DP= 0,95$); Item 7: *Pensar que o problema poderia resolver-se por si próprio* ($M=1,09$; $DP= 0,89$).

Num segundo momento, procurou-se compreender se existiam diferenças nas pontuações das escalas de sintomas depressivos (BDI-II) e das barreiras no acesso aos cuidados de saúde (BACE-3), tendo em conta as diversas características sociodemográficas (c.f. Tabela 6).

Para o BDI-II, verificamos uma maior pontuação média no género feminino ($M= 21,17$; $DP= 11,90$) quando comparada com o género masculino ($M= 16,76$; $DP= 10,10$). No entanto, não se verificam diferenças significativas entre o género feminino e o género masculino no que diz respeito ao BDI-II, $t(60) = 1,47$, $p = 0,125$.

Por outro lado, o género masculino apresenta um *score* maior tanto no BACE-3 ($M=0,74$; $DP= 0,41$) em relação ao género feminino ($M=0,66$; $DP= 0,48$) como no *score* do BACE-3 *stigma* ($M= 0,68$; $DP= 0,54$) relativamente ao género já referido ($M= 0,56$, $DP= 0,70$). A nível educacional é de ressaltar os indivíduos com o ensino básico a relatarem o maior *score* no BACE-3 ($M=1,13$; $DP= 0,53$), no BACE-3 *stigma* ($M=1,37$; $DP= 0,92$), e no BDI-II ($M=28,65$; $DP= 2,08$). Contudo, nenhuma destas diferenças se revelou estatisticamente significativa.

Falando do estado de saúde geral, os indivíduos que caracterizam a sua saúde geral como *Razoável/Fraca* apresentam uma diferença estatisticamente significativa no BACE-3 ($M=0,85$; $DP= 0,54$) $U = 358$, $Z= -2,04$, $p = 0,041$ e no BDI-II ($M=24,40$; $DP= 10,78$)

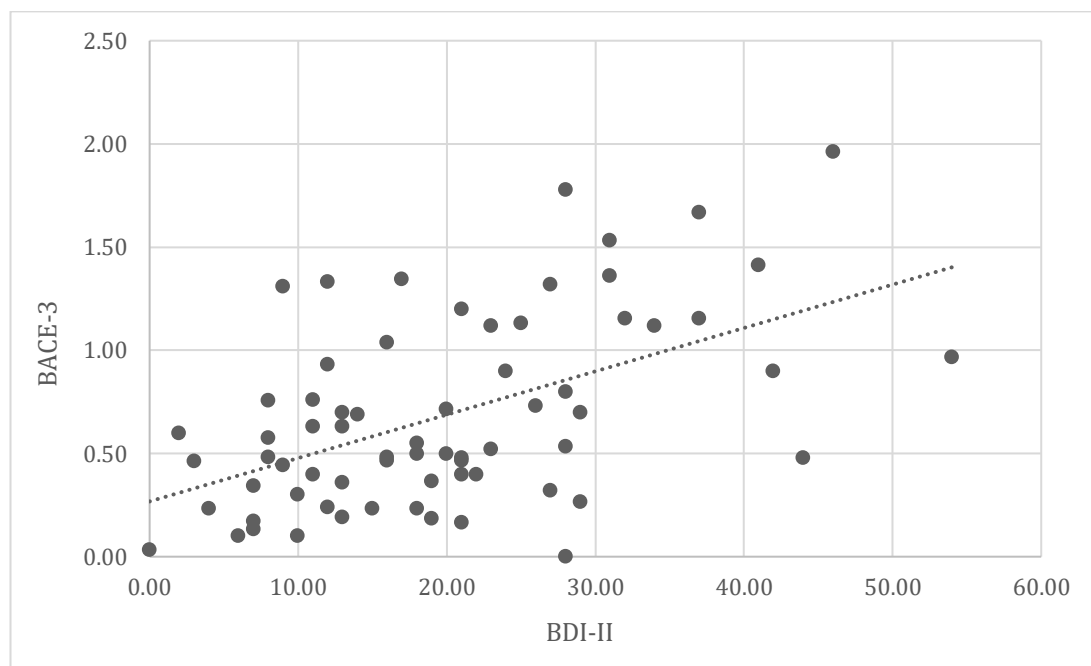
$t(49,67) = -3,024, p = 0,004$ comparativamente ao grupo que identificou a sua saúde geral como *Excelente/Muito Boa/Boa*.

No que diz respeito ao estado marital, os indivíduos pertencentes à categoria *Casado(a)/Numa união de facto* revelam o maior *score* no BACE-3 ($M=0,76; DP= 0,46$), enquanto os pertencentes à categoria *Divorciado(a)/Separado(a)* relatam o maior nível de sintomatologia depressiva através do BDI-II ($M=21,40; DP= 10,92$). Contudo, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos, nem para o BACE-3, $H(2) = 1,067, p = 0,586$ nem para o BDI-II, $F(2,65) = 0,234, p = 0,792$.

Abordando a correlação calculada, parece existir uma associação positiva entre o BACE-3 e o BDI-II. Tal também é corroborado pela Tabela 7 e pelo Gráfico 2, onde as correlações de Pearson são estatisticamente significativas entre todas as variáveis, nomeadamente entre o BACE-3 e o BACE *stigma*, $r = 0.914; p = 0.000$; BACE-3 e BDI-II, $r = 0,523; p = 0.000$; e entre o BACE *stigma* e BDI-II $r = 0,482; p = 0,000$.

Gráfico 2.

Gráfico de dispersão das variáveis BACE-3 (pontuação) e BDI-II (pontuação)



Nota. BACE: Escala de Barreiras no Acesso aos Cuidados de Saúde Mental; BDI-II: Beck Depression Inventory-II.

Tabela 6.*Scores Totais das Escalas Aplicadas por Característica Sociodemográfica*

		BACE-3			BACE stigma			BDI-II		
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>
Género	Feminino	0,66	0,48	0,380	0,56	0,70	0,129	21,17	11,90	0,125
	Masculino	0,74	0,41		0,68	0,54		16,76	10,10	
Saúde Geral	Excelente/Muito boa/Boa	0,56	0,37	0,041	0,45	0,51	0,122	16,22	10,46	0,004
	Razoável/Fraca	0,85	0,54		0,78	0,8		24,40	10,78	
Nível Educacional	Ensino Básico	1,13	0,53	0,508	1,37	0,92	0,508	28,65	2,08	0,476
	Ensino Secundário	0,63	0,30		0,56	0,43		22,00	16,07	
	Ensino Pós-Secundário Não Superior	0,73	0,74		0,67	1,16		18,75	8,30	
	Ensino Superior s/ Qualificação Avançada em Matéria de Investigação	0,65	0,49		0,52	0,65		17,86	10,09	
	Ensino Superior c/ Qualificação Avançada em Matéria de Investigação	0,70	0,38		0,64	0,55		21,43	12,06	
	Solteiro	0,65	0,48		0,54	0,63		19,02	10,79	
Estado Marital	Casado(a)/Numa união de facto	0,76	0,46	0,586	0,74	0,71	0,586	20,86	12,94	0,792
	Divorciado(a)/Separado(a)	0,65	0,33		0,41	0,520		21,40	10,92	

Nota. BACE-3: Escala de Barreiras no Acesso aos Cuidados de Saúde Mental; BACE stigma: Subescala de Barreiras Relacionadas com o Estigma no Acesso aos Cuidados de Saúde Mental; BDI-II: Beck Depression Inventory; M= Média; DP= Desvio-Padrão; p= valor de p para os respetivos testes paramétricos ou não paramétricos; Não se consideraram os dois participantes do Género= Outro.

Tabela 7.*Correlações de Pearson para BACE-3, BACE stigma e BDI-II*

		BACE <i>stigma</i>	BDI-II
BACE-3	r (Pearson)	0,914	0,523
	p	0,000	0,000
BACE <i>stigma</i>	r (Pearson)		0,482
	p		0,000

Nota. BACE-3: Escala de Barreiras no Acesso aos Cuidados de Saúde Mental; BACE stigma: Subescala de Barreiras Relacionadas com o Estigma no Acesso aos Cuidados de Saúde Mental; BDI-II: Beck Depression Inventory; r= R de Pearson; p= p value para as respetivas correlações.

Por fim, como se observa na Tabela 8 e, detalhando a regressão linear múltipla efetuada entre a variável dependente BDI-II e as variáveis independentes BACE-3, Género, Nível Educacional, Estado Marital e Estado de Saúde, verificam-se apenas duas relações estatisticamente significativas: 1) o género *Feminino* tende a ter uma pontuação 6,156 pontos maior no BDI comparado com a categoria *Masculino* ($p = 0,016$); 2) um aumento de uma unidade na pontuação do BACE-3 está associado a um aumento de 11,170 pontos na pontuação do BDI ($p = <0,001$).

Tabela 8.

Regressão Linear Múltipla entre BDI-II (VD) e Género, Nível Educacional, Estado Marital, Estado de Saúde e BACE-3 (VI)

Efeito	<i>B</i>	<i>EP</i>	95% (IC)		<i>p</i>
			Mínimo	Máximo	
Interceção	7,365	6,0578	-4,508	19,238	0,224
BACE-3	11,170	13,8760	5,973	16,368	<0.001
Feminino	6,156	2,5544	1,150	11,163	0,016
Masculino	0a	.	.	.	.
Ensino Básico	0,963	6,1130	-11,019	12,944	0,875
Ensino Secundário	3,532	3,9250	-4,160	11,225	0,368
Ensino Pós-Secundário Não Superior	-0,434	5,2822	-10,786	9,919	0,935
Ensino Superior sem Qualificação Avançada em Matéria de Investigação	-0,582	3,1779	-6,810	5,647	0,855
Ensino Superior com Qualificação Avançada em Matéria de Investigação	0a	.	.	.	.
Solteiro	2,258	5,0943	-7,726	12,243	0,658
Casado/Numa união de facto	2,460	5,2457	-7,822	12,741	0,639
Divorciado/Separado	0a	.	.	.	.
Excelente/Muito Bom/Bom	-3,724	2,6639	-8,945	1,457	0,162
Razoável/Fraco	0a	.	.	.	.

Nota. B= Beta; EP= Erro-Padrão; IC= Intervalo de Confiança; p= valor de p. a=grupo de referência; Não se consideraram os dois participantes do Género = Outro, por serem apenas dois, garantindo, deste modo, um maior poder amostral para a análise realizada.

2. Componente Qualitativa

Relativamente à apresentação dos dados qualitativos, que emergiram das 10 entrevistas efetuadas, como é possível observar no Anexo I, foram identificadas quatro categorias centrais, nomeadamente: 1) Barreiras no Acesso ao Serviço de Saúde Mental; 2) Consequências na Saúde Mental; 3) Facilitadores no Acesso ao Serviço de Saúde Mental; e 4) Propostas de Medidas.

Detalhando cada uma destas categorias e de modo a robustecer o estudo, foram também identificadas subcategorias para as categorias 1) e 4), concretamente: 1.1.) Barreiras Atitudinais; 1.2.) Barreiras Estruturais; 1.3.) Barreiras Relacionadas com a Baixa Perceção de Necessidade; 4.1.) Maior Investimento no SNS; e 4.2.) Articulação entre Serviços Sociais e SNS. Estas serão explicadas de seguida, inseridas na respetiva grande categoria. De ressaltar que o *Participante 6* constituiu-se como um caso negativo, não concordando com as afirmações explicitadas de seguida.

Abordando a primeira grande categoria, nesta foram contemplados os diferentes tipos de barreiras que podem condicionar o acesso ao serviço de saúde mental, contando com um total, abrangendo as três subcategorias, de 63 referências e nove fontes.

Pormenorizando cada uma destas subcategorias, no que diz respeito à subcategoria *Barreiras Atitudinais*, nesta incluem-se as barreiras relacionadas com a atitude. Por exemplo, medo de estigmatização ou falta de interesse face à doença. Veja-se o seguinte exemplo de um profissional:

“Se ainda por cima tem que ir a uma consulta de psiquiatria, que às vezes também há um estigma associado, se calhar a pessoa ainda se retrai mais.” – P9.
Contabilizaram-se 10 referências e quatro fontes.

Falando da subcategoria *Barreiras Estruturais*, incluem-se aqui barreiras relacionadas com a falta de disponibilidade dos serviços ou custos económicos incomportáveis por parte dos indivíduos, totalizando 31 referências e nove fontes. Atente-se o seguinte excerto como fonte ilustrativa:

“(…) porque nem toda a gente tem suporte financeiro e estando numa situação de desemprego, muito menos, não é? Porque entre pagar água e luz e ter um psicólogo, as pessoas têm que escolher, não é? Não? Têm que fazer a sua vida.” – P1

No que concerne à subcategoria *Barreiras Relacionadas com a Baixa Perceção de Necessidade*, esta abrange as barreiras associadas a uma baixa ou nula perceção de

necessidade de cuidados de saúde mental, contando com seis referências e quatro fontes.

A título de exemplo:

“E aí... não há muita consciência patológica” – P7.

Contemplando a categoria *Consequências na Saúde Mental*, aqui procurou-se detalhar as consequências do desemprego e das barreiras supramencionadas na saúde mental. Esta categoria contabilizou um total de 43 referências e oito fontes. Saliente-se o exemplo seguinte sobre a importância do trabalho:

“E o trabalho, o próprio Freud dizia isto no fim da sua vida, não é? O trabalho, a libido entra também no trabalho.” - P3.

Já no que se refere à categoria *Facilitadores no Acesso ao Serviço de Saúde Mental*, tendo como referencial o que são fatores que podem facilitar o acesso ao serviço de saúde mental, por oposição às barreiras anteriormente expostas, esta pontuou 18 referências e cinco fontes. Um exemplo de tal foi a pandemia de COVID-19:

“(...) após a pandemia tem se falado um pouco mais sobre isso e as pessoas estão mais abertas a falar desses problemas.” – P2.

Por fim, explanando a última e quarta categoria, *Propostas de Medidas*, esta refere-se a medidas que poderiam ser levadas a cabo, na ótica dos entrevistados, para promover um acesso igualitário aos serviços de saúde mental. Em grande categoria contabilizou 28 referências e nove fontes e, pormenorizando as suas subcategorias, a primeira, *Maior Investimento no SNS*, contou com 10 referências e quatro fontes e, a segunda, *Articulação entre Serviços Sociais e SNS*, com 11 referências e cinco fontes.

Note-se que o *Maior Investimento no SNS* refere-se a medidas de maior investimento no SNS, por exemplo, em recursos (e.g., psicólogos, médicos de família, psiquiatras) como se observa pelo seguinte excerto:

“Eu acho que ia começar tudo pelos psicólogos no sistema nacional de saúde, mais abertura e apoio para todos.” - P1.

Já a subcategoria *Articulação entre Serviços Sociais e SNS* abrange as medidas propostas que referem um maior investimento no SNS alicerçado nos serviços sociais. Atente-se na seguinte citação:

“Os próprios sistemas deveriam estar articulados, portanto, o SNS não deve atuar sozinho. Deve atuar em articulação com o serviço... com o sistema social (...)” - P4.

CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÕES FINAIS

1. Discussão de Resultados

Este estudo teve como principal objetivo identificar barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental por parte do público desempregado e possíveis repercussões na sua sintomatologia depressiva (partindo da componente quantitativa) e, posteriormente, compreender a perspetiva de profissionais de saúde mental face a este problema, de forma a perspetivar possíveis medidas em Portugal (componente qualitativa). Assim, neste capítulo é apresentada uma leitura compreensiva dos resultados já expostos (combinando as duas componentes), as limitações do estudo, sugestões para possíveis investigações futuras e implicações para a prática clínica.

Ressaltando o primeiro objetivo de investigação, explicitamente, identificar barreiras no acesso aos serviços de saúde mental por parte de indivíduos em situação de desemprego, uma maioria dos participantes (86,6%) afirmou já ter experienciando barreira estruturais no acesso ao serviço de saúde mental, de acordo com o Item 11: *Não ser capaz de suportar os custos financeiros envolvidos* ($M= 1,80$, $DP = 1,10$). De facto, de acordo com o estudo de Silva e colaboradores (2020) indivíduos desempregados são os que mais relatam barreiras estruturais no que diz respeito ao acesso ao serviço de saúde mental. Adicionalmente, também a componente qualitativa o demonstra com 31 referências e nove fontes acerca do mesmo:

“(...) porque a saúde mental é muito difícil em termos de recursos no público, e no privado, tem custos e tem custos elevados.” – P3.

“Mesmo para quem trabalha em que as pessoas não têm 50 ou 60 EUR para gastar no psicólogo, mesmo quem trabalha, quanto mais quem não trabalha, não é?” – P8.

De modo complementar a investigação de Staiger e colaboradores (2017) postula que as barreiras mais comumente relatadas por indivíduos desempregados estão relacionadas com a atitude (e.g., estigma e discriminação), com baixa literacia em saúde mental (o que conduz a uma baixa perceção de necessidade de cuidados), e estruturais. Efetivamente, os três itens mais pontuados seguidos do Item 11 foram o Item 2: *Querer resolver o problema sozinho* ($M=1,31$; $DP=0,95$), o Item 7: *Pensar que o problema poderia resolver-se por si próprio* ($M=1,09$; $DP=0,89$), e o Item 20: *Preocupações sobre os tratamentos disponíveis* (p. ex. *efeitos secundários da medicação*) ($M=1,04$; $DP=0,95$).

Detalhando é possível perceber que o Item 2 e 3 se enquadram nas barreiras atitudinais relacionadas com perceber a procura de ajuda como sinal de fraqueza ou atributos negativos, enquanto o Item 20 está relacionado com a baixa literacia em saúde mental (Staiger et al., 2017). As entrevistas realizadas corroboram estes resultados também. Observem-se os seguintes excertos exemplificativos de barreiras atitudinais, identificadas por profissionais:

“(...) para que não esteja tão vulnerável às suas próprias condicionantes, ao seu próprio estigma, à sua própria auto percepção, diminuída falta de autoestima ou a sua falta de conhecimento.” – P5.

“E aí... não há muita consciência patológica” - P7.

Abordando o segundo objetivo de investigação, nomeadamente, explorar que implicações poderão ter as barreiras percebidas no acesso na sintomatologia depressiva, após o cálculo da correlação entre a pontuação do BACE-3 e do BDI-II, foi possível de ser percebido que, de facto, existe uma associação positiva entre as mesmas ($r= 0,52$; $p = 0,000$) (c.f. Gráfico 2). Também na regressão feita, (além do género), o BACE-3 foi a única variável que deteve uma associação estatisticamente significativa no modelo ($p= 0,001$) (c.f. Tabela 8). Assim, quanto maior for a pontuação no BACE-3, maior será a pontuação no BDI-II, o que sugere que as barreiras têm repercussões negativas na sintomatologia depressiva dos indivíduos. Na componente qualitativa o mesmo foi verificado:

“Penso que o problema tende a cornificar-se com a ausência de resposta rápida ou atempada.” – P4.

“Ou seja, tudo fica mais difícil a partir do momento em que há sintomatologia depressiva ou sintomatologia ansiosa e/ou até outras complicações e, portanto, se nós não estamos a responder a isso, o potencial desse problema ser agravado e desse problema dificultar que a própria pessoa saia dessa situação, ou seja, se organize para encontrar um emprego para que as coisas corram bem, para voltar a ter rotinas... Pessoas que estão muito fora de rotinas de uma, enfim, de uma semana para outra,

começar a entrada das 9 às 5; terem que deixar os filhos em determinados sítios a organizar a sua vida para ter um emprego; é muito difícil.” – P10.

Relativamente ao género, as mulheres revelaram uma pontuação média superior aos homens no BDI, e menor nas dimensões do BACE3, ainda que estas diferenças não fossem estatisticamente significativas (Tabela 6). Ainda que alguma literatura evidencie que a prevalência de depressão em desempregados é superior nos homens (Rodrigues et al., 2017) e ainda que exista Legislação sobre igualdade de género em Portugal (Lei nº 38/2018), historicamente, o papel social e familiar do homem é diferente do da mulher, justificando possivelmente tal afirmação (Rodrigues et al., 2017). Todavia, também há evidência de que uma parte significativa dos rendimentos familiares são assegurados pelas mulheres (Frasquilho et al., 2016), constituindo 54,7% da força de trabalho, o que pode justificar este resultado (OIT, 2025).

No que concerne a diferenças referentes ao estado marital, como a literatura aponta, foi verificado que indivíduos desempregados *Divorciado(a)/Separado(a)* relatam o maior nível de sintomatologia depressiva através do BDI-II comparativamente aos restantes grupos, mas sem diferenças significativas. De facto, segundo um estudo de Gutiérrez-Lobos e colaboradores (2000) indivíduos não casados (incluindo divorciados) apresentaram um risco acrescido duas vezes superior de terem um episódio depressivo, face aos casados, o que vai de encontro à tendência verificada na nossa amostra.

Complementarmente, indivíduos que identificam o seu estado de saúde como *Excelente/Muito Bom/ Bom* detém também menores pontuações no BDI-II, face a uma saúde *Razoável/Fraca*. Com efeito, a literatura aponta para que um pior estado de saúde esteja associado a sintomatologia depressiva (e.g., Tanaka et al., 2011). Por outro lado, uma pior saúde parece também estar associada ao desemprego (Virtanen et al., 2013).

Adicionalmente, constatou-se que o fenómeno do desemprego tem também uma forte influência na sintomatologia depressiva como vários estudos já postulavam (e.g., Amiri, 2021; Coelho et al., 2021). Vejam-se os seguintes excertos exemplificativos:

“Há pessoas que caem no desemprego e ficam tristes com isso, ficam doentes com isso, ficam doentes com isso...” - P7

“Depois na consulta propriamente dita e na urgência também vejo essencialmente mais pessoas com doença, aquilo que nós chamamos a doença mental

comum, que é depressão e ansiedade. E, aí, muitas vezes, são situações que são ou estão associadas a situações de desemprego ou muitas vezes há uma associação assim causal quase, não é?” – P8

Para além das barreiras relatadas, emergiu uma nova categoria durante a análise qualitativa, nomeadamente, 3. *Facilitadores no Acesso ao Serviço de Saúde Mental*. Neste seguimento, os participantes apontam como principal facilitador a desocultação do tema da Saúde Mental perante a pandemia de COVID-19:

“Desde o COVID o que eu tenho sentido é que o número de casos que pessoas que nos chegam com uma pré-sinalização já aqui com alguma suspeita de saúde mental tem aumentado imenso.” - P1

“(...) após a pandemia tem se falado um pouco mais sobre isso e as pessoas estão mais abertas a falar desses problemas.” – P2

“A minha sensibilidade em relação ao que vão dizendo os estudos é que, sem dúvida, 2020 é o ano da saída do armário da saúde psicológica?” – P5.

Por fim, o terceiro e último objetivo de investigação teve como intuito compreender a perspetiva de profissionais de saúde mental e social face ao já explorado, de modo a contribuir para possíveis sugestões de medidas. Neste âmbito, e, tendo em conta a categoria, 4. *Propostas de Medidas*, verificou-se que as medidas sugeridas podem ser divididas em duas subcategorias, nomeadamente, 4.1. *Maior Investimento no SNS* e 4.2. *Articulação entre Serviços Sociais e SNS*.

Tendo por base a subcategoria 4.1. *Maior Investimento no SNS*, segundo um estudo de Fernandes e colaboradores (2025) acerca do acesso a cuidados de saúde em Portugal, foi constatado que o acesso às consultas da área da Saúde Mental e de Medicina Geral e Familiar são iníquos, tal como corroboram os participantes desta investigação, ressaltando a importância de reforço de médicos de família, psicólogos e psiquiatras no SNS:

“Portanto, e aí os médicos de família são fundamentais porque são as pessoas que conhecem (hum) cada pessoa, cada cidadão.” - P8.

“(...) ter mais profissionais de saúde mental, sobretudo psicólogos nos cuidados de saúde primários e redes de abordagem conjunta, digamos, entre médicos de família e psiquiatras (hum) acho que funcionaria bem.” - P2

Adicionalmente, conforme é relatado por um dos participantes e pelo estudo de Reis e colaboradores (2024) há uma necessidade urgente de melhorias nas infraestruturas da saúde, incluindo a expansão dos serviços médicos:

“Portanto, o que me parece destes resultados é que temos mesmo que ter cuidados descentralizados próximos do local onde a pessoa vive (...)” – P8.

Detalhando o tópico 4.2. *Articulação entre Serviços Sociais e SNS*, as barreiras no acesso aos cuidados de Saúde Mental, tendo como referencial Staiger e colaboradores (2017), podem ser combatidas, numa primeira instância, através dos serviços sociais, funcionando como “porta de entrada” para o serviço de saúde. Tal foi confirmado pelos participantes deste estudo:

“Eu sei, por exemplo, que noutros países são feitos programas de intervenção que são feitos pelos serviços sociais e emprego em que não se trabalha só, por exemplo, currículo ou uma melhoria das entrevistas de emprego, etc. Trabalham se também questões de autocuidado para a pessoa se manter minimamente saudável durante o período enquanto não encontra trabalho, por exemplo. Nem sequer há programas de apoio ao desempregado, portanto, eu acho que tínhamos de começar pelo base, pelo menos. Pelo menos juntar, não é? As pessoas e dar alguma resposta que não seja só a demonstração de procura ativa não é a tentar perceber o que é que se passa realmente com aquele desempregado.” – P4

“Aqui é a mesma coisa, ou seja, se os serviços de saúde mental tivessem um programa preparado para apoiar pessoas que estão em situação de desemprego, particularmente, em desemprego de longa duração, eu estou sempre a dizer isto, porque é ainda mais crítico, mas particularmente que para quem está em desemprego de longa duração, isso seria ótimo.” – P10

Todavia, apesar de os resultados terem sido unânimes para todos os participantes, exclui-se o *Participante 6*, por se afigurar como um caso negativo nesta análise. Assim, para o mesmo não existem barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental:

“Não há, não há nenhuma barreira de acesso consoante o emprego. Por amor de Deus, isso não existe.” – P6.

Contudo, concorda com o facto de existirem repercussões do desemprego na saúde mental dos indivíduos:

“(…) O meu personal trainer frequenta o meu restaurante, a minha enfermeira frequenta o mesmo cinema que eu. Ou seja, cada um faz uma parte e usufruímos de tudo, um desempregado em tese está fora deste jogo. Ao estar fora deste jogo, embora tenham subsídio, está fora deste jogo. Primeiro ao estar fora deste jogo psicologicamente, já o derruba, já o minimiza. Já ele fica mal economicamente, também fica mal, ou seja, mais dia menos dia, mais hora menos hora. O que vai acontecer é que o doente vai se sentir ostracizado, posto de parte.” – P6.

2. Conclusões Finais

O estudo apresentado contribuiu para uma melhor compreensão 1) das barreiras no acesso ao serviço de saúde mental por parte de desempregados em Portugal; 2) na repercussão do desemprego e destas barreiras na sintomatologia depressiva; e 3) de sugestões de melhoria a nível de políticas de investimento no SNS, neste âmbito.

De facto, existem barreiras por parte dos indivíduos desempregados no acesso aos serviços de saúde mental, sobretudo barreiras estruturais e atitudinais, o que leva a um agravamento da sua sintomatologia depressiva.

Porém, existem limitações nesta investigação. Uma vez que se optou por uma amostragem de conveniência (o que resultou num potencial viés de seleção com participantes com maiores níveis educacionais) a amostra não representa a realidade do universo que se desejou generalizar. Adicionalmente, o baixo tamanho amostral e omissão de determinadas dimensões, nomeadamente, histórico de outras perturbações mentais (Yang et al., 2024) e nível económico (Frasquilho et al., 2016) interfere com a robustez da análise estatística efetuada. Ainda, é de ressaltar a desejabilidade social dos participantes. Efetivamente, sabe-se na investigação que alguns indivíduos tendem a

responder aos itens ou questões de acordo com o que consideram ser o mais “aceitável” (Almiro, 2017), o que poderá ter acontecido tanto a nível quantitativo como qualitativo, com vista a sentirem-se “aprovados socialmente” na sua cultura vigente (Almiro, 2017). Ademais, a natureza transversal deste estudo não permite tirar conclusões acerca da causalidade, concretamente, não há evidência suficiente que o desemprego cause depressão ou vice-versa, como relatado por outros estudos (e.g., Jahoda, 1981; Stauder, 2019).

Relativamente à prática clínica e investigação, com este estudo corroborou-se, mais uma vez, a importância do local de trabalho para a saúde mental dos indivíduos. Além disso, compreendeu-se que maiores níveis de sintomatologia depressiva estão associados a uma maior vivência de barreiras a nível de acesso aos cuidados de saúde mental, o que demonstra a fulcralidade de programas de apoio ao desempregado (e à população geral) alinhados à temática da saúde mental, concretamente, no combate ao estigma. De modo complementar, deve ser feito um trabalho a nível estrutural, nomeadamente a nível de descentralização de serviços e uma maior proatividade do serviço social em articulação com o SNS.

Como sugestão para futuras linhas de investigação, poderá ser importante aprofundar os resultados obtidos com uma amostra mais representativa, de modo a fomentar a implementação de programas de apoio alinhadas à temática da saúde mental, como supramencionado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, E. & Clark, R. (2015) *An Invitation to Social Research: How It's Done* (5th edition). Cengage Learning: Stamford, CT.
- Åhs, A., Burell, G., & Westerling, R. (2012). Care or not care--that is the question: predictors of healthcare utilization in relation to employment status. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19(1), 29–38. <https://doi.org/10.1007/s12529-010-9129-2>
- Almiro, P. A. (2017). Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. *Avaliação Psicológica*, 16(3), 253-386 <https://doi.org/10.15689/ap.2017.1603.ed>
- Álvaro, J. L., Garrido, A., Pereira, C. R., Torres, A. R., & Barros, S. C. (2019). Unemployment, Self-esteem, and Depression: Differences between Men and Women. *The Spanish Journal of Psychology*, 22, E1. <https://doi.org/doi:10.1017/sjp.2018.68>
- Amiri, S. (2021). Unemployment associated with major depression disorder and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 28(4), 2080–2092. <https://doi.org/10.1080/10803548.2021.1954793>
- Bardin, L. (2011) *Análise de Conteúdo* (4ª edição). Lisboa: Edições.
- Basu, D. (2021). Reserve Army of Labour. In V. Upadhyay & P. Singh (Eds.), *Global political economy: A critique of contemporary capitalism* (pp. 140–178). Routledge.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Bhardwaj, P. (2019). Types of Sampling in Research. *Journal of the Practice of Cardiovascular Sciences*, 5(3), p 157-163. https://doi.org/10.4103/jpcs.jpcs_62_19
- Brown, R. K. (1997). *The changing shape of work*. Macmillan Press Ltd.

- Caldas-de-Almeida, J. (2018). *A Saúde Mental dos Portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Caldas-de-Almeida, J. Xavier, M. Cardoso, G, Gonçalves Pereira. M, Gusmão R, Barahona Correa. B, Gago. J, Miguel & Silva, J. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1.º Relatório. World Mental Health Surveys Initiative: Lisboa.
- Caldas-de-Almeida, J. M., Silva, M., Frasilho, D., Antunes, A., & Graça, C. (2017). Implicações do estudo da crise económica na saúde mental dos Portugueses. *Psilogos*, 15(2), 8-20. <https://doi.org/10.25752/psi.12795>
- Clement, S., Brohan, E., Jeffery, D., Henderson, C., Hatch, L. S., Thornicroft, G. (2012). Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry* 12, 36. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-36>
- Coelho, I. L., Sousa-Uva, M., Pina, N., Marques, S., Matias-Dias, C., & Rodrigues, A. P. (2021). Economic Crisis in Portugal: Trajectory of the Incidence of Depression and Correlation With Unemployment. *Acta Médica Portuguesa*, 34(4), 278–282. <https://doi.org/10.20344/amp.13574>
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM). (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Coutinho, C. R. (2024). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. 2ª Edição. Almedina.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 5th edition. SAGE: Los Angeles.

Decreto-Lei n.º 35/99. Ministério da Saúde. *Diário da República* n.º 30/1999, Série I-A de 1999-02-05, pp. 676 – 681. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/35-1999-169001>

Decreto-Lei n.º 113/2021. (2021). Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República* Série I n.º 240/2021 de 2021-12-14, pp. 104-118. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2021/12/24000/0010400118.pdf>

Despacho n.º 1490/2017. (2017). Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República* n.º 32/2017, Série II de 2017-02-14, pp. 2929 - 2929. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2017/02/032000000/0292902929.pdf>

EDUSTAT (Fundação Belmiro de Azevedo). (2025). *Taxa de desemprego por nível de escolaridade*. Consultado em EDUSTAT em <https://www.edustat.pt/indicador?id=109>

Engels, F. (1845). *Die Lage der arbeitenden Klasse in England* [The condition of the working class in England]. Leipzig: Otto Wigand.

Entidade Reguladora da Saúde (ERS). (2023). Acesso a serviços de saúde mental nos Cuidados de Saúde Primários. Porto, Portugal.

Eurostat. (2025). *Euro area unemployment at 6.2%*. Consultado em Eurostat em <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-euro-indicators/w/3-02052025-bp#estat-inpage-nav-heading-3>

Frasquilho, D., de Matos, M. G., Marques, A., Gaspar, T., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2016). Distress and unemployment: the related economic and noneconomic factors in a sample of unemployed adults. *International Journal of Public Health*, 61(7), 821–828. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0806-z>

Fromm, E. (1955). *The sane society*. Rinehart & Co.

- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of he Grounded Theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Gollain, F. (2018, 17 de maio). Questioning the Centrality of Work with André Gorz. *Green European Journal*. <https://www.greeneuropeanjournal.eu/questioning-the-centrality-of-work-with-andre-gorz/>
- Gouveia, M. (2017). *Saúde e Hospitais Privados em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Granter, E., & Aroles, J. (2023). Crisis and Utopia: André Gorz and the end of work. *Journal of Classical Sociology*, 23(2), 211-228. <https://doi.org/10.1177/1468795X231170368>
- Gutiérrez-Lobos, K., Wöfl, G., Scherer, M., Anderer, P., & Schmidl-Mohl, B. (2000). The gender gap in depression reconsidered: the influence of marital and employment status on the female/male ratio of treated incidence rates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(5), 202–210. <https://doi.org/10.1007/s001270050229>
<https://doi.org/10.1007/s001270050229>
- Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP). (2025). *Informação mensal sobre estado civil do desempregado e condição laboral do cônjuge (Maio 2025)*. Consultado em Instituto Emprego e Formação Profissional (IEFP) em <https://www.iefp.pt/documents/10181/13014858/Lei+4+maio+2025.pdf/c26a0a1c-5e0b-4ad9-ab43-4ecb5bcb8da6>
- Instituto Emprego e Formação Profissional (IEFP). (2024). *Informação Mensal Mercado de Emprego (Maio 2025)*. Consultado em Instituto Emprego e Formação Profissional (IEFP) em <https://www.iefp.pt/documents/10181/13014693/Informa%C3%A7%C3%A3o+Mensual+maio+2025.pdf/a4cd4d4e-2d34-43bf-8522-00f2249a29d8>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2025). *Estimativas Mensais de Emprego e Desemprego*. Consultado em Instituto Nacional de Estatística (INE) em

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=706224783&DESTAQUESmodo=2

Jahoda, M. (1981). *Employment and unemployment*. Cambridge Books.

Kim, T. J., & von dem Knesebeck, O. (2016). Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(4), 561–573. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1107-1>

Lei n.º 2118. (1963). Presidência da República. *Diário do Governo* n.º 79/1963, Série I de 1963-04-03, pp. 327-332. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1963/04/07900/03270332.pdf>

Lei n.º 35/2023. (2023). Assembleia da República. *Diário da República* n.º 141/2023, Série I de 2023-07-21, pp. 2-23. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/07/14100/0000200023.pdf>

Lei n.º 38/2018. (2018). Assembleia da República. *Diário da República* n.º 151/2018, Série I de 2018-08-07, pp. 3922 - 3924. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15100/0392203924.pdf>

Levine, L. (1950). Adaptations of the Unemployment Concept. *The Review of Economics and Statistics*, 32(1), 65-70.

Martins, A. M. Q. (2000) *As manifestações clínicas da depressão na adolescência*. (Master's thesis). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Marx, K. (1859). *Zur Kritik der politischen Ökonomie*. Berlin: Franz Duncker.

Marx, K., & Engels, F. (2008). *The Communist Manifesto: The Condition of the Working Class in England in 1844; Socialism: Utopian and Scientific* (L. Marlow, Editions). Wordsworth Editions.

Maslow, A. H. (1987). *Motivation and Personality (3rd Edition.)*. Harper & Row Publishers.

Miranda, A. F. P. (2018). *Barriers to access to care evaluation: Portuguese adaptation of a mental healthcare psychometric instrument* (Master's thesis). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Norris, D. R. (2016). *Job loss, identity, and mental health*. Rutgers University Press.

Olesen, S.C., Butterworth, P., Leach, L.S. Kelaher, M. Pirkis, J. (2013). Mental health affects future employment as job loss affects mental health: findings from a longitudinal population study. *BMC Psychiatry* 13, 144. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-144>

Organização Internacional do Trabalho (OIT). s.d. *Definitions and Metadata*. Consultado em <https://weso-data.ilo.org/definitions-and-metadata/introduction>

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2025). *Unemployment rate (indicator)*. <https://doi.org/10.1787/52570002-en>

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2025). *OECD unemployment rate stable at 4.9% in April 2025*. Consultado em Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) em <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/data/insights/statistical-releases/2025/6/unemployment-rates-oecd-06-2025.pdf>

Orwell, G. (2001). *The road to Wigan Pier*. Penguin Books. (Original work published 1937).

Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational behavior*, 74(3), 264-282. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>

Picchio, M., & Ubaldi, M. (2024). Unemployment and health: A meta-analysis. *Journal of Economic Surveys*, 38(4), 1437-1472.

- Pinheiro, V., Caetano, C., da Silva, S. P., & Nunes, B. (2022). The 2009-2014 economic crisis and deaths by suicide in Portugal: time series analysis. *European Journal of Public Health*, 32. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.263>
- Pinto, J. (2022). *A Liberdade dos Futuros: Ecorrepublicanismo para o século XXI*. Tinta da China.
- PORDATA. (2024). *Desemprego registado nos centros de emprego por tempo de inscrição*. Consultado em PORDATA em <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/emprego/populacao-desempregada/desemprego-registado-nos-centros-de-emprego-por-tempo>
- Regulamento (UE) 549/2013 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 21 de maio de 2013, relativo ao sistema europeu de contas nacionais e regionais na União Europeia. *Jornal Oficial da União Europeia*, L 174, de 26 de junho de 2013. <http://data.europa.eu/eli/reg/2013/549/oj>
- Rodrigues, A. P., Sousa-Uva, M., Fonseca, R., Marques, S., Pina, N., & Matias-Dias, C. (2017). Depression and unemployment incidence rate evolution in Portugal, 1995–2013: General Practitioner Sentinel Network data. *Revista de Saúde Pública*, 51, 98. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006675>
- Schneider, A., Hommel, G., & Blettner, M. (2010). Linear regression analysis: part 14 of a series on evaluation of scientific publications. *Deutsches Arzteblatt International*, 107(44), 776–782. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0776>
- Skinner, A., Osgood, N. D., Occhipinti, J. A., Song, Y. J. C., & Hickie, I. B. (2023). Unemployment and underemployment are causes of suicide. *Science Advances*, 9(28), eadg3758. <https://doi.org/10.1126/sciadv.adg3758>
- Staiger, T., Waldmann, T., Rüsçh, N., & Krumm, S. (2017). Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: a qualitative study. *BMC health Services research*, 17(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-1997-6>

- Stauder J. (2019). Unemployment, unemployment duration, and health: selection or causation?. *The European Journal of Health Economics*, 20(1), 59–73. <https://doi.org/10.1007/s10198-018-0982-2>
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315-323.
- Tanaka, H., Sasazawa, Y., Suzuki, S. et al. Health status and lifestyle factors as predictors of depression in middle-aged and elderly Japanese adults: a seven-year follow-up of the Komo-Ise cohort study. *BMC Psychiatry* 11, 20 (2011). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-20>
- Virtanen, P., Janlert, U., & Hammarström, A. (2013). Health status and health behaviour as predictors of the occurrence of unemployment and prolonged unemployment. *Public health*, 127(1), 46–52. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.10.016>
- Warr, P. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health, *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, 8(2), 84-9. <https://doi.org/10.1080/02678379408259982>
- World Bank Group, Gender Data Portal. (2025). *Portugal*. Consultado em <https://genderdata.worldbank.org/en/economies/portugal>
- World Health Organization (WHO). (2009). Improving health systems and services for mental health. In *Improving health systems and services for mental health*. Geneva.
- World Health Organization (WHO). (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva.
- Xavier. M, Barreto. H, Cruz. MC, Domingos. P, Gago. J, Maia. Correia. T, Marques .C, Marques. MJ, Matos Pires. A, Morgado. P, Narigão. M, Pereira. S, Redondo. J, Santos. T, Vieira. F, Sena e Silva, F. (2024). *A Reforma da Saúde Mental em Portugal: três*

anos de transformação. Lisboa: Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. <https://doi.org/10.34619/1n9a-yb44>

Yang, Y., Niu, L., Amin, S., & Yasin, I. (2024). Unemployment and mental health: a global study of unemployment's influence on diverse mental disorders. *Frontiers in Public Health*, 12, 1440403. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1440403>

Zuelke, A. E., Luck, T., Schroeter, M. L., Witte, A. V., Hinz, A., Engel, C., Enzenbach, C., Zachariae, S., Loeffler, M., Thiery, J., Villringer, A., & Riedel-Heller, S. G. (2018). The association between unemployment and depression-Results from the population-based LIFE-adult-study. *Journal of Affective Disorders*, 235, 399–406. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.073>

ANEXOS

ANEXO A. FOLHA DE INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES COMPONENTE QUANTITATIVA

Informação ao Participante

“As Barreiras no Acesso aos Serviços de Saúde Mental em Portugal: o Fenómeno do Desemprego e a relação com a Sintomatologia Depressiva”

Caro participante,

O projeto de investigação “As Barreiras no Acesso aos Serviços de Saúde Mental em Portugal: o Fenómeno do Desemprego e a relação com a Sintomatologia Depressiva” está a ser realizado no âmbito da dissertação de mestrado de uma aluna da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa– Centro Regional do Porto. O principal objetivo desta mesma investigação é compreender quais as barreiras estruturais (ou seja, referentes à organização e estrutura) no acesso aos serviços de saúde mental, em Portugal, concretamente no público desempregado e como tal se relaciona com a sua sintomatologia depressiva, assim como possíveis sugestões de melhoria.

Deste modo, estamos à procura de indivíduos desempregados, entre os 18 e os 66 anos, que nos possam providenciar informações sobre estas dificuldades sentidas no serviço de saúde mental, em Portugal. Para tal, é solicitado que preencham um questionário acerca dos seus dados sociodemográficos, a forma como se sentiu nas duas últimas semanas e a satisfação com os serviços de saúde mental.

Convidámo-lo, assim, a responder a estes três questionários criados numa plataforma *online*, exclusivamente para este estudo.

De salientar que o questionário e a análise dos dados serão efetuados por uma estudante do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Maria Inês Faria, sob a orientação do Professor Diogo Costa na Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa– Centro Regional do Porto.

Para que possa participar neste estudo, por favor, aceda ao formulário de consentimento informado através deste *link*.

Tal como explicitado no consentimento informado, nenhuma informação partilhada nas entrevistas será de algum modo revelada. Toda a informação recolhida será confidencial e anónima, sendo usada apenas para fins científicos. Caso entenda que não deve ou não quer participar neste estudo, pode fazê-lo, a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo.

Em caso de dúvida não hesite em contactar.

ANEXO B. CONSENTIMENTO INFORMADO COMPONENTE QUANTITATIVA

Consentimento Informado

O presente estudo denominado “As Barreiras no Acesso aos Serviços de Saúde Mental em Portugal: o Fenómeno do Desemprego e relação com a Sintomatologia Depressiva” tem como principal objetivo compreender quais as dificuldades no acesso aos serviços de saúde mental, em Portugal, concretamente no público desempregado, e de que modo tal tem repercussões na sua sintomatologia depressiva, assim como possíveis sugestões de melhoria.

Este projeto decorre na Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa– Porto, e será realizado pela estudante Maria Inês Faria sob a orientação do Professor Diogo Costa.

O nome e o contacto do Encarregado de Proteção de Dados da UCP é:

Data Protection Officer- UCP

Dra. Frederica Campos de Carvalho

Contacto Telefónico: +351 217214179

E-mail: compliance.rgpd@ucp.pt

Os questionários têm a duração prevista de 15 a 20 minutos e dirigem-se a indivíduos desempregados de todos os géneros com idades compreendidas entre os 18 e os 66 anos.

A participação é voluntária, pelo que poderá, a qualquer momento, recusar ou desistir, sem qualquer tipo de justificação e consequências.

A participação não pressupõe qualquer tipo de pagamento ou contrapartida.

Caso aceite participar neste estudo, para além de um questionário para atestar os seus sintomas depressivos, bem como um para medir a sua (não) satisfação com o serviço de saúde mental teremos de recolher algumas informações pessoais que constarão no questionário sociodemográfico: 1) idade; 2) género; 3) habilitações literárias; 4) ocupação; 5) estado marital; e 6) estatuto laboral.

De salientar que todos os dados recolhidos neste estudo são confidenciais e anónimos. Não serão recolhidos nomes ou qualquer outro tipo de identificação dos participantes. Todos estes serão guardados em formato digital e encriptados numa *pen-drive* protegida com senha, no qual meramente os investigadores têm acesso para fins de tratamento dos dados, que permitam responder aos objetivos do projeto. Os dados recolhidos serão destruídos no final do

projeto (após a defesa da respetiva dissertação de Mestrado e publicação do artigo previsto), assumindo tempo suficiente para eventual revisão necessária a algum elemento da tese ou publicação, não se prevendo ultrapassar os 12 meses após a submissão dos manuscritos.

Não serão partilhados dados com entidades externas à UCP, nem existirá partilha de dados para países estrangeiros. Os dados recolhidos poderão ser utilizados de forma agregada.

Todos os dados recolhidos serão tratados de acordo com a legislação nacional e da UE aplicável e apenas serão usados pelos investigadores para fins de investigação científica no âmbito deste projeto - Designadamente o RGPD (Regulamento Geral da Proteção de Dados (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, relativo à proteção de pessoas singulares no que concerne ao processamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, e demais legislação aplicável ao processamento de dados pessoais.

Os investigadores responsáveis pelo estudo disponibilizam-se para esclarecer qualquer dúvida existente.

Muito obrigada pela sua colaboração

- Li e compreendi este documento e aceito participar no estudo “As Barreiras no Acesso aos Serviços de Saúde Mental em Portugal: o Fenómeno do Desemprego e relação com a Sintomatologia Depressiva”, dando o meu consentimento informado e tendo a garantia que todos os meus dados permanecerão confidenciais.
- Tenho 18 anos de idade.

ANEXO C. QUESTIONÁRIO COMPLETO

Dissertação

Início do bloco: Consentimento Informado

*

Page 1 of 25

Fim do bloco: Consentimento Informado

Início do bloco: Questionário Sociodemográfico

*

Q1 Qual o seu estatuto laboral?

Empregado (1)

Desempregado (2)

Quebra de
cadeia

Page 3 of 25

CI O presente estudo denominado "As Barreiras no Acesso aos Serviços de Saúde Mental em Portugal: o Fenómeno do Desemprego e relação com a Sintomatologia Depressiva" tem como principal objetivo compreender quais as dificuldades no acesso aos serviços de saúde mental, em Portugal, concretamente no público desempregado, e de que modo tal tem repercussões na sua sintomatologia depressiva, assim como possíveis sugestões de melhoria. Este projeto decorre na Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa— Porto, e será realizado pela estudante Maria Inês Faria sob a orientação do Professor Diogo Costa. O nome e o contacto do Encarregado de Proteção de Dados da UCP é: Data Protection Officer-UCP Dra. Frederica Campos de Carvalho. Contacto Telefónico: +351 217214179. E-mail: compliance.rpd@ucp.pt. Os questionários têm a duração prevista de 15 a 20 minutos e dirigem-se a indivíduos desempregados de todos os países com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos. A participação é voluntária, pelo que poderá, a qualquer momento, recusar ou desistir, sem qualquer tipo de justificação e consequências. A participação não pressupõe qualquer tipo de pagamento ou contrapartida. Caso aceite participar neste estudo, para além de um questionário para atestar os seus sintomas depressivos, bem como um para medir a sua satisfação com o serviço de saúde mental teremos de recolher algumas informações pessoais que constarão no questionário sociodemográfico: 1) idade; 2) género; 3) habilitações literárias; 4) ocupação; 5) estado marital; e 6) estatuto laboral. De salientar que todos os dados recolhidos neste estudo são confidenciais e anónimos. Não serão recolhidos nomes ou qualquer outro tipo de identificação dos participantes. Todos estes dados serão guardados em formato digital e encriptados numa pen-drive protegida com senha, no qual meramente os investigadores têm acesso para fins de tratamento dos dados, que permitam responder aos objetivos do projeto. Os dados recolhidos serão destruídos no final do projeto (após a defesa da respetiva dissertação de Mestrado e publicação do artigo previsto), assumindo tempo suficiente para eventual revisão necessária a algum elemento da tese ou publicação, não se prevendo ultrapassar os 12 meses após a submissão dos manuscritos. Não serão partilhados dados com entidades externas à UCP, nem existirá partilha de dados para países estrangeiros. Os dados recolhidos poderão ser utilizados de forma agregada. Todos os dados recolhidos serão tratados de acordo com a legislação nacional e da UE aplicável e apenas serão usados pelos investigadores para fins de investigação científica no âmbito deste projeto - Designadamente o RGPD (Regulamento Geral da Proteção de Dados (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, relativo à proteção de pessoas singulares no que concerne ao processamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, e demais legislação aplicável ao processamento de dados pessoais. Os investigadores responsáveis pelo estudo disponibilizam-se para esclarecer qualquer dúvida existente. **Muito obrigada pela sua colaboração!**

Li e compreendi este documento e aceito participar no estudo "As Barreiras no Acesso aos Serviços de Saúde Mental em Portugal: o Fenómeno do Desemprego e relação com a Sintomatologia Depressiva", dando o meu consentimento informado e tendo a garantia que todos os meus dados permanecerão confidenciais. (1)

Tenho pelo menos 18 anos de idade. (2)

Page 2 of 25

Q2 Há quanto tempo (em meses) se encontra desempregado? Se está há menos de 1 mês coloque 1. Se está há um ano ou mais coloque em meses (p.ex. 2 anos = 24 meses).

Quebra de
cadeia

Page 4 of 25

Q3 Qual a sua idade?

Q4 Qual o seu género?

- Feminino_(1)
- Masculino_(2)
- Outro_(3)

Q5 Qual o seu nível educacional (completo)?

- Educação Pré-Escolar_(1)
- Ensino Primário_(2)
- Ensino Básico_(3)
- Ensino Secundário_(4)
- Ensino Pós-Secundário Não Superior_(5)
- Ensino Superior sem Qualificação Avançada em Matéria de Investigação_(6)
- Ensino Superior com Qualificação Avançada em Matéria de Investigação_(7)

Apresentar esta pergunta:

If Qual a sua nacionalidade? = Portugal(usa)



Q9.1 Há quanto tempo reside (em anos) em Portugal?

Fim do bloco: Questionário Sociodemográfico

Início do bloco: Instruções BDI-II

BDI-II. Por favor, leia atentamente cada grupo de afirmações abaixo e seleccione em cada um a frase que mais se adequa a como se tem sentido nas **últimas duas semanas**, incluindo o dia de hoje. Poderão **existir** várias frases no mesmo grupo que pareçam adequadas, contudo, escolha **apenas uma** em cada grupo.

Fim do bloco: Instruções BDI-II

Início do bloco: BDI-II

Tristeza

- Não me sinto triste. (1)
- Sinto-me triste muitas vezes. (2)
- Sinto-me sempre triste. (3)
- Estou tão triste ou infeliz que já não aguento. (4)

Q6 Qual o seu estado marital?

- Solteiro(a)_(1)
- Casado(a)/Numa união de facto_(2)
- Viuvo(a)_(3)
- Divorciado(a)/Separado(a)_(4)

Q7 Qual era a sua última profissão?

▼ Diretor geral e gestor executivo, de empresas (1) —Outro (39)

Apresentar esta pergunta:

If Qual era a sua última profissão? = Outro

Q8 Por favor, descreva a sua profissão

Q8.1 Qual a sua nacionalidade?

▼ Afegão (52) ... Zimbabuano(a) (274)

Apresentar esta pergunta:

If Qual a sua nacionalidade? = Portugal(usa)

Q9 Nasceu em Portugal?

- Sim_(1)
- Não_(2)

Pessimismo

- Não me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro. (1)
- Sinto-me mais desencorajado(a) em relação ao futuro do que antes. (2)
- Já não espero que os meus problemas se resolvam. (3)
- Não tenho qualquer esperança no futuro; tudo só pode piorar. (4)

Fracassos Passados

- Não me considero um falhado(a). (1)
- Fracassei mais vezes do que devia. (2)
- Revendo o passado, o que noto é uma quantidade de fracassos. (3)
- Sinto-me completamente falhada como pessoa. (4)

Falta de Prazer

- Tenho tanto prazer como antes em coisas que gosto. (1)
- Eu não gosto tanto das coisas como costumava. (2)
- Tenho pouco prazer com as coisas que costumava gostar. (3)
- Não tenho qualquer prazer nas coisas que costumava gostar. (4)

Sentimentos de Culpa

- Não me sinto particularmente culpado(a). (1)
- Sinto-me culpado(a) por muitas coisas que fiz ou devia ter feito. (2)
- Sinto-me bastante culpado(a) a maioria das vezes. (3)
- Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo. (4)

Sentimentos de Punição

- Não sinto que esteja a ser castigado(a). (1)
- Sinto que posso vir a ser castigado(a). (2)
- Acho que vou ser castigado(a). (3)
- Sinto que estou a ser castigado(a). (4)

Auto-Depreciação

- Não me critico mais do que o habitual. (1)
- Critico-me mais do que costumava. (2)
- Critico-me por todas as minhas falhas. (3)
- Culpo-me de tudo o que de mal me acontece. (4)

Auto-Criticismo

- Não me culpo ou critico mais do que o habitual. (1)
- Critico-me mais do que o que costumava. (5)
- Critico-me por todas as minhas falhas. (6)
- Culpo-me por tudo o que de mal me acontece. (7)

Pensamentos ou Desejos Suicidas

- Não tenho qualquer ideia de me matar. (1)
- Tenho ideias de me matar, mas não as levarei a cabo. (2)
- Gostaria de me matar. (3)
- Matar-me-ia se tivesse oportunidade. (4)

Choro

- Não choro mais do que costumava. (1)
- Choro mais do que costumava. (2)
- Choro por tudo e por nada. (3)
- Apetece-me chorar, mas já não consigo. (4)

Agitação

- Não estou mais inquieto(a) ou tenso(a) do que o normal. (1)
- Sinto-me mais inquieto(a) ou tenso(a) do que o normal. (2)
- Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado. (3)
- Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que preciso de me continuar a mover a fazer alguma coisa. (4)

Perda de Interesse

- Não perdi o interesse nos outros ou nas minhas atividades. (1)
- Estou menos interessado nas coisas ou nos outros. (2)
- Perdi a maioria do interesse nas coisas ou nos outros. (3)
- É difícil interessar-me pelo que quer que seja. (4)

Indecisão

- Tomo decisões como sempre o fiz. (1)
- Acho mais difícil tomar decisões do que o habitual. (2)
- É muito mais difícil tomar decisões do que antigamente. (3)
- Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão. (4)

Sentimentos de Inutilidade

- Não me considero incapaz e inútil. (1)
- Não me considero tão válido(a) e útil como costumava. (2)
- Sinto-me mais inútil do que as outras pessoas. (3)
- Sinto-me completamente inútil. (4)

Perda de Energia

- Tenho tanta energia como sempre. (1)
- Tenho menos energia do que costumava ter. (2)
- Não tenho energia suficiente para fazer muitas coisas. (3)
- Não tenho energia suficiente para fazer nada. (4)

Mudanças nos Padrões de Sono

- Não senti nenhuma mudança no meu sono. (1)
- Durmo um pouco mais do que o normal. (2)
- Durmo um pouco menos do que o normal. (3)
- Durmo muito mais do que o normal. (4)
- Durmo muito menos do que o normal. (5)
- Durmo a maior parte do dia. (6)
- Acordo 1-2 horas mais cedo e não consigo dormir novamente. (7)

Irritabilidade

- Não estou mais irritado(a) do que o normal. (1)
- Estou mais irritado(a) do que o normal. (2)
- Estou muito mais irritado(a) do que o normal. (3)
- Estou irritado(a) o tempo todo. (4)

Mudanças no apetite

- Não senti nenhuma mudança no meu apetite. (1)
- O meu apetite está um pouco menor do que o normal. (2)
- O meu apetite está um pouco maior do que o normal. (3)
- O meu apetite está muito menor do que antes. (4)
- O meu apetite está muito maior do que o normal. (5)
- Não tenho apetite nenhum. (6)
- Tenho desejos de comida o tempo todo. (7)

Dificuldades de concentração

- Consigo-me concentrar tão bem como antes. (1)
- Não me consigo concentrar tão bem quanto o habitual. (2)
- É difícil manter a minha mente em determinada coisa por muito tempo. (3)
- Acho que não consigo me concentrar em nada. (4)

Instruções De seguida, poderá ver uma lista de coisas que podem impedir, atrasar ou desencorajar as pessoas a procurar cuidados profissionais para um problema de saúde mental, ou a manter essa ajuda. Por cuidados profissionais entendemos cuidados prestados por um médico de família, um membro de equipas comunitárias de saúde mental (p. ex. enfermeiro de saúde mental), psiquiatras, psicólogos ou psicoterapeutas. **Alguma destas questões já o impediu, atrasou ou desencorajou de procurar, ou manter, cuidados profissionais para um problema de saúde mental?**

Não ter a certeza onde procurar ajuda profissional.

- Nada (1)
- Um pouco (2)
- Bastante (3)
- Muito (4)

Querer resolver o problema sozinho.

- Nada (1)
- Um pouco (2)
- Bastante (3)
- Muito (4)

Cansado ou fatiga

- Não estou mais cansado ou fatigado do que o habitual. (1)
- Fico mais cansado ou fatigado com mais facilidade do que o habitual. (2)
- Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer muitas das coisas que costumava fazer. (3)
- Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer. (4)

Perda de interesse pelo sexo

- Não notei nenhuma alteração recente no meu interesse pelo sexo. (1)
- Estou menos interessado em sexo do que antes. (2)
- Estou muito menos interessado em sexo agora. (3)
- Perdi completamente o interesse pelo sexo. (4)

Fim do bloco BDI-II

Início do bloco Bloco 5

Q62 Em geral, diria que a sua saúde é...

- Excelente (1)
- Muito boa (2)
- Boa (3)
- Razoável (4)
- Fraca (5)

Fim do bloco Bloco 5

Início do bloco BACE

Receio de que poderia ser visto como fraco por ter um problema de saúde mental.

- Nada (1)
- Um pouco (2)
- Bastante (3)
- Muito (4)

Medo de ser internado contra a minha vontade.

- Nada (1)
- Um pouco (2)
- Bastante (3)
- Muito (4)

Receio de que poderia prejudicar as minhas hipóteses ao tentar obter emprego.

- Nada (1)
- Um pouco (2)
- Bastante (3)
- Muito (4)

Dificuldades com transportes ou em deslocar-me a consultas.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)

Pensar que o problema poderia resolver-se por si próprio.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)

Receio sobre o que a minha família poderia pensar, dizer ou sentir.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)

Page 17 of 25

Sentir-me embaraçado ou envergonhado.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)

Preferir cuidados alternativos (p. ex. curas tradicionais/religiosas ou terapias alternativas/complementares)

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)

Não ser capaz de suportar os custos financeiros envolvidos.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)

Page 18 of 25

Receio de que poderia ser visto como 'louco'.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)

Pensar que os cuidados profissionais provavelmente não me iriam ajudar.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)

Preocupação de que poderia ser visto como um mau pai.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)
 Não aplicável_(5)

Page 19 of 25

Indisponibilidade de profissionais do meu grupo étnico ou cultural.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)

Sentir-me demasiado mal para pedir ajuda.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)

Preocupação de que pessoas minhas conhecidas pudessem descobrir.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)

Page 20 of 25

Não gostar de falar dos meus sentimentos, emoções ou pensamentos.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)

Receio de que as pessoas poderiam não me levar a sério se soubessem que estava a receber cuidados profissionais.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)

Preocupações sobre os tratamentos disponíveis (p. ex. efeitos secundários da medicação).

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)

Não querer que um problema de saúde mental constasse no meu processo clínico.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)

Experiências negativas no passado com cuidados profissionais de saúde mental.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)

Preferir obter ajuda de familiares e amigos.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)

Receio de que os meus filhos me pudessem ser retirados ou que pudesse perder a custódia sem a minha concordância.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)
 Não aplicável_(5)

Pensar que não tinha um problema.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)

Preocupação sobre o que os meus amigos poderiam pensar, dizer ou fazer.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)

Dificuldade em tirar tempo livre no trabalho.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)
 Não aplicável_(5)

Preocupação sobre o que as pessoas no trabalho poderiam pensar, dizer ou fazer.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)
 Não aplicável_(5)

Ter dificuldade em cuidar das crianças enquanto eu recebia cuidados profissionais.

- Nada_(1)
 Um pouco_(2)
 Bastante_(3)
 Muito_(4)
 Não aplicável_(5)

—└┘—

Não ter ninguém que me ajudasse a obter cuidados profissionais.

- Nada_(1)
- Um pouco_(2)
- Bastante_(3)
- Muito_(4)

Fim do bloco: BACE

ANEXO D. GUIÃO DE ENTREVISTA



CATOLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

Guião de Entrevista

Projeto: As Barreiras no Acesso aos Serviços de Saúde Mental em Portugal: o Fenómeno do Desemprego e relação com a Sintomatologia Depressiva

Blocos	Objetivos Específicos	Indicadores	Questões Orientadoras
Bloco 1- Legitimação da Entrevista.	Agradecer a disponibilidade. Assegurar um ambiente confortável e que permita a partilha segura de informações. Explicitar verbalmente as condições do consentimento informado, bem como explicar os objetivos da entrevista.		
Bloco 2- Descrição da População.	Aprofundar os conhecimentos sobre os entrevistados, de modo a entender qual a sua relação com o público-alvo principal: os desempregados.	Características da população.	1) Qual a sua formação profissional? 2) Tem experiência com o público desempregado? 2.1.) Há quanto tempo? 3) Pode-me indicar algo que faça no seu trabalho que tenha implicações na vida do público desempregado?
Bloco 3- O Desemprego e o Serviço de Saúde Mental.	Compreender a perspetiva dos entrevistados face à utilização do serviço de saúde mental por desempregados. Compreender a perspetiva dos		1) Considera que a população desempregada usa mais ou menos os Serviços de Saúde Mental que a restante população? Caso diga mais, 1.2.) Porque considera que seja tão utilizado?

	entrevistados face a responsividade do serviço de saúde mental ao público desempregado – possíveis explicações.		2) Em geral, sabe-se que o público desempregado obtém pouca responsividade do serviço de saúde mental, gerando barreiras no acesso. Estas barreiras não se limitam meramente a fatores económicos, mas também a fatores estruturais deste tipo de serviço... o que considera que poderá estar a falhar?
Bloco 4- Desemprego, Serviço de Saúde Mental e Sintomatologia Depressiva.	Compreender a perspetiva dos entrevistados face ao fenómeno do desemprego e a sua associação com a sintomatologia depressiva por consequência da pouca responsividade do serviço de saúde mental.		1) Que repercussões julga que às barreiras no acesso ao serviço de saúde mental possa ter na saúde mental dos desempregados? 2) Como considera que estas dificuldades possam ser colmatadas ou até mesmo resolvidas a nível estrutural?
Bloco 5- Agradecimentos.	Salientar e reforçar a colaboração do entrevistado no estudo.		Agradeço imenso a sua colaboração neste estudo. Gostaria de acrescentar algum aspeto à nossa conversa? Tem alguma questão a colocar?

ANEXO E. CARTAZ DIVULGAÇÃO QUESTIONÁRIO



**Por favor, responda a este
questionário, se está
desempregado/a
e tem entre 18 - 66 anos.**



**Ajude-nos a
compreender o que
pode ser feito para
melhorar o acesso
aos serviços de
saúde mental.**

Dissertação de Mestrado
Maria Inês Faria
s-migfaria@ucp.pt

Supervisão
Diogo Costa
dancosta@ucp.pt

ANEXO F. FOLHA DE INFORMAÇÃO ENTREVISTADOS



Informação ao Participante

“As Barreiras no Acesso aos Serviços de Saúde Mental em Portugal: o Fenómeno do Desemprego e a relação com a Sintomatologia Depressiva”

Caro participante,

O presente projeto de investigação está a ser realizado no âmbito da dissertação de mestrado de uma aluna da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa– Centro Regional do Porto. O principal objetivo desta mesma investigação é contribuir para o conhecimento científico, visando compreender quais as barreiras estruturais (ou seja, referentes à organização e estrutura) no acesso aos serviços de saúde mental, em Portugal, concretamente no público desempregado e como tal se relaciona com a sua sintomatologia depressiva, assim como possíveis sugestões de melhoria.

Os profissionais de saúde mental que aceitarem colaborar neste estudo irão participar numa entrevista com duração aproximada de 30 minutos que incidirá em temas como: a sua ligação profissional com o público desempregado; a sua perspetiva sobre o serviço de saúde mental e a condição de desempregado; a associação da sintomatologia depressiva com o desemprego, entre outros semelhantes.

Nenhuma informação partilhada nas entrevistas será de algum modo revelada. Toda a informação recolhida será confidencial e anónima, sendo usada apenas para fins científicos.

Caso entenda que não deve ou não quer participar neste estudo, pode fazê-lo, a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo.

Em caso de dúvida não hesite em contactar.

ANEXO G. CONSENTIMENTO INFORMADO ENTREVISTADOS

Consentimento Informado

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa eu, Maria Inês Geraldo Faria, estou a realizar uma investigação científica que se encontra inserida no projeto do Professor Diogo Costa “*Socioeconomic inequalities in mental health outcomes and healthcare utilization in the National available dataset (dependent on data availability)*”.

Integrado no projeto, o presente estudo “As Barreiras no Acesso aos Serviços de Saúde Mental em Portugal: o Fenómeno do Desemprego e relação com a Sintomatologia Depressiva” tem como principal objetivo compreender quais as barreiras estruturais no acesso aos serviços de saúde mental, em Portugal, concretamente no público desempregado e como tal influi na sua sintomatologia depressiva, assim como possíveis sugestões de melhoria.

Deste modo, irá realizar uma entrevista com cerca de 30 a 45 minutos. Esta tem como intuito a recolha de informação acerca de temas como a sua ligação profissional com o público desempregado; a sua perspetiva sobre o serviço de saúde mental e a condição de desempregado; a associação da sintomatologia depressiva com o desemprego, entre outros semelhantes. A entrevista poderá ocorrer em modo presencial ou remoto, dependendo da sua disponibilidade, numa hora, data e local previamente agendados. Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. O áudio das entrevistas será gravado e, posteriormente, transcrito na íntegra para fins de tratamento de dados qualitativos. Findando o processo de transcrição, o áudio será destruído. Toda a informação recolhida é confidencial, não existindo, nenhuma identificação dos profissionais de saúde. Será atribuído um código aos participantes, de modo a garantir o anonimato. As transcrições, por sua vez, serão encriptadas numa *pen-drive* protegida com *password*, na qual apenas a equipa de investigação tem acesso.

Os dados recolhidos serão destruídos após a defesa da dissertação de Mestrado.

Os dados poderão ser utilizados em publicações científicas. No caso dos dados qualitativos, a sua reprodução será limitada a pequenos trechos ilustrativos das entrevistas, que serão contextualizados de forma a não revelar identidades (por exemplo: participante nº 6, sexo masculino, profissional de saúde mental). Os dados quantitativos serão utilizados sempre de forma agregada.

Além disso, todos os dados recolhidos serão tratados de acordo com a legislação nacional e da UE aplicável e apenas serão usados pelos investigadores para fins de investigação científica no âmbito deste projeto - Designadamente o RGPD (Regulamento Geral da Proteção de Dados (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, relativo à proteção de pessoas singulares no que concerne ao processamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, e demais legislação aplicável ao processamento de dados pessoais.

Os resultados desta investigação serão divulgados exclusivamente em contexto científico, ou seja, sob a forma de uma Dissertação de Mestrado e de artigo científico.

A sua participação é de carácter voluntário e a decisão de participar de forma total ou parcial não trará qualquer prejuízo. Na eventualidade de querer desistir da participação nesta investigação, a informação recolhida até ao momento será imediatamente destruída. A participação não pressupõe qualquer tipo de pagamento ou contrapartida. Em caso de dúvida, sinta-se confortável para questionar a entrevista a qualquer momento, antes, durante ou após via email: s-migfaria@ucp.pt.

O resultado da investigação, orientado pelo professor Diogo Costa, será previamente apresentado na Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa Porto em Julho de 2025, no âmbito da minha dissertação. Caso tenha interesse pode contactar-nos para os resultados do estudo.

Este projeto decorre na Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa– Porto,

O nome e o contacto do Encarregado de Proteção de Dados da UCP é:

Data Protection Officer- UCP

Dra. Frederica Campos de Carvalho

Contacto Telefónico: +351 217214179

E-mail: compliance.rgpd@ucp.pt

Agradeço muito a sua disponibilidade.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram transmitidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura:

Data:

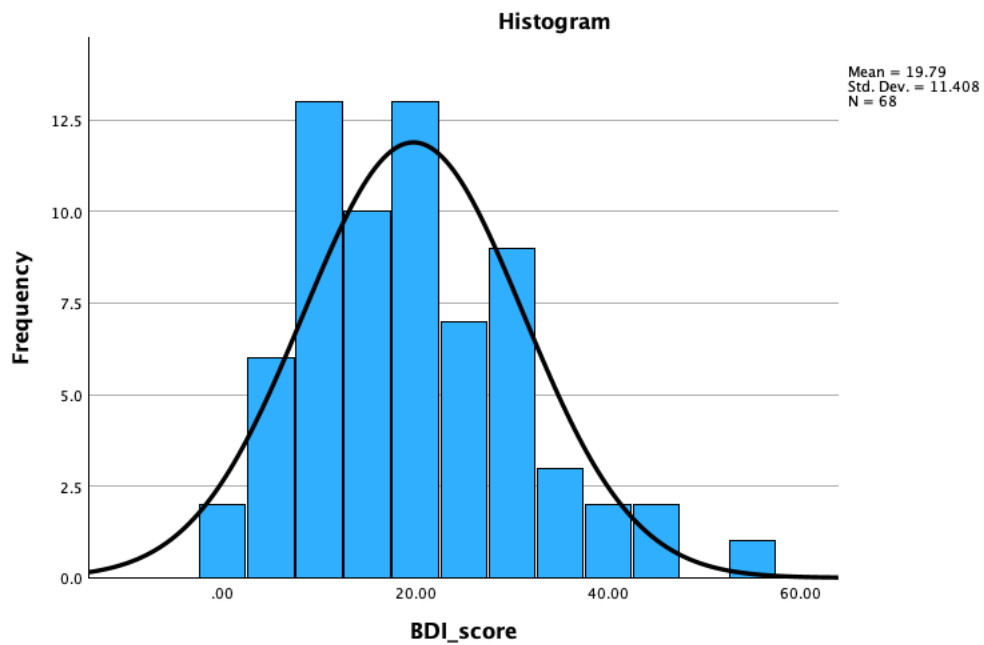
ANEXO H. TESTE DE NORMALIDADE E HISTOGRAMAS

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI_score	,092	68	,200*	,961	68	,034

*. This is a lower bound of the true significance.

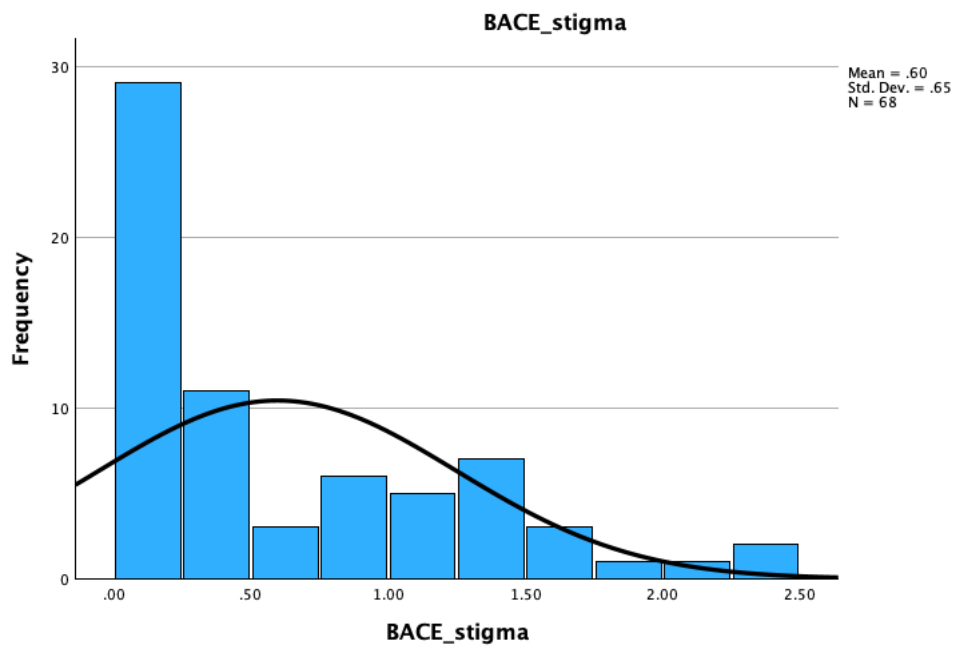
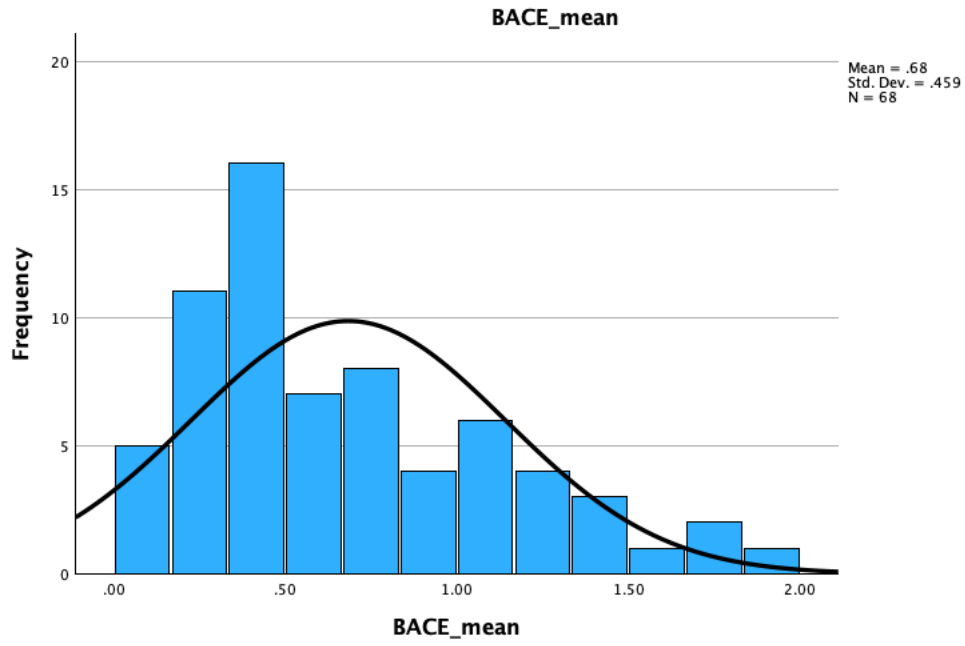
a. Lilliefors Significance Correction



Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BACE_mean	,128	68	,007	,936	68	,002
BACE_stigm	,183	68	<,001	,847	68	<,001

a. Lilliefors Significance Correction



ANEXO I. GRELHA DE CODIFICAÇÃO E CATEROGIZAÇÃO

1. Barreiras no Acesso ao Serviço de Saúde Mental

Nesta categoria são explanados os diferentes tipos de barreiras que podem condicionar o acesso ao serviço de saúde mental.

Subcategorias

1.1. Barreiras Atitudinais

Incluem-se nesta subcategoria as barreiras relacionadas com a atitude. Detalhando, vontade do sujeito de lidar com a doença de forma independente, pessimismo em relação à eficácia do tratamento, falta de interesse em relação à doença, uma visão da doença mental como resultado de fraqueza pessoal e medo do estigma são alguns exemplos.

1.2. Barreiras Estruturais

Incluem-se nesta subcategoria as barreiras relacionadas com a falta de disponibilidade dos serviços ou custos económicos inoportáveis.

1.3. Barreiras Relacionadas com a Baixa Perceção de Necessidade

Incluem-se nesta subcategoria as barreiras associadas a uma baixa ou nula perceção de necessidade de cuidados de saúde mental.

2. Consequências na Saúde Mental

Nesta categoria são exploradas as consequências do desemprego e das barreiras supramencionadas na saúde mental.

3. Facilitadores no Acesso ao Serviço de Saúde Mental

Nesta categoria são detalhados fatores que podem facilitar o acesso ao serviço de saúde mental, por oposição às barreiras anteriormente expostas.

4. Propostas de Medidas

Nesta categoria são especificadas que medidas poderiam ser levadas a cabo, na ótica dos entrevistados, de modo a promover um acesso igualitário aos serviços de saúde mental.

4.1. Maior Investimento no SNS

Categoria que inclui medidas de maior investimento no sistema nacional de saúde, por exemplo, em recursos (e.g., psicólogos, médicos de família, psiquiatras), todavia sem articulação com outro tipo de entidades.

4.2. Articulação entre Serviços Sociais e SNS

Abrange as medidas propostas que referem um maior investimento no sistema nacional de saúde alicerçado nos serviços sociais.

Grelha de Categorização

1. Barreiras no Acesso ao Serviço de Saúde Mental

Subcategorias

1.1. Barreiras Atitudinais

Exemplos de dados

“Por outro lado, às vezes, as pessoas (hum) também se retraem e pensam e podem retrair-se um bocadinho a procurar ajuda, não é? Podem achar que aquilo que estão a passar é natural porque estão desempregados.” - Participante 9

Nº de referências **Nº de fontes**

10

4

1.2 Barreiras Estruturais

Exemplos de dados

“Portanto, porque há barreiras de acesso aos recursos, nomeadamente, porque os recursos são poucos para a necessidade das pessoas.” - Participante 4

“Porque e eu acho que e aqui falou-se disto ontem que é faltam psicólogos no sistema nacional de saúde.” – Participante 1

“É como digo... Provavelmente, uma parte terá a ver com a as pessoas também terem alguma dificuldade, às vezes em ir aos sítios. Se bem que claro que nós temos e este

estudo também reportava, não era só em relação a consultas de psiquiatria, era a consultas de qualquer tipo.” – Participante 9

“(…) porque a saúde mental é muito difícil em termos de recursos no Público, e no privado, tem custos e tem custos elevados.” – Participante 3

Nº de referências Nº de fontes

31 9

1.3. Barreiras Relacionadas com a Baixa Percepção de Necessidade

Exemplos de dados

“(…) pode ajudar a que uma pessoa desempregada não esteja tão vulnerável às suas próprias condicionantes (...) à sua própria auto percepção, diminuída de falta de autoestima ou a sua falta de conhecimento.” - Participante 5

Nº de referências Nº de fontes

4 6

2. Consequências na Saúde Mental

Exemplos de dados

“(…) é o perder a sensação de utilidade que a pessoa deixa de se sentir útil ou aquilo que sempre fez que achava que fazia bem e se calhar deixa de se ver como como produtivo e depois também alguma vergonha (hum) da imagem que os outros possam ter.” – Participante 2

“Eu acho que uma das maiores dificuldades, para além da questão económica, sem dívida nenhuma, é o isolamento social.” – Participante 3

“Há pessoas que caem no desemprego e ficam tristes com isso, ficam doentes com isso, ficam doentes com isso.” – Participante 7

“(…) para algumas pessoas cair numa situação de desemprego é tão traumático como ter um acidente de viação ou como, enfim, ter outra perda porque é mesmo vivido dessa forma e enfim, e o stress associado a este a esta dimensão pode ser bastante significativo.” Participante 10

Nº de referências **Nº de fontes**

43

8

3. Facilitadores no Acesso ao Serviço de Saúde Mental

Exemplos de dados

“Desde o COVID o que eu tenho sentido é que o número de casos que pessoas que nos chegam com uma pré-sinalização já aqui alguma suspeita de saúde mental tem aumentado imenso.” - Participante 1

“A minha sensibilidade em relação ao que vão dizendo os estudos e que, sem dúvida, 2020 o ano da saída do armário da saúde psicológica?” - Participante 4

“(...) mas até acho que temos um recurso valioso o SNS24 tem uma linha específica que eu não sei, depois se fazem, não sei como é que funciona. Se há uma resposta só na altura, se fazem em reencaminhamentos, referências... mas essa ser uma porta de acesso privilegiado em situações em que a pessoa não tem médico de família, ou simplesmente e procuram uma solução e eu acho que essa seria uma ajuda (...)” – Participante 2

Nº de referências **Nº de fontes**

18

5

4. Proposta de Medidas

4.1. Maior Investimento no SNS

Exemplos de dados

“Eu não sei, mas acho que acho que no médico de família, que à partida é alguém que acompanha mais de próximo as pessoas, não é? Portanto, estará mais ou menos a par da situação.... Acho que era importante perceber a presença de alguns sinais de alerta, não é? Mais depressivos.” - Participante 8

“O primeiro, o primeiro filtro é sem dúvida cos médicos de família, que também era muito importante que nos cuidados de saúde primários, houvesse vários tipos de respostas para as diferentes gravidades das situações. Às vezes uma conversa seja com o enfermeiro do centro de saúde. Seja o psicólogo do centro de saúde com médico pode ser algo que deteta e que ajuda a pessoa a reformular um bocadinho aquilo que está a

sentir e a começar, enfim, a sentir que as coisas podem melhorar e que há alguma algumas coisas que pode fazer para que não, não se afunde e para que as coisas comecem a ser resolvidas.” - Participante 9

Nº de referências Nº de fontes

10 4

4.2. Articulação entre Serviços Sociais e SNS

“Os próprios sistemas deveriam estar articulados, portanto, o Serviço Nacional de Saúde não deve atuar sozinho. Deve atuar em articulação com o serviço... com o sistema social, o emprego (hum) portanto, mesmo a economia não é porque nós sabemos que alguém fora do mercado de trabalho.” – Participante 4

“No centro de emprego poderem existir ou puder se considerar seja em termos seja, por exemplo, em formação, ou seja, no técnico que acompanha os processos.... Poder-se falar sobre isto, não é? De que “olhe numa situação de desemprego, aumenta o risco de sentir isto ou aquilo e por isso é importante estar atento a estes ou aqueles sinais. E se isto acontecer, dirija-se aqui”, não é? Quase um bocado tipo psicoeducar, não é? Dar informação um bocado, como se vê nas farmácias, não é?” - Participante 7

Nº de referências Nº de fontes

11 5

ANEXO J. TABELA RESULTADOS DO BDI-II POR ITEM

Resultados do BDI-II por item

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Tristeza	1,90	0,72
Fracassos Passados	2,00	0,73
Perda de Prazer	2,01	0,87
Sentimentos de Culpa	1,85	0,78
Sentimentos de Punição	1,71	1,09
Auto-depreciação	2,03	0,96
Auto-criticismo	3,68	2,29
Pensamentos ou desejos suicidas	1,35	0,66
Choro	1,96	1,10
Agitação	2,04	0,94
Perda de Interesse	2,01	0,84
Indecisão	1,93	0,83
Sentimentos de Inutilidade	2,22	0,96
Perda de Energia	2,29	0,83
Mudanças dos Padrões de Sono	3,31	1,51
Irritabilidade	1,85	0,78
Mudanças do Apetite	2,68	1,81
Dificuldades de Concentração	2,10	0,79
Cansaço ou Fadiga	1,94	0,88
Perda de Interesse Sexual	1,78	0,99
Score Total	19,39	11,60

Nota. M= Média, DP= Desvio-Padrão; BDI-II: Beck Depression Inventory-II.