



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Equipas de saúde mental da infância e da adolescência do Hospital de Dona Estefânia e *recovery*

Patrícia Alexandra Teixeira da Silva

Doutoramento em Serviço Social

Orientadores:

Doutor Luís Manuel Antunes Capucha, Professor Catedrático, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Maria Irene Lopes Bogalho de Carvalho, Professora Associada, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa

Dezembro, 2024



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Equipas de saúde mental da infância e da adolescência do Hospital de Dona Estefânia e *recovery*

Patrícia Alexandra Teixeira da Silva

Doutoramento em Serviço Social

Orientadores:

Doutor Luís Manuel Antunes Capucha, Professor Catedrático, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Maria Irene Lopes Bogalho de Carvalho, Professora Associada, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa

Dezembro, 2024



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Equipas de saúde mental da infância e da adolescência do Hospital de Dona Estefânia e *recovery*

Patrícia Alexandra Teixeira da Silva

Doutoramento em Serviço Social

Júri:

Doutor Jorge Manuel Leitão Ferreira, Presidente do Júri,
Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Doutor Cristóvão Adelino Fonseca Franco Ribeiro Margarido, Professor
Coordenador, Instituto Politécnico de Leiria

Doutora Sónia Guadalupe dos Santos Ribeiro Neves de Abreu, Professor Auxiliar,
Universidade de Coimbra

Doutora Alexandra Sofia Pedro Ramos Cortês, Investigadora Associada, Iscte -
Instituto Universitário de Lisboa

Doutor Luís Manuel Antunes Capucha, Professor Catedrático,
Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Dezembro, 2024

Aos meus pais e ao Joaquim.

Agradecimentos

Nunca é de mais dizer obrigada, a todos aqueles que contribuíram para este percurso.

À minha família:

Aos meus pais, José e Lurdes, pelo amor incondicional, pelo incentivo constante e pelo investimento na minha formação, que não se limitou à parte académica.

Ao Joaquim, pelo seu amor, paciência e encorajamento permanente, por ser o meu pilar nos momentos mais difíceis.

Ao André, meu “colaborador à força”, pela sua valiosa contribuição e por embarcar comigo nesta aventura sem hesitação.

À minha família alargada: tios, primos, cunhados, sobrinha por estarem sempre presentes e me acompanharem e apoiarem ao longo da vida.

Aos meus orientadores:

Ao Professor Doutor Luís Capucha, que desde a infância, despertou a minha curiosidade através de desenhos e, mais tarde, me desafiou para esta aventura. A sua orientação, não foi apenas académica, mas também pessoal, combinando sabedoria e inspiração.

À Professora Doutora Maria Irene Carvalho, pelo seu altruísmo e disponibilidade incansável. A sua capacidade de acolher, orientar e motivar foi marcante tanto no plano profissional como pessoal. Agradeço ainda, o seu valioso contributo para o desenvolvimento da profissão.

Aos meus amigos:

À Clara, Eva, Laura e Isa, por nunca deixarem de acreditar em mim, pela cumplicidade e partilhas constantes, que enriquecem a minha vida de tantas formas. À Isa um agradecimento especial pela sua enorme generosidade e pronta disponibilidade em rever a tese e em ouvir as minhas inseguranças.

À Xana e à Catarina pela confiança depositada e pela valiosa colaboração, que foram determinantes para o sucesso desta jornada.

À Margarida pelo apoio diário e pela força tranquila que sempre me transmitiu nos momentos de maior adversidade.

À Paula, Carla, Dânia, Marta, Rute, Sandra, Sílvia e Isabel, minhas “bandidas de coração”, por toda a confiança e encorajamento diário e acima de tudo pela força do grupo que construímos juntas.

À Maria José, Teresa, Milu e Florival, pela experiência partilhada, pelas conversas inspiradoras que tanto me enriquecem e por continuarem sempre presentes, a ser o meu núcleo duro da pedopsiquiatria.

À Ana pela confiança que deposita em mim, pelo seu apoio incondicional, e por me motivar constantemente a ser mais e melhor.

À Fátima, Inês, Joana e Sónia pelo incentivo e por vibrarem com cada pequena conquista, semana após semana, que fez toda a diferença nesta reta final.

Aos colegas e mestres:

Aos antigos chefes Dr. António Trigueiros, Dra. Paula Roncon e Dra. Maria Augusta Lopes, pelos seus valiosos conhecimentos e orientações que tanto contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao Conselho de Administração do CHULC por permitir que esta investigação se concretizasse, ao Centro de Investigação representado pela Dra. Margarida Santos e Dra. Sandra Fernandes e à Biblioteca do HDE, com a colaboração inestimável da Dra. Dulce Barreto.

Aos meus colegas e professores do Doutoramento pela partilha de conhecimentos e aprendizagens.

A todos os profissionais com os quais me cruzei, cuja ligação e troca de experiências foram essenciais para moldar o meu ser e ampliar o meu olhar sobre a vida.

Aos participantes do estudo:

Pela sua generosidade e confiança em partilharem as suas experiências e conhecimentos, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

Resumo

A saúde mental das crianças e adolescentes representa um desafio significativo para os sistemas de saúde atuais, sendo reconhecida como uma prioridade global pela Organização Mundial da Saúde. Esta investigação aborda os desafios e as potencialidades da promoção da saúde mental na infância e adolescência, com foco no papel das equipas multidisciplinares e na implementação da abordagem *recovery* no contexto hospitalar.

O principal objetivo do estudo foi compreender como a dinâmica, a interação e o grau de interdisciplinaridade entre os profissionais das equipas de saúde mental da infância e da adolescência influenciam a aplicação da abordagem *recovery*. Para isso, foi adotada uma metodologia qualitativa, baseada no estudo de caso e na investigação – ação.

A recolha de dados incluiu entrevistas semiestruturadas aos profissionais das equipas de ambulatório de saúde mental da infância e da adolescência do Hospital de Dona Estefânia, às crianças aí acompanhados e aos familiares, complementadas por observação participante e análise documental.

Os resultados evidenciam o papel fundamental do assistente social na promoção de uma cultura multidisciplinar e destacam a necessidade de fortalecer a comunicação entre os profissionais e incluir efetivamente as crianças e os seus familiares nas tomadas de decisão. A abordagem *recovery* demonstrou ser uma estratégia eficaz para a capacitar as crianças e para a promover o bem-estar, embora a sua implementação enfrente desafios estruturais e organizacionais.

A tese finaliza com reflexões sobre a necessidade de fortalecer políticas e práticas de saúde mental mais inclusivas e humanizadas, apresentando propostas para melhorar a atuação das equipas multidisciplinares e otimizar intervenções baseadas na abordagem *recovery*. Esta investigação contribui para o avanço do conhecimento na área da saúde mental da infância e adolescência e para o fortalecimento do papel do Serviço Social nesse contexto.

Palavras Chave: Saúde Mental; Infância e Adolescência, Serviço Social e *Recovery*

Abstract

The mental health of children and adolescents represents a significant challenge for current healthcare systems and is recognised as a global priority by the World Health Organization. This study addresses the challenges and opportunities in promoting mental health during childhood and adolescence, with a focus on the role of multidisciplinary teams and the implementation of the recovery approach in the hospital setting.

The main objective of the study was to understand how the dynamics, interaction, and degree of interdisciplinarity between the professionals in child and adolescent mental health teams influence the application of the recovery approach. To achieve this, a qualitative methodology was adopted, based on a case study and action research.

Data collection included semi-structured interviews with professionals from the outpatient child and adolescent mental health teams at the Dona Estefânia Hospital, children under their care, and their families. This was complemented by participant observation and documentary analysis.

The results highlight the fundamental role of social workers in promoting a multidisciplinary culture and emphasise the need to strengthen communication between professionals and to effectively include children and their families in decision-making processes. The recovery approach was shown to be an effective strategy for empowering children and promoting their well-being, although its implementation faces structural and organisational challenges.

The thesis concludes with reflections on the need to strengthen more inclusive and humanised mental health policies and practices, presenting proposals to improve the performance of multidisciplinary teams and optimise interventions based on the recovery approach. This research contributes to advancing knowledge in the field of child and adolescent mental health and to strengthening the role of social work in this context.

Keywords: Mental Health; Childhood and Adolescence; Social Work; Recovery

Índice

Agradecimentos	ix
Resumo	xi
Abstract	xiii
Lista de Siglas e Abreviaturas	xxiii
Introdução	1
PARTE I.....	9
Fundamentos teóricos, políticos e o papel do Serviço Social na saúde mental da infância e da adolescência	9
CAPÍTULO 1.....	11
Doença mental na infância e adolescência e a abordagem <i>recovery</i>	11
1.1 Os significados partilhados de saúde e doença mental.....	11
1.2 As perturbações mentais na adolescência	18
1.3 A abordagem <i>recovery</i>	24
1.4 A abordagem <i>recovery</i> na adolescência.....	30
Capítulo 2	33
Políticas de saúde mental: trajetória e evolução	33
2.1 Da segregação social dos alienados aos estabelecimentos psiquiátricos	33
2.2 Do tratamento médico-social à saúde mental infantil	38
2.3 Da revolução do 25 de abril à desinstitucionalização.....	42
2.4 Da expansão das estratégias de saúde mental para a infância e adolescência aos cuidados centrados na pessoa.....	48
2.5 Os impactos da Pandemia COVID-19 na priorização da saúde mental.....	55
CAPítulo 3.....	61
Serviço Social, uma cultura multidisciplinar na saúde mental	61
3.1 O percurso da profissão	61
3.2 A relação do Serviço Social com a saúde.....	65
3.3 O Serviço Social, conhecimento e profissão.....	74
3.4 O Serviço Social uma profissão dos direitos humanos.....	80
3.5 A cultura multidisciplinar dos profissionais: trabalho em equipa(s)	85
PARTE II	93
O estudo de caso: o Hospital de Dona Estefânia como resposta de saúde mental da infância e da adolescência	93
CAPÍTULO 4.....	95

O hospital como organização e as equipes de saúde mental da infância e da adolescência	95
4.1 O Hospital de Dona Estefânia da sua gênese à atualidade	95
4.2 O hospital como organização	98
4.3 O poder e o saber dos profissionais	101
4.4 As equipes multidisciplinares	105
4.5 As equipes de saúde mental da infância e da adolescência.....	107
CAPÍTULO 5.....	111
Fundamentos metodológicos.....	111
5.1 Os caminhos e as estratégias da investigação	111
5.2 A escolha do estudo de caso	115
5.3 O contexto e os participantes do estudo	119
5.4 Os aspectos éticos e a proteção de dados.....	123
5.5 A compreensão e análise dos dados	126
5.6 O perfil e as características dos participantes.....	128
PARTE III	135
Análise e discussão dos resultados	135
CAPÍTULO 6.....	137
Organização, funcionamento e desafios das equipes de saúde mental da infância e adolescência	137
6.1 A estrutura e o funcionamento das equipes	137
6.2 A dinâmica das equipes	146
6.3 A interdisciplinaridade entre os profissionais	157
6.4 O lugar do assistente social na tomada de decisões em equipe.....	166
6.5 O assistente social como elemento promotor da cultura multidisciplinar	174
CAPÍTULO 7.....	183
Saúde mental, participação e <i>recovery</i> : convergências e divergências entre profissionais, crianças e familiares	183
7.1 A percepção das crianças e dos familiares sobre as equipes	183
7.2 Os significados partilhados de saúde mental.....	191
7.3 A participação das crianças e dos familiares nas tomadas de decisão	202
7.4 A implementação da abordagem <i>recovery</i>	212
7.5 Os aspectos a melhorar no funcionamento das equipes.....	217
Discussão	239
Conclusão	253
Bibliografia	257

Anexo A – Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental para a Infância e Adolescência.....	277
Anexo B – Organograma do CHULC.....	279
Anexo C – Guião de Entrevista aos Profissionais	281
Anexo D – Guião de Entrevista às Crianças e Familiares.....	283
Anexo E - Parecer Hierárquico sobre o projeto de investigação.....	285
Anexo F - Procedimento Multissetorial - INV 101 – Realização no CHULC de projetos de investigação.....	287
Anexo G - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde	303
Anexo H - Parecer do Conselho de Administração.....	305
Anexo I - Procedimento Multissetorial - INV 103 – Consentimento informado e esclarecido para investigação.....	307
Anexo J - Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais para Profissionais e Familiares	321
Anexo K - Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais para Crianças até aos 13 anos	323
Anexo L - Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais para Crianças dos 14 aos 17 anos ..	325
Anexo M - Consentimento Informado para Profissionais e Familiares.....	327
Anexo N - Consentimento Informado para Crianças até aos 13 anos	331
Anexo O - Consentimento Informado para Crianças dos 14 aos 17 anos	335

Índice Figuras

Figura 1.1 - A saúde mental como valor intrínseco e instrumental	16
Figura 1.2 - O modelo funcional de saúde mental	17
Figura 1.3 - O modelo de recovery em saúde mental	26
Figura 1.4 - Processo de recovery	27
Figura 1.5 - Inclusão social e recovery: componentes de um modelo para a prática da saúde mental	28
Figura 5.1 - Modelo de análise	114
Figura 5.2 - Circuito para obtenção de autorização hierárquica	123
Figura 7.1 - Nuvem de palavras sobre a percepção das crianças sobre o trabalho em equipa	184
Figura 7.2 - Nuvem de palavras sobre a percepção dos familiares sobre o trabalho em equipa	184
Figura 7.3 - Oito Degraus da Escala de Participação do Cidadão	203
Figura 7.4 - Nuvem de palavras sobre a participação - Escala de Participação do Cidadão	211
Figura 7.5 - Pirâmide de Organização de Serviços	211

Índice Tabelas

Tabela 1.1 - Conceitos centrais de recovery na saúde mental (perspetiva crítica)	29
Tabela 3.1 - Alguns exemplos de fatores determinantes da saúde mental da criança.....	87
Tabela 4.1 - Recursos humanos das equipas de ambulatório da psiquiatria da infância e da adolescência em 2017 e 2023	109
Tabela 5.1 - Recursos humanos das equipas de ambulatório de psiquiatria da infância e adolescência em 04/12/2023.....	120
Tabela 5.2 - Percentagem de resposta por categoria profissional e respetiva codificação das entrevistas por profissional.....	129
Tabela 5.3 - Percentagem de entrevistados por equipa	130
Tabela 5.4 - Dados sociodemográficos dos profissionais	131
Tabela 5.5 - Dados sociodemográficos das crianças	132
Tabela 5.6 - Dados sociodemográficos dos familiares	134
Tabela 6.1 - Categorias relativas à estrutura e funcionamento das equipas	137
Tabela 6.2 - Categorias relativas à dinâmica das equipas	146
Tabela 6.3 - Categorias relativas à interdisciplinaridade entre profissionais.....	158
Tabela 6.4 - Categorias relativas ao lugar do assistente social na tomada de decisões em equipa ...	166
Tabela 6.5 - Categorias relativas à visão da equipa sobre o assistente social como promotor da cultura multidisciplinar	174
Tabela 7.1 - Categorias relativas à definição de saúde mental	191
Tabela 7.2 - Categorias relativas à definição de recovery	213
Tabela 7.3 - Categorias relativas aos aspetos a melhorar no funcionamento das equipas	217

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACSS	Administração Central dos Sistemas de Saúde
ADSE	Instituto de Proteção e Assistência na Doença
APSS	Associação dos Profissionais de Serviço Social
Assist.	Assistente
Cç	Criança
CHLC	Centro Hospitalar de Lisboa Central
CHULC	Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central
CNSM	Coordenação Nacional para a Saúde Mental
Coord	Coordenação
CPCJ	Comissão Proteção de Criança e Jovens em
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
Fam	Familiar
HBSC/OMS	Health Behaviour in School-aged Children
HDE	Hospital de Dona Estefânia
IASSW	International Association of Schools of Social Work
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
IFSW	International Federation Social Work
NHS	National Health Service
OAS	Ordem dos Assistentes Sociais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização Nações Unidas
Pedopsiq.	Pedopsiquiatria
Prof.	Profissional
RGPD	Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RTA/IA	Residências de Treino e Autonomia para a Infância e Adolescência
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
USO I/A	Unidades Socio Ocupacionais para a Infância e Adolescência
Terap.	Terapeuta
WHO	World Health Organization

Introdução

A presente tese surge como resultado do trabalho desenvolvido no Doutorado em Serviço Social, no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa e apresenta como tema Equipas de saúde mental da infância e da adolescência do Hospital de Dona Estefânia e *recovery*.

A saúde mental na infância e adolescência representa um dos maiores desafios dos sistemas de saúde contemporâneos. A promoção da saúde mental, conforme definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerada uma prioridade estratégica global, com o objetivo de melhorar tanto a qualidade de vida, quanto o bem-estar das populações. Nesse contexto é enfatizada a importância de capacitar as pessoas para que possam lidar eficazmente com os desafios do dia a dia, alcançar seus objetivos pessoais e profissionais e contribuir de maneira ativa para a comunidade. A promoção da saúde mental vai além do simples tratamento de perturbações mentais, abrange a criação de condições sociais e ambientais que fomentem a resiliência, o autocuidado e o bem-estar integral, refletindo um compromisso com a saúde mental como parte essencial da saúde geral (Ministério da Saúde, 2004; World Health Organization, 2003).

Na definição recente da OMS, a saúde mental é descrita como "um estado de bem-estar mental que permite às pessoas lidar com o stresse da vida, realizar suas habilidades, aprender bem, trabalhar de maneira eficaz e contribuir para suas comunidades", sublinhando que a saúde mental é mais do que a ausência de doença (World Health Organization, 2023).

A saúde mental é uma construção social, evoluindo a sua compreensão ao longo dos tempos. Atualmente a doença mental é influenciada pelos determinantes sociais, como condições socioeconómicas, discriminação e estigma, ambiente físico e social, experiências traumáticas na infância, falta de acesso a serviços de saúde mental, suporte social e valorização da identidade cultural, cada vez mais considerados no diagnóstico e no tratamento das perturbações mentais, reforçando a necessidade de abordagens que considerem o contexto social e o ambiente em que as pessoas vivem (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

Relativamente à saúde mental na infância e na adolescência, a sua importância é inegável, uma vez que assume um papel crucial para o desenvolvimento integral da pessoa. Segundo a OMS, no Mundo 10% das crianças sofrem de perturbação mental, mas a maioria deles não procura ajuda ou recebe atendimento (World Health Organization, 2022c).

Trata-se, portanto, de um problema grave de saúde pública que tem sido assumido como prioridade em muitos países.

Nessa fase de vida, as crianças¹ são particularmente vulneráveis, mas também têm oportunidades de desenvolvimento importantes (Steinberg, 2008).

Uma boa saúde mental na infância e na adolescência é um pré-requisito para um bom desenvolvimento psicológico, relações sociais produtivas, uma aprendizagem eficaz, desenvolvimento da capacidade de cuidar de si mesmo e para a promoção de uma boa saúde física em adulto (Audit Commission - Gov.UK, 1998).

Em Portugal, a saúde mental ao longo das últimas décadas tem apresentado melhorias. Contudo ainda enfrenta desafios significativos principalmente devido à dificuldade em implementar um modelo organizativo de prestação de cuidados semelhante aos adotados por outros países da Europa Ocidental (Xavier, et al., 2024). Assistimos a um crescente reconhecimento da importância de uma intervenção coordenada e centrada nas necessidades das crianças, promovendo não só o tratamento das perturbações mentais, mas também a inclusão de práticas preventivas e de promoção de saúde mental.

No entanto, apesar das reformas em curso, ainda se assiste a falhas na cobertura dos serviços e no acesso a cuidados de saúde mental na comunidade. A transição dos cuidados de longa duração dos hospitais psiquiátricos para os serviços comunitários e hospitais gerais, tem avançado, mas permanece insuficiente face à necessidade. Além disso, continuam a não existir dados concretos sobre as doenças e seu impacto, nem uma rede de serviços na comunidade e equipas multidisciplinares comunitárias de saúde mental, persistindo um modelo de gestão e financiamento centrado nos médicos (Caldas de Almeida, 2018).

Há uma carência generalizada de recursos humanos especializados, o que limita a capacidade de resposta do sistema e deixa muitas crianças sem o acompanhamento adequado durante a sua recuperação e tratamento. Paralelamente, começa a emergir uma abordagem centrada nos direitos humanos e na cidadania, que enfatiza o combate ao estigma, a participação ativa de doentes e famílias nas decisões terapêuticas e a orientação dos serviços para a abordagem *recovery*, assim como a prevenção e promoção da saúde mental. No entanto, é necessário um maior incentivo para que essas iniciativas sejam amplamente implementadas e gerem um impacto mais significativo na saúde mental (Xavier, et al., 2024).

Durante vinte anos, tive o privilégio de trabalhar como assistente social na urgência e no internamento de psiquiatria da infância e da adolescência do Hospital de Dona Estefânia e participei

¹ Para efeitos de uniformização da escrita neste documento, utilizaremos o termo criança de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança adotada pela Assembleia Geral da ONU em 20 de novembro de 1989, que considera como criança todo ser humano com menos de 18 anos de idade, salvo quando, em conformidade com a lei aplicável à criança, a maioridade seja alcançada antes.

no Conselho Nacional de Saúde Mental² em representação da Associação dos Profissionais de Serviço Social. Essa experiência, ao mesmo tempo rica e desafiante, revelou-me as complexidades envolvidas no acompanhamento de crianças ao nível da saúde mental, permitindo-me observar de perto as propostas de política e as práticas em saúde mental.

Essa combinação de experiências práticas e envolvimento nas diretrizes das políticas de saúde mental despertou em mim um profundo interesse em investigar a forma como a dinâmica profissional no seio das equipas de saúde mental e a abordagem *recovery* se interligam e podem causar impacto na vida das crianças e das suas famílias. Este é um tema ainda pouco explorado, mas que proporciona uma oportunidade às próprias crianças e familiares de expressarem as suas perceções – um fator frequentemente relegado para segundo plano, mas que é essencial para compreender as necessidades e experiências dos envolvidos.

Ao dar visibilidade a estes grupos, é possível integrá-los de forma mais eficaz nas intervenções e abordagens terapêuticas, assim como nas políticas de saúde mental. Além disso, essa investigação pode proporcionar insights sobre como as equipas multidisciplinares podem melhorar a articulação entre os diferentes profissionais, promover uma comunicação mais eficaz e adaptar as intervenções às realidades sociais e emocionais das crianças. A inclusão das pessoas no processo decisório não só reforça a sua autonomia, como também fortalece a abordagem *recovery*, que tem como foco a capacitação das pessoas para lidarem com os seus desafios e recuperarem a sua qualidade de vida.

A investigação sobre este tema contribui para um campo em constante evolução, sugerindo caminhos para políticas de saúde mental mais inclusivas, humanas e eficazes.

Desde o início, considerei-me numa posição privilegiada ao conciliar a minha intervenção enquanto assistente social, num hospital com vasta experiência em saúde mental da infância e adolescência, com a possibilidade de realizar a investigação. O facto de trabalhar diariamente nesta área permitiu-me observar de perto as trajetórias, evoluções e transformações das equipas ao longo do tempo, proporcionando uma compreensão mais profunda da história e complexidade das equipas de saúde mental.

² O Conselho Nacional de Saúde Mental é o órgão consultivo em matéria de saúde mental, ao qual compete emitir parecer e apresentar propostas e recomendações, a pedido do Ministro da Saúde ou por sua iniciativa, designadamente sobre:

- a) os princípios e objetivos em que deve assentar a definição da política de saúde mental;
- b) os direitos e deveres das pessoas dos serviços de saúde mental;
- c) os programas de saúde mental;
- d) O plano nacional de atividades e de investimentos na área da saúde mental, bem como os planos regionais de saúde mental;
- e) A formação e investigação em saúde mental.

Este contexto permitiu-me participar nos rituais diários, adquirir conhecimento sobre os desafios enfrentados pelos profissionais e as dinâmicas relacionais no seio das equipas. Ter consciência de quem são as figuras influentes, dos conflitos latentes, das alianças estabelecidas e das histórias não contadas (aspetos muitas vezes invisíveis para quem tem um primeiro contacto com esta realidade) tem enriquecido a minha compreensão.

A investigação teve subjacente os direitos fundamentais das crianças, tal como estabelecidos pela Convenção sobre os Direitos da Criança, que sublinha o direito de todas as crianças a terem acesso à saúde, à proteção e a um desenvolvimento integral e harmonioso. Ao dar voz às crianças e aos familiares no contexto da saúde mental, esta abordagem reforça o princípio de participação, um dos pilares dos direitos das crianças, que lhes garante o direito a serem ouvidas e a participarem nas decisões que afetam a sua vida e bem-estar (Fonseca & A., 1999).

A participação ativa das crianças e dos familiares nas decisões terapêuticas, tal como promovida pela abordagem *recovery*, vai ao encontro do direito à expressão de opinião e ao respeito pelas suas perspetivas e necessidades. Além disso, garantir que a saúde mental das crianças seja tratada de forma holística, como prevê a interdisciplinaridade entre os profissionais, assegura que outros direitos básicos, como o direito ao desenvolvimento físico, emocional, social e mental, sejam respeitados e promovidos.

O objetivo geral da investigação é compreender como a dinâmica, a interação e o grau de interdisciplinaridade entre os profissionais das equipas de saúde mental da infância e da adolescência influenciam a utilização da abordagem *recovery*.

Os objetivos específicos são:

1. Perceber o funcionamento e a colaboração interdisciplinar nas equipas de saúde mental da infância e da adolescência, destacando o papel do assistente social nas tomadas de decisão e na promoção de uma cultura multidisciplinar;
2. Entender a perceção das crianças e dos familiares sobre a intervenção das equipas de saúde mental da infância e da adolescência, realçando os significados atribuídos à saúde mental, a sua participação nas tomadas de decisão, a abordagem *recovery* e os aspetos a melhorar.

A metodologia utilizada baseia-se numa abordagem qualitativa, recorrendo a entrevistas semiestruturadas a profissionais das equipas de ambulatório de saúde mental da infância e da adolescência do Hospital de Dona Estefânia, às crianças aí acompanhados e aos seus familiares. A seleção dos participantes foi realizada recorrendo a amostragem de conveniência, de modo a garantir a representatividade das equipas multidisciplinares em diferentes contextos de intervenção. O recurso a observação participante foi igualmente utilizado, para captar as interações e dinâmicas das equipas no ambiente de trabalho. A análise documental, nomeadamente legislação e diretrizes políticas,

complementou a recolha de dados, permitindo traçar um retrato mais amplo sobre a organização dos serviços e as práticas atuais.

Os dados recolhidos foram analisados através de análise de conteúdo, recorrendo ao software MAXQDA, de modo a identificar temas recorrentes, padrões de interação e categorias relevantes para o estudo.

Para garantir o rigor metodológico, a credibilidade da pesquisa foi assegurada por meio de triangulação de dados recolhidos através das entrevistas, observação e análise documental. A ética e confidencialidade são pilares essenciais desta investigação, com todos os procedimentos éticos, definidos pelo Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, atualmente Unidade Local de Saúde de S. José, a serem rigorosamente seguidos. Foi obtido o consentimento informado de todos os participantes e assegurado o anonimato das suas respostas. A pesquisa foi submetida e aprovada por um comité de ética, respeitando todos os princípios éticos necessários.

Por fim, reconhece-se que esta investigação enfrentou algumas limitações, como a disponibilidade limitada da investigadora e dos participantes.

Os capítulos deste trabalho foram organizados em função dos objetivos definidos na investigação, oferecendo uma análise detalhada sobre as equipas de saúde mental na infância e adolescência. Em particular, é dado destaque ao estudo no Hospital de Dona Estefânia (HDE) e à implementação da abordagem *recovery*. Esta organização permite uma visão aprofundada da organização e funcionamento das equipas na promoção da saúde mental, destacando o impacto e a aplicação da abordagem *recovery* no contexto hospitalar, bem como os desafios e avanços ao nível da saúde mental da infância e da adolescência.

Este estudo está dividido em três partes, organizadas por forma a garantir coerência e fluidez ao longo do texto.

A Parte I, intitulada “Fundamentos teóricos, políticas e o papel do Serviço Social na saúde mental da infância e da adolescência”, abrange três capítulos. Nesta primeira parte, são discutidos os principais conceitos e teorias que sustentam a saúde mental nesse grupo etário, explora-se as políticas de saúde mental, destacando a sua evolução, aplicação prática e os desafios enfrentados na sua implementação e analisa-se o papel do Serviço Social neste contexto.

No Capítulo 1, “Doença Mental na Infância e Adolescência e a Abordagem *Recovery*”, é explorado o conceito de saúde mental, considerando a sua evolução, em que deixou de ser apenas a ausência de doença para abarcar o bem-estar global. É também analisado o conceito de doença mental, com foco nas perturbações mentais mais frequentes na adolescência, como a depressão, ansiedade e distúrbios de comportamento. Para além disso, a abordagem *recovery* é introduzida, destacando a sua aplicação com crianças mais velhas, adolescentes.

Esta abordagem, centrada na pessoa, visa não apenas o tratamento dos sintomas, mas a recuperação total do bem-estar, autonomia e qualidade de vida. Neste contexto, a abordagem *recovery* valoriza a participação ativa das crianças no seu próprio processo de recuperação, em colaboração com os seus familiares e com os profissionais de saúde mental, o que promove um maior envolvimento e efetividade nos resultados terapêuticos.

O Capítulo 2, “Políticas de saúde mental: trajetória e evolução”, traça a evolução das políticas públicas em saúde mental, abordando as mudanças estruturais e os seus impactos na organização dos serviços. Explora a transição histórica desde a segregação social dos "alienados" nos primeiros estabelecimentos psiquiátricos, passando pelo modelo de tratamento médico-social, até à saúde mental infantil. Também destaca as transformações impulsionadas pela Revolução do 25 de Abril, o processo de desinstitucionalização e a expansão de estratégias focadas na infância e adolescência, com ênfase nos cuidados centrados na pessoa e o impacto da pandemia de COVID-19.

O Capítulo 3, “Serviço Social, uma cultura multidisciplinar na saúde mental”, aprofunda o papel do Serviço Social na saúde mental, destacando a importância da perspetiva multidisciplinar no contexto das equipas de saúde. O capítulo aborda o percurso histórico da profissão, a relação entre o Serviço Social e a saúde, a definição da prática profissional e o seu conhecimento específico. Também sublinha o Serviço Social como uma profissão de direitos humanos e a relevância da cultura multidisciplinar dos profissionais, enfatizando o trabalho colaborativo em equipa, essencial para uma abordagem integrada em saúde mental.

A Parte II, definida como “O estudo de caso: O Hospital de Dona Estefânia como resposta de saúde mental da infância e da adolescência”, é composta por dois capítulos onde será abordada a organização hospitalar, analisando em profundidade a estrutura, a dinâmica e o funcionamento das equipas multidisciplinares, e também apresenta os fundamentos metodológicos do estudo de caso, explicando as abordagens utilizadas na investigação.

O Capítulo 4, "O hospital como organização e as equipas de saúde mental da infância e adolescência", apresenta uma visão abrangente sobre a evolução institucional do Hospital de Dona Estefânia desde a sua génese até à atualidade. Estuda o hospital como uma organização complexa, explorando a distribuição de poder e saber entre os seus profissionais. São ainda analisadas as dinâmicas das equipas multidisciplinares, com especial atenção ao funcionamento das equipas de saúde mental dedicadas à infância e adolescência.

O Capítulo 5, “Fundamentos metodológicos”, detalha o percurso metodológico adotado na investigação, explicando as abordagens metodológicas utilizadas, as ferramentas de colheita de dados e as estratégias de análise.

A metodologia incide no estudo de caso, abrangendo a definição do universo e da amostra da pesquisa. São apresentadas as considerações éticas, nomeadamente a proteção de dados sensíveis, e a garantia da confidencialidade dos entrevistados. Será ainda explorada a análise de conteúdo dos dados obtidos e o perfil dos entrevistados, fundamentais para sustentar os resultados do estudo.

Por fim, a Parte III “Análise e discussão dos resultados”, oferece uma reflexão sobre a prática e o impacto das intervenções.

No capítulo 6, “Organização, funcionamento e desafios das equipas de saúde mental da infância e adolescência”, é explorada a estrutura e o funcionamento das equipas de saúde mental da infância e adolescência, com o intuito de compreender as dinâmicas que regem estas equipas e a forma como a interdisciplinaridade entre os profissionais contribui para a prestação de cuidados mais integrados. São analisadas as interações e colaborações entre os diferentes membros da equipa, com destaque para a visão dos profissionais sobre o lugar do assistente social na tomada de decisões e como elemento promotor da cultura multidisciplinar.

O Capítulo 7, “Saúde mental, participação e *recovery*: convergências e divergências entre profissionais, crianças e familiares”, oferece uma análise aprofundada das perceções e experiências das crianças e dos familiares em relação aos cuidados prestados pelas equipas de saúde mental. São discutidos os significados partilhados sobre saúde mental, destacando-se as diferentes interpretações entre profissionais, adolescentes e familiares. O capítulo explora também a participação das crianças dos familiares na tomada de decisão e é analisada a aplicação da abordagem *recovery*, avaliando o seu impacto e potencial nas intervenções em saúde mental. Adicionalmente são identificados aspetos a melhorar, com base nas opiniões dos profissionais, das crianças e dos familiares.

Por fim, é apresentada a Discussão, onde é feita uma síntese dos principais conteúdos decorrentes da investigação, destacando as descobertas mais relevantes sobre a organização, funcionamento e colaboração interdisciplinar nas equipas de saúde mental da infância e da adolescência, bem como o papel central do assistente social nesse contexto. Além disso, é analisado como as dinâmicas entre os profissionais influenciam a qualidade dos cuidados prestados, a integração de abordagens inovadoras, como a *recovery* e sugestões para futuras investigações.

A Conclusão encerra com uma reflexão sobre as implicações práticas do estudo e, com foco no aprofundamento das práticas colaborativas e no impacto da abordagem *recovery* na saúde mental da infância e da adolescência.

PARTE I

Fundamentos teóricos, políticos e o papel do Serviço Social na saúde mental da infância e da adolescência

CAPÍTULO 1

Doença mental na infância e adolescência e a abordagem *recovery*

Neste primeiro capítulo, serão analisados os significados partilhados de saúde e doença mental, bem como as suas evoluções ao longo dos tempos, passando por diferentes interpretações religiosas, filosóficas, científicas e culturais. A saúde, inicialmente vista como ausência de doença, foi sendo gradualmente reconcetualizada, até integrar o bem-estar físico, mental e social e reconhecer a influência de fatores biológicos, socioeconómicos, culturais e ambientais na saúde e na doença mental. Serão ainda abordadas as perturbações mentais na adolescência, uma fase marcada por transformações físicas, cognitivas e emocionais. Este período é fundamental para o desenvolvimento emocional e social, em que as interações sociais com o meio ambiente e os relacionamentos sociais têm impacto profundo na saúde mental. É nesta fase que se verifica um aumento de diagnósticos de doenças mentais, como ansiedade, depressão e perturbações comportamentais, que muitas vezes permanecem sem tratamento adequado. Por fim, será analisada a abordagem *recovery*, um modelo que surgiu no contexto da saúde mental para promover a recuperação pessoal e o *empowerment* dos doentes, com o foco no fortalecimento das capacidades individuais e na integração social. Será analisada a aplicação da abordagem *recovery* com crianças, destacando a importância de fatores como: a esperança, a autodeterminação, o envolvimento dos familiares e a participação ativa na gestão da sua saúde mental, com o objetivo de alcançar uma vida mais significativa, apesar das limitações impostas pela doença.

1.1 Os significados partilhados de saúde e doença mental

Os conceitos de saúde e de doença têm sido associados às concepções religiosas, filosóficas, científicas e aos valores individuais de cada um. Inicialmente eram definidos à luz de uma abordagem negativa e reducionista, assente na ausência de doença, posteriormente, no séc. XX, surgiram abordagens mais positivas e holísticas que incluíam o bem-estar (J. Reis, 1998).

A saúde era definida em termos de anos de sobrevivência; e concebida como a negação, contrário de doença, ter saúde era não ter doenças, mas na contemporaneidade a saúde é conceptualizada como algo de positivo que resulta de uma força interior existente em cada um de nós e do meio onde vivemos. No período da Idade Média na Europa, influenciada pela religião cristã, a visão de doença

que imperava era que esta se devia ao resultado de pecado e a cura como uma questão de fé (Scliar, 2007).

No século XIX com o “desenvolvimento da medicina anátomo-clínica e de laboratório. Deu-se a descoberta dos microrganismos e da assepsia” (J. Reis, 1998, p.21), que veio originar a revolução da medicina do séc. XX, caracterizada por uma “orientação biológica e físico-química” (J. Reis, 1998, p.23).

A primeira definição de saúde e da doença universal, surgiu em 1946, no final da segunda guerra mundial, pela OMS, que definiu saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (World Health Organization, 1948, p. 3). Esta visão considerava que não nos podemos focalizar apenas na dimensão biológica, temos que incluir as dimensões psicológica e a social. Pela primeira vez uma definição descreve saúde, não apenas como a ausência de doença, é utilizado o termo bem-estar e são incluídas as dimensões social e mental.

Mas esta definição foi e tem sido amplamente criticada por ser considerada utópica e inatingível e por não considerar as adaptações da pessoa face ao processo de doença. Segundo Joaquim Reis “o conceito de uma saúde positiva e perfeita parece ser mais uma expressão de boa vontade e uma utopia louvável, mas com pouca dialética adaptativa do ser humano” (J. Reis, 1998, p. 41).

Durante o século XX o conceito de saúde passou a evidenciar fatores que influenciavam a saúde/doença (biológicos, fisiológicos, anatómicos, socioeconómicos, culturais, espirituais e ecológicos). Começou-se a considerar a pessoa como um todo e estabelece-se a relação com as características do meio onde esta está inserida. Em 1974 o modelo Lalonde propôs que se entendesse a saúde através das suas condicionantes (biologia, ambiente, estilos de vida e serviços de saúde) (Scliar, 2007).

No ano de 1977, foi publicada a Declaração de Alma-Ata (declaração final da Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, promovida pela OMS), sob o lema “Saúde para Todos”, onde se reconhecia a promoção da saúde como um objetivo social de extrema importância. Esta declaração enfatizou as desigualdades na situação de saúde e a importância de as pessoas serem incluídas e participarem no planeamento e implementação dos cuidados de saúde na sua comunidade.

Em 1986 a OMS, através da Carta de Ottawa destacou condições para a existência de saúde, que incluíam a paz, recursos económicos e alimentares adequados, habitação, um ecossistema estável, o uso sustentável de recursos, justiça social e equidade – a saúde como promoção. Foi colocado o enfoque nas condições sociais, económicas e ambientais. Passou-se a incorporar a promoção da saúde e a necessidade de se desenvolver políticas públicas que favorecessem a saúde e fortalecessem as ações comunitárias e o desenvolvimento de habilidades pessoais. É considerado que:

para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida (Direção Geral da Saúde, 2023, p. 1).

Em 1999 a OMS, define saúde “como a capacidade de um indivíduo ou grupos adaptar-se ou autogerir-se frente aos desafios físicos, materiais, sociais e ambientais ” (World Health Organization, 1999, p. 8), essa definição representa uma continuação da definição de saúde proclamada em 1948, acrescentando a importância do bem-estar social para além do bem estar físico. Para esta definição contribuíram um conjunto de processos de reflexão que começaram na década de setenta a questionar a relação causa-doença.

Compreender os determinantes sociais da saúde mental, foi considerado essencial para o desenvolvimento de políticas e estratégias que melhorassem a qualidade de vida das pessoas.

Em 2004 a OMS avançou com o conceito de promoção da saúde mental enquanto estratégia para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas e da sociedade. A noção de saúde passou a ser mais abrangente e a considerar as capacidades que cada pessoa ou grupo têm de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, bem como transformar o meio onde estão inseridos. A saúde era considerada como um recurso para a vida (Ministério da Saúde, 2004).

A saúde mental, mais do que ausência de doença é atualmente entendida como o estado de bem-estar no qual a pessoa realiza as suas capacidades, podendo fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere.

Concepts of mental health include subjective wellbeing, perceived self-efficacy, autonomy, competence, intergenerational dependence and recognition of the ability to realize one's intellectual and emotional potential. It has also been defined as a state of wellbeing whereby individuals recognize their abilities, are able to cope with the normal stresses of life, work productively and fruitfully, and make a contribution to their communities. (World Health Organization, 2003, p. 7)

Está relacionada com a promoção do bem-estar, com a prevenção da doença mental e com o tratamento e a reabilitação das pessoas com doença mental. Mas a própria compreensão de doença mental reflete a complexidade e diversidade das normas comportamentais, culturais, sociais e éticas sobre o que é “normal e anormal”. (Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2020).

Ao longo dos séculos, a compreensão das doenças mentais e dos exames realizados sobre o estado mental das pessoas evoluíram significativamente e divergem de país para país. Essas mudanças refletem não apenas avanços no campo da psiquiatria e da psicologia, mas também transformações nas normas sociais, culturais e éticas, no desenvolvimento económico das regiões, nos sistemas de saúde e nas práticas institucionais.

Inicialmente as perturbações mentais eram enquadradas sob o ponto de vista de natureza intuitiva e mágica, responsabilizando os deuses, os bruxos, os demónios, pelas doenças. Estas, eram consideradas como castigo pelos pecados cometidos, só podendo ser aliviadas a partir da intervenção dos sacerdotes e feiticeiros. As pessoas com perturbações comportamentais, a única forma de os

ultrapassar era sujeitarem-se a rituais tribais. No entanto, se não fossem bem-sucedidos, eram abandonados à sua própria sorte (Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2020).

Durante a Idade Média e o início do Renascimento, várias condições que atualmente seriam consideradas como doenças mentais eram frequentemente vistas através de uma lente religiosa ou supersticiosa. A epilepsia, por exemplo, era frequentemente considerada uma forma de possessão demoníaca. A melancolia, um termo antigo para a depressão, era vista como resultado de um desequilíbrio dos humores corporais (J. Reis, 1998).

Acreditava-se que as doenças mentais estavam relacionadas com a bruxaria e quem delas padecia era colocado à margem da sociedade, ficavam em isolamento ou eram até mesmo mortos. Nessa época, o tratamento efetuado baseava-se em exorcismos para que o corpo se libertasse dos espíritos maléficos (Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2020).

No início do século XIX e com o surgimento dos asilos, começou a ocorrer uma tentativa de classificação das doenças mentais. No entanto, muitas das circunstâncias que hoje seriam reconhecidas como respostas a traumas eram definidas como insanidade. A histeria, por exemplo, era uma categoria diagnóstica comum para mulheres, englobando uma vasta gama de sintomas, incluindo ansiedade, insônia, e neurose, muitas vezes era usada para descrever comportamento diferentes daqueles que eram expectáveis à época para as mulheres.

Nos Estados Unidos, com o objetivo de obter informações estatísticas, foi desenvolvida uma classificação de perturbações mentais. A primeira tentativa ocorreu em 1840, com a medição da frequência de duas categorias: idiotice e insanidade, com a finalidade de construir o Censo. Para o Censo de 1880, foram estabelecidas sete categorias: mania, melancolia, monomania, paresia, demência, alcoolismo e epilepsia, com o propósito de organizar o sistema asilar (American Psychiatric Association, 2024).

Com a influência de Freud no início do século XX, algumas doenças começaram a ser vistas sob uma nova perspectiva, nas experiências vividas e nos conflitos psíquicos. No entanto, muitas das interpretações psicanalíticas, especialmente em relação à sexualidade feminina e à homossexualidade, refletiam os preconceitos da época. Em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) publicou a primeira versão do DSM I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders I) com 106 categorias, com um enfoque predominantemente psicanalítico. Até 1973 com a publicação do DSM III, a homossexualidade e neurose deixaram de serem classificados como distúrbios mentais.

A partir da segunda metade do século XX, especialmente com as revisões do DSM-III em 1980, começou-se a adotar uma abordagem baseada em evidências (pesquisas científicas e prática clínica) e menos estigmatizante em relação à classificação de doenças mentais. Isso levou a uma maior compreensão de perturbações como o autismo e o déficit de atenção e hiperatividade, que

anteriormente eram mal interpretados e/ou subdiagnosticados. Também houve alterações significativas relativamente à identidade de género que era considerada doença.

Em 1994, com a publicação do DSM IV, “a histeria é desmembrada em síndromes: dissociação, disformismo corporal, ansiedade, depressão e fibromialgia” (Martinhago & Caponi, 2019).

Atualmente, com base no DSM-5-TR, publicado em 2022, as questões sociais continuam a ser reconhecidas como fatores que podem ter impacto na saúde mental, sendo classificadas como fatores psicossociais e contextuais. Entre esses fatores incluem-se problemas relacionados com relacionamentos interpessoais, ruturas familiares, negligência ou abuso parental, violência doméstica ou sexual, negligência conjugal, problemas ocupacionais e profissionais, situações de vulnerabilidade como falta de habitação, pobreza extrema, discriminação social, exposição a desastres, terrorismo, entre outros. No entanto, essas condições não são categorizadas como perturbações mentais, mas como fatores que contribuem para o sofrimento psíquico ou que potenciam condições já existentes.

Esta abordagem reflete a tentativa de considerar o sofrimento humano no seu contexto biopsicossocial, sem patologizar a totalidade da experiência de vida. Contudo, conforme Dunker (2014) destaca, há uma tendência a afastar-se da noção de sofrimento como parte de uma forma de vida, promovendo uma visão fragmentada que pode limitar a compreensão dos sintomas enquanto expressões de experiências subjetivas e sociais mais amplas. As mudanças nas tipologias de doença mental ao longo dos séculos refletem os avanços na ciência médica, mas também transformações sociais profundas relativas à evolução, desenvolvimento e diversidade humana. O que numa época era considerado como doença mental pode, em outro contexto, ser visto como uma variação normal do desenvolvimento humano ou uma resposta adaptativa ao sofrimento.

Esta evolução sobre o entendimento do que é doença mental destaca a importância de serem considerados os determinantes sociais para o diagnóstico e tratamento da doença mental, tais como:

- Condições socioeconómicas: a pobreza, o desemprego, falta de acesso à educação, insegurança económica e desigualdade social;
- Discriminação e estigma, com base no género, orientação sexual, identidade, etnia ou deficiência;
- Ambiente físico e social, qualidade do ambiente, poluição do ar e da água, falta de acesso a espaços verdes, violência e falta de segurança;
- Experiências negativas na infância, como abuso, negligência, separação ou violência doméstica;
- Acesso a serviços de saúde mental adequados e acessíveis;
- Suporte social, a presença de redes sociais de suporte, incluindo amigos, familiares, vizinhos;
- Identidade cultural, o respeito e a valorização da identidade cultural das pessoas.

De acordo com a OMS, todos estes determinantes podem influenciar o desenvolvimento de perturbações mentais, bem como a capacidade de recuperação (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

A saúde mental passa a ser considerada tão importante como a saúde física, ter uma boa saúde mental significa ser capaz de nos relacionarmos com os que nos rodeiam, realizar os nossos sonhos, aprender e trabalhar, lidar com os desafios que surgem, gerir dificuldades, prosperar e encontrar um sentido para a vida.

The human right to health is understood to inclusively guarantee the right to the highest attainable standard of physical and mental health. There can be no health without mental health and everyone is entitled to an environment that promotes health, well-being, and dignity” (United Nations, 2017).

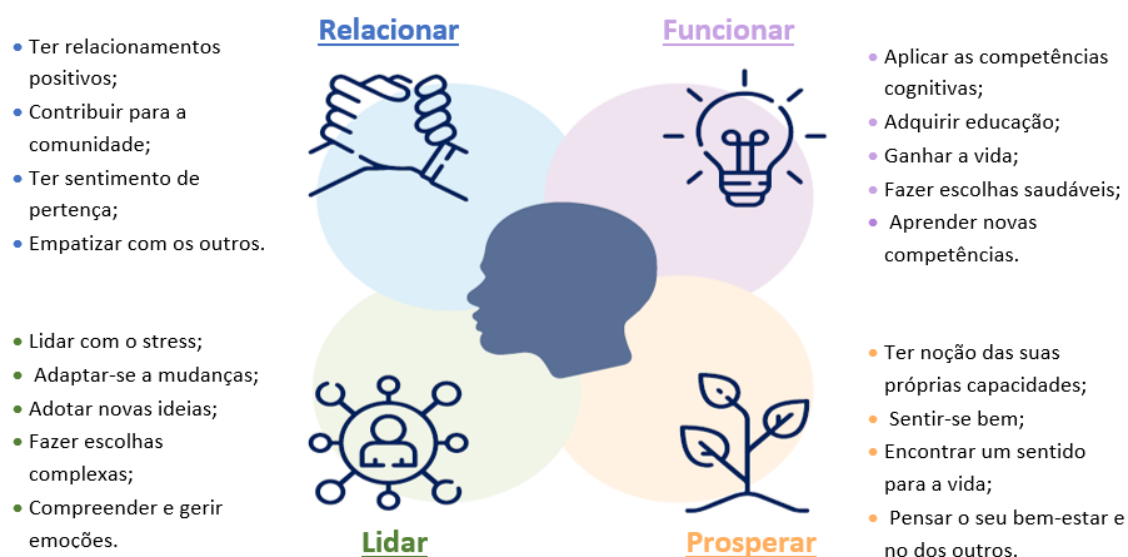


Figura 1.1 - A saúde mental como valor intrínseco e instrumental³

A promoção, proteção e recuperação da saúde mental podem ser consideradas como uma preocupação vital de pessoas, comunidades e sociedades em todo o mundo e estão dependentes de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores “nomeadamente biológicos (por exemplo, genética e sexo), individuais (por exemplo, antecedentes pessoais), familiares e sociais (por exemplo, enquadramento social) e económicos e ambientais (por exemplo, estatuto social e condições de vida)” (Comissão das Comunidades Europeias, 2005, p. 4).

³ Traduzido pela autora (World Health Organization, 2022).

É entendida como resultante de múltiplas e complexas interações, entre fatores determinantes, resultados, precipitações (por exemplo eventos de vida) e o contexto social.

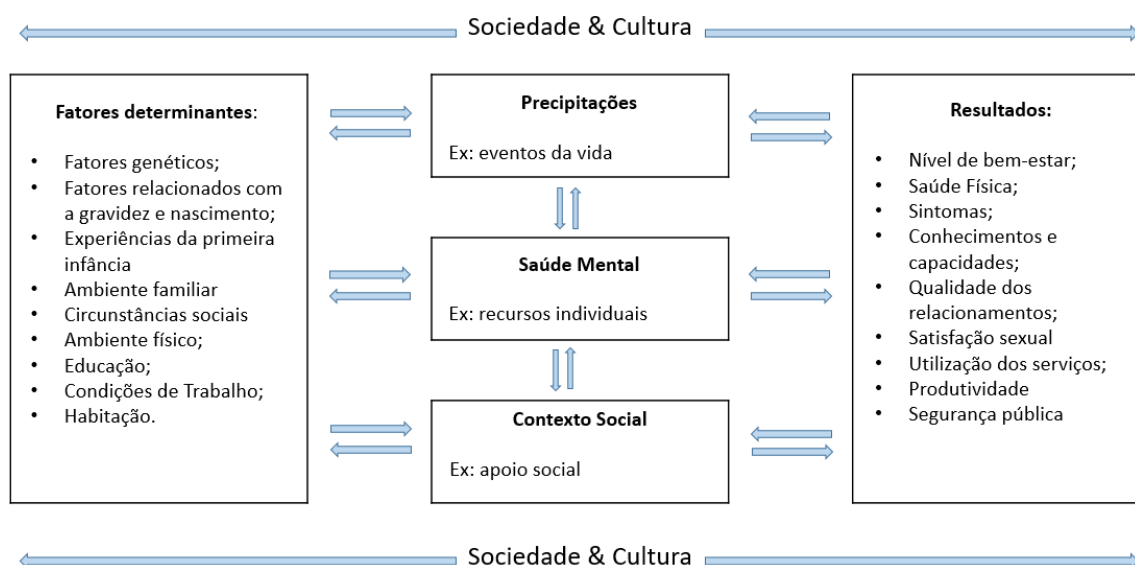


Figura 1.2 - O modelo funcional de saúde mental⁴

De muitas formas os nossos ambientes pré-natais, na primeira infância, ou ao longo da infância até à adolescência podem definir a nossa saúde mental enquanto adultos.

Na primeira infância um ambiente seguro protegido, com uma vinculação securizante a adultos responsáveis e estímulos positivos para oportunidades de aprendizagem proporciona a possibilidade de desenvolvimento de elevado número de conexões cerebrais indispensáveis para o bom desenvolvimento cerebral, enquanto experiências adversas tais como violência, negligência pode comprometer a saúde mental para toda a vida.

⁴ Traduzido pela autora de Lahtinen, E. and al (1999): Framework for promoting mental health in Europe citado por (Repper & Perkins, 2003)

1.2 As perturbações mentais na adolescência

A palavra adolescência é uma palavra complexa que deriva do latim *adolescere*, *ad* (para) *olescer* (crescer). “Período da vida humana que se situa a seguir à infância, entre a puberdade e a idade adulta. É caracterizada por uma série de mudanças corporais e psicológicas” (Academia das Ciências de Lisboa, 2001, p. 90).

A definição e o estatuto atribuído às crianças tem variado muito ao longo da história dos povos, das regiões e das culturas e a definição predominante “eurocêntrica”, não tem tomado em consideração aspetos relevantes de outras culturas, e muitas vezes corresponde a descrições de jovens com perturbações psicopatológicas ou outras vezes a jovens mais resilientes, criativos e integrados socialmente (Monteiro & Confraria, 2014)

Atualmente a definição mais unânime é que é uma etapa do desenvolvimento humano entre a infância e a idade adulta em que ocorrem importantes alterações, oportunidades e desafios a nível físico, biológico, cognitivo, psicológico e social (Buitelaar, 2012). Estas alterações são influenciadas pelo contexto familiar, sociocultural e económico que rodeia a criança.

A OMS define adolescência “como uma etapa evolutiva que se estende dos 10 aos 19 anos de idade” (Organização Mundial Saúde, 2005).

Alguns autores dividem a adolescência em três fases:

1. Uma fase precoce dos 10 aos 13 anos, caracteriza-se por mudanças físicas e comportamentais significativas. Nesse período, há um aumento da autoconsciência e uma maior preocupação com a aparência pessoal. É comum que o jovem demonstre um comportamento mais introvertido, afastando-se temporariamente da convivência familiar. “O comportamento altera-se, com os primeiros sinais de autonomia. É frequente que os amigos sejam preferencialmente do mesmo sexo, podendo haver uma rejeição provisória de grupos mistos” (Sampaio & Guerreiro, 2014, p. 383).
2. Uma fase média dos 14 aos 16 anos, caracteriza-se pela continuação do desenvolvimento físico, com a maioria a atingir a maturidade sexual e por uma maior procura de identidade pessoal e social, exploração de novos interesses e formação de opiniões próprias, “o pensamento abstrato desenvolve-se e a capacidade de decidir vai ser mais nítida. É habitual uma intensa ligação aos grupos de pares, que, por vezes é sentida pela família como demonstração de menor interesse” (Sampaio & Guerreiro, 2014, p. 383).
3. Uma fase tardia dos 17 aos 19 anos que corresponde a ajustes finais ao nível da maturidade física, com maior estabilidade emocional e controlo sobre os impulsos, “a autonomia e a identidade encontram-se conquistadas (pelo menos em parte), o que

conduz a uma menor conflitualidade com os pais e professores” (Sampaio & Guerreiro, 2014, p. 384)

O desenvolvimento normal da criança nos domínios cognitivo, linguístico, socio emocional e comportamental reflete o crescente envolvimento da criança no mundo social, o crescente sentido de identidade e a preparação para a transição para a vida adulta.

Padrões comuns no desenvolvimento do adolescente incluem o desenvolvimento de capacidades cognitivas e linguísticas de alto nível, um aumento inaugural de mau humor, conflito entre cuidador e jovem e conformidade com as normas do grupo, com uma diminuição desses comportamentos aos 18 anos. Apesar da identidade e dos papéis sociais não se solidificarem durante esta fase, os marcos que ocorrem na adolescência influenciam mais tarde o funcionamento do adulto em diversos domínios do desenvolvimento (N. Guerra et al., 2019, p. 40).

A adolescência é um período crítico para o desenvolvimento da identidade e para a construção da autoimagem. Ao promovermos a identidade, a autonomia e a cidadania das crianças ajudamo-los a se sentirem mais seguros e confiantes no seu processo de amadurecimento, o que por sua vez pode reduzir o risco de problemas de saúde mental. A autonomia permite que as crianças na fase da adolescência façam escolhas informadas, assumam responsabilidades e enfrentem desafios de forma independente, enquanto a cidadania os incentiva a participarem ativamente na comunidade e a desenvolver o sentido de responsabilidade social.

De acordo com Steinberg, a adolescência é um período de intensa mudança e desenvolvimento cerebral, o que torna as crianças especialmente sensíveis às experiências e ao ambiente em que estão inseridos. A plasticidade cerebral que é vivenciada nesta fase de vida, pode ser uma oportunidade para a aprendizagem e adaptação, mas também pode aumentar a vulnerabilidade a riscos e problemas de saúde mental (Steinberg, 2008).

Para alguns autores como Erickson e Palmquist a adolescência é um período em que as mudanças são vitais para a formação da identidade pessoal e para encontrar um lugar no Mundo (Erikson, 1980; Palmquist, Patterson, O'Donovan, & Bradley, 2017). É fundamental o reconhecimento das crianças como cidadãos que possuem os seus próprios interesses e direitos e que devem ser tratados como agentes ativos da sociedade e não recetores passivos de cuidados.

Em saúde mental da infância e da adolescência, é difícil, definir o normal do patológico, um sintoma não pode ser entendido como patologia, até porque ao longo do desenvolvimento de um adolescente surgem diversos sintomas que não apresentam evolução para patologia (Marques, 2009).

As características dos sintomas patológicos surgem como intensos e frequentes; persistem ao longo do desenvolvimento; causam grave restrição em diferentes áreas da vida da criança; têm repercussão no desenvolvimento psicológico normal; podem ser originados de meio envolvente patológico; são desadequados em relação à idade; e podem dever-se à associação de múltiplos sintomas (Marques, 2009, p. 573).

No entanto, conforme descrito “a adolescência é o período de maior risco para o desenvolvimento de doença mental, mas também a faixa etária menos propensa a procurar ajuda nos serviços de saúde mental” (Plastow, 2013, p. 1). OS adolescentes estão em risco de desenvolver doença mental, devido a diversas pressões e desafios inerentes ao seu desenvolvimento, tais como dificuldades relacionais com os pares, expectativas relativas ao desempenho escolar, questões da identidade gênero, autoestima, experiências com drogas, entre outras.

A saúde mental da infância e da adolescência é um tema de elevada preocupação e interesse no campo da saúde pública, estudos epidemiológicos têm mostrado que cerca de três quartos das crianças atravessam a adolescência de forma tranquila e que os restantes, em dado momento, apresentam sofrimento ou alguma perturbação ou tornam a convivência difícil (Monteiro & Confraria, 2014). Os estudos mostram que aproximadamente metade das perturbações mentais surgem antes dos 14 anos de idade e 75% pelos 25 anos (Kessler, 2007).

Murphy & Fonagay (Murphy, 2012) destacam que aproximadamente uma em cada dez crianças e jovens com menos de 16 anos de idade tem um distúrbio de saúde mental diagnosticável.

As estimativas da OMS indicam que:

- cerca de 20% das crianças apresente pelo menos uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade (World Health Organization, 2000),
- metade de todas as condições de saúde mental começam aos 14 anos de idade, mas a maioria dos casos não é detetada nem tratada; em todo o mundo, a depressão é uma das principais causas de doença e incapacidade entre adolescentes; o suicídio é a terceira principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos (World Health Organization, 2021) e
- um em cada sete jovens (14%) com idades compreendidas entre os 10 aos 19 anos apresentam doença mental, representando 13% da carga global de doenças para essa faixa etária (World Health Organization, 2022a).

A prevalência anual de psicopatologia pode variar entre 15% e 30% (Merikangas & He, 2010).

Palmquist (2017), fazendo referência a dois estudos de Hickie e Patel concluiu que a doença mental nos jovens é um fenómeno global que afeta 25% dos adolescentes quer no Reino Unido, quer na Austrália (Hickie, 2011; Patel, Flisher, Hetrick, & al., 2007).

Segundo o National Health Service (NHS) England⁵, no seu relatório sobre Saúde Mental de Crianças e Jovens em Inglaterra no ano de 2023, as conclusões são:

- uma em cada cinco crianças e jovens com idades entre os 8 e os 25 anos apresentavam uma provável perturbação mental.

⁵ Sistema de Saúde Pública do Reino Unido.

- a probabilidade de ter uma perturbação mental entre os 8 e os 16 anos foi de 20,3% e entre 17 e 19 anos, a proporção foi de 23,3%.
- a prevalência de uma provável perturbação mental tem vindo sempre a aumentar em crianças dos 7 aos 16 anos entre 2017 e 2020, aumentou de 12,1% para 16,7%, enquanto que as taxas em 2021 e 2022 foram semelhantes, 17,8% e em 2022 o número era de 18,0%.
- nos jovens dos 17 aos 19 anos, as taxas de perturbação mental provável aumentaram de 10,1% em 2017 para 17,7% em 2020. As taxas não se alteraram entre 2020 e 2021. No entanto, verificou-se um aumento na taxa de perturbação provável mental entre 2021 e 2022, de 17,4% em 2021 para 25,7% em 2022.
- a prevalência continuou a níveis semelhantes em todas as faixas etárias entre 2022 e 2023. Ao nível das perturbações alimentares e comparativamente com os últimos dados recolhidos em 2017, verificou-se que nos jovens dos 11 aos 16 anos, houve um aumento de 0.5% em 2017 para 2,6% em 2023. No que concerne aos jovens dos 17 aos 19 anos, verificou-se um aumento de 0.8% em 2017 para 12.5% em 2023 (National Health Service, 2024).

Em Portugal são poucos os estudos de vigilância epidemiológica de perturbações do desenvolvimento e saúde mental infantil (Ministério da Saúde, 2018).

No estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS)⁶, realizado em 2022 verificaram que a percentagem de adolescentes que refere sentir-se tão triste que não aguenta, quase todos os dias, aumentou de 2018 (5,9%) e teve um aumento maior em 2022 (8,7%) e que o número de adolescentes que se magoou a si próprio de propósito (autolesão), durante os últimos 12 meses, aumentou de 2018 (19,6%) para 2022 (24,6%) (Gaspar, Guedes, & Equipa Aventura social, 2022, pp. 48,49).

A vivência dos anos da Pandemia COVID-19 (2020/21), trouxe

trouxe novas realidades e agravou os desafios já experienciados pelos/as adolescentes, associando-os às medidas de confinamento, ao distanciamento físico, e ao medo de infectar ou ser infectado pelo vírus. No cenário pós-pandemia, os problemas de ansiedade agravaram-se (20.5%) – afectando 1 em cada 5 adolescentes -, bem como os problemas de depressão – 1 em cada 4 adolescentes (25.2%) (Racine et al., 2021).

Durante a pandemia, 40% dos/das jovens portugueses sentiram-se mais irritados/as, 50% sentiram-se mais aborrecidos/as e um em cada três sentiu-se mais nervoso/a e preocupado/a.

⁶ O Health Behaviour in School-aged Children é um estudo colaborativo da OMS que pretende analisar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Iniciou-se em 1982 com investigadores de três países: Finlândia, Noruega e Inglaterra, e neste momento conta com 51 países entre os quais Portugal, desde 1996 e é realizado à população escolar.

Durante os períodos de confinamento, o tempo de exposição a ecrãs triplicou e o tempo de actividade física foi reduzido de 60 minutos para 30 minutos (Francisco et al., 2020).

De uma forma geral, foram as adolescentes quem sofreu um maior impacto negativo na sua Saúde Psicológica, Bem-Estar (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2022, p. 4).

As perturbações mentais mais frequentes na adolescência são: a ansiedade, as perturbações do humor e a perturbação da atenção e comportamento.

Attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorders are particularly common in adolescence, especially among younger boys (4.6% and 4.5%, respectively in boys 10–14 years of age).

Anxiety is the most prevalent mental disorder among older adolescents (4.6%) and even more so among adolescent girls (5.5%).

Anxiety and depressive disorders at this age may be associated with bullying victimization. Eating disorders occur mainly among young people and, within this group, are more common among females (for example, 0.6% in women aged 20–24 years compared with 0.3% in men in the same age group) (World Health Organization, 2022b, p. 44).

Serafín Giraldez concluí que:

han sido publicados diversos estudios de prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, cuyas tasas se sitúan en el rango del 20- 39% para los trastornos de conducta, con mayor frecuencia en los varones y a más edad; entre el 17-26% para los trastornos de ansiedad; entre el 4-14% para la depresión; y en torno al 12% para los trastornos del desarrollo (Aláez Fernández, Martínez Arias y Rodríguez Sutil, 2000; Bragado, Carrasco, Sánchez Bernardos, Bersabe y Montsalve, 1995; Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabe, 1996; Mogaz Lago, García Pérez y del Valle Sandín, 1998; Subira, Obiols, Mitjavila, Cuxart y Domenech Llavería, 1998) (Giraldez, 2003, pp. 202-21).

As perturbações psiquiátricas mais comuns inserem-se nas seguintes categorias:

- Perturbações da ansiedade,

“quando o conteúdo dos medos é desadequado à fase de desenvolvimento e a ansiedade é excessiva ou prolongada, interferindo negativamente na qualidade de vida e no funcionamento da criança/adolescente” (Teiga, 2014, p. 183) incluem ansiedade de separação, ansiedade generalizada, ansiedade social, mutismo seletivo e perturbações de pânico, são os mais prevalentes, afetando aproximadamente 31,9% dos adolescentes entre os 13 e os 18 anos, sendo que a prevalência para o sexo feminino é de 38% e para o masculino 26.1% segundo dados do National Comorbidity Survey Adolescent Supplement (National Institute of Mental Health, 2024).

- Perturbações do humor,

observando-se quer momentos de retraimento depressivo, mais ou menos prolongados, quer uma extrema reatividade do humor, com rápidas alternâncias entre o entusiasmo quase eufórico, períodos de tristeza, desânimo e desespero, e outros ainda de irritação, impaciência e má disposição (Queiróz, 2014, p. 321).

- Perturbações disruptivas do comportamento e défice de atenção, consiste num padrão de comportamento persistente de falta de atenção e/ou num padrão de comportamento caracterizado por um nível excessivo de atividade e de impulsividade, sendo os sintomas considerados desadequados, quer em relação à fase de desenvolvimento, quer pela sua intensidade e/ou prejuízo significativo que acarretam no funcionamento, em particular na vida académica e relacional (Barrias, 2014, p. 115).

Contemplam a perturbação da hiperatividade com défice de atenção, perturbações do comportamento e perturbações de oposição, afeta cerca de 3,1% dos jovens entre 10 e 14 anos e 2,4% dos adolescentes entre 15 e 19 anos (World Health Organization, 2021).

As consequências de não abordar a saúde mental e o desenvolvimento psicossocial de crianças repercutem na idade adulta e limitam as oportunidades de viverem vidas plenas (World Health Organization, 2022d).

Em suma a adolescência é um período crucial para o desenvolvimento de capacidades emocionais e sociais para lidar com problemas que surgem. Promover a saúde mental na adolescência é garantir oportunidades de futuro na idade adulta.

Intervir nos problemas de saúde mental das crianças passa por estudar a interação complexa entre a criança, a família e todos os sistemas que constituem o meio sócio cultural em que está inserido e fortalecer aspetos como identidade, autonomia e cidadania da criança. As evidências sugerem que a interação entre as características adversas da criança e o ambiente aumentam os riscos de desenvolver problemas de saúde mental (Audit Commisson - Gov.UK, 1998).

Ao adotarmos esta perspetiva holística e interdisciplinar, conseguimos compreender melhor a complexidade que envolve as perturbações da saúde mental e desenvolver intervenções mais eficazes. É fundamental reconhecer o contexto social e cultural no qual a criança está inserida, incluindo a família, a escola, os amigos e a comunidade. Todos estes sistemas estão interconectados e podem se influenciar uns aos outros, tanto de forma positiva como negativa.

1.3 A abordagem *recovery*

A abordagem *recovery* surgiu nos anos 70 e, teve origem no movimento de *empowerment* (dar poder aos doentes) e é responsável por alterações significativas no modo de encarar a doença mental, procurando diminuir o estigma da doença mental, associado ao início da desinstitucionalização dos doentes psiquiátricos e consequente luta pela mudança de atitude face às pessoas com doença mental e pelos seus direitos, nomeadamente o de exercerem um papel ativo no seu processo de reabilitação (Young & Ensing, 1999).

O conceito *recovery* deriva da língua inglesa, a sua tradução para português não é consensual: uma vez que é defendida como recuperação ou recuperação pessoal, que não traduzem a amplitude do significado expresso na língua de origem. Como tal optámos por manter o termo original: abordagem *recovery*.

Durante as últimas décadas a abordagem *recovery* tem sido entendida como um movimento revolucionário para modernizar e transformar as instituições de saúde mental. Pressupõe a mudança, os profissionais de saúde poderão e deverão influenciar os ambientes institucionais para a promoção do bem-estar centrado na experiência pessoal (narrativas pessoais de recuperação) e na responsabilidade pessoal, no poder da pessoa, na participação social plena, na esperança, e na responsabilidade pessoal pela sua própria vida.

Recovery-oriented approaches have seen the introduction of new interventions, which endorse the central importance of experiential knowledge, such as the sharing of personal recovery narratives. These are defined as a first person lived-experience accounts of mental health concerns which include both aspects of struggle/adversity and survival/strength. (Ng & et al, 2019, p. 2).

A abordagem *recovery* é uma das abordagens mais prevalentes de saúde mental no ocidente, nomeadamente nos países anglo-saxónicos. Citando Álvaro de Carvalho (2011), na altura Coordenador Nacional para a Saúde Mental

Durante os últimos anos, em todo o mundo, tem havido significativo progresso no sentido da melhoria da qualidade dos serviços disponibilizados às pessoas com problemas de saúde mental. Nesta perspectiva, o conceito de recuperação em saúde mental torna-se fulcral para estimular muitas mudanças – tanto na filosofia como na abordagem prática de colaboração das pessoas com experiência de doença mental. (Slade, 2011, p. 6)

O termo *recovery* na área da saúde mental não é fácil de definir, por não apresentar uma definição consensual, assume várias perspetivas, tais como a própria interpretação da palavra recuperação na língua portuguesa.

Consultando o dicionário da língua portuguesa entende-se recuperação como:

reaquisição do que havia sido perdido; ato ou efeito de recuperar, melhoria relativamente a um estágio anterior; desenvolvimento das capacidades restantes de uma pessoa que sofreu uma diminuição física, que adquiriu uma deficiência; integração social e profissional de uma pessoa por alguma razão marginalizada, melhoria do estado de saúde de um doente (Academia das Ciências de Lisboa, 2001, p. 3131)

Várias conceptualizações têm sido expressas relativamente a esta temática, seja por investigadores da área ou até mesmo por pessoas que publicam a sua experiência ou a de familiares.

Esta abordagem é entendida como um processo individual de mudança qualitativa de atitudes, valores, crenças, objetivos, sentimentos, competências e papéis que possibilita construir uma vida mais satisfatória e integrada em comunidade, das pessoas com doença mental (Anthony W., 1993; Duarte, 2007; Slade, 2011).

Para vários autores a definição mais abrangente e utilizada de *recovery* pelos serviços de saúde mental é a de William Anthony (Slade, 2011; Ward, 2014; Davidson & González-Ibáñez, 2017; Winsper, Docherty, Weich, Fenton, & Singh, 2020; Friesen, 2007):

um processo único, profundamente íntimo, de transformação das atitudes, valores, sentimentos, objetivos, aptidões e /ou funções das pessoas. É uma forma de viver uma vida satisfatória, esperançosa e contribuir para a vida mesmo dentro dos limites impostos pela doença mental. O *recovery* envolve o desenvolvimento de um novo significado e propósito na vida de um indivíduo enquanto se supera os efeitos catastróficos da doença mental (Anthony, 1993, p. 20).

Patrícia Deegan referiu a sua experiência de *recovery* como um processo contínuo, algo sempre em evolução e não como um ponto final ou um destino. Encara a recuperação como uma atitude, um caminho de aproximação aos desafios com que se debate diariamente. Estar em recuperação significa que sabe que possui determinadas limitações, mas que ao invés de deixar essas limitações tornarem-se ocasiões de desespero, aproveita e valoriza tudo o que consegue fazer (Deegan, 1997).

A abordagem *recovery* torna-se assim um desafio diário da pessoa com doença mental, uma inspiração, uma reconquista da esperança, da confiança pessoal, da participação social e do controlo sobre a sua vida. Não significa um regresso das pessoas a um estado anterior à doença, o processo de *recovery* pode ser desenvolvido apesar da presença de sintomas e incapacidades. As experiências de tratamento, de internamento, as discriminações de que são alvo, a doença mental, o crescimento individual, as descobertas e os ganhos em vários domínios da vida, são encaradas como parte importante da sua existência (Duarte, 2007).

A abordagem *recovery* pressupõe que as pessoas com doença mental assumam um controlo da sua vida, das decisões importantes e de participação na vida comunitária, que reclamem a igualdade de oportunidades, os direitos civis e de cidadania.

No entanto, embora o processo de *recovery* seja diferente de pessoa para pessoa, é possível identificar dimensões comuns do *recovery*: a esperança em relação ao futuro e a determinação pessoal para com o processo de *recovery*; adoptar estilos de vida saudáveis e aprender a gerir os sintomas e dificuldades; vencer o estigma e estabelecer e diversificar as ligações e as relações sociais; estabelecer objectivos pessoais e ter o apoio de outros que acreditem e não desistam deles; readquirir papéis sociais valorizados e exercer a cidadania; e o *empowerment*, em que o fortalecimento interno e a assumpção do controlo pela sua própria vida se combinam com actividades de ajuda - mútua, *advocacy* e de participação comunitária (Jacobson & Greenley, 2001); (Onken et al, 2002);. (Duarte, 2007, p. 128).

O modelo de *recovery* não é um processo individual, que pressupõe esperança, ter um sentido na vida (objetivos e metas a atingir) e responsabilidade pessoal pelas suas decisões e pela sua própria vida, mas implica que a sociedade e o estado também se preocupem com estes processos e que promovam recursos – políticas orientadas para a capacitação. É uma abordagem que capacita as pessoas a viverem da maneira que gostam, a procurarem alcançar os seus objetivos e a estabelecerem ligações na sua comunidade tendo em vista alcançar o bem-estar geral.

Anthony (1993) descreve algumas atitudes subjacentes ao processo de recuperação pessoal: podem ocorrer sem intervenção profissional, contempla a presença de pessoas que acreditem e suportem as pessoas que vivenciam a doença mental, pode ocorrer mesmo que os sintomas persistam, altera a frequência e a duração dos sintomas, não segue um processo linear e recuperar das consequências associadas a uma doença mental é, por vezes, mais difícil do que recuperar da doença em si (Monteiro, 2007, p. 114).

Segundo Slade “o modelo de *recovery* envolve a minimização do impacto da doença mental (através do enquadramento e autogestão) e a maximização do bem-estar (ao desenvolver uma identidade positiva e papéis sociais valorizados e relacionamentos interpessoais)” (Slade, 2011, p. 13).

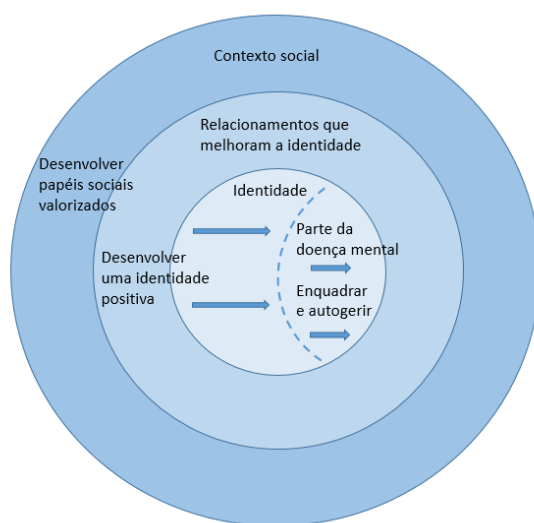


Figura 1.3 - O modelo de *recovery* em saúde mental⁷

⁷ (Slade, 2011, p.14)

Segundo a American Psychiatric Association o conceito de *recovery* procura aumentar a capacidade do paciente para lidar com o sucesso, com os desafios da vida e para gerir com eficácia os seus sintomas. Exige um compromisso com uma ampla variedade de serviços e é baseada numa parceria entre psiquiatras, outros profissionais de saúde e os pacientes na construção e direção de todos os serviços que visam maximizar a esperança e a qualidade de vida (American Psychiatric Association, s.d.)

A abordagem *recovery* é, assim, um processo complexo e dinâmico que envolve componentes individuais, grupais e sociais. É influenciada pela qualidade das interações e relações entre as pessoas e pelas características e oportunidades dos contextos envolventes. Deverá ser encarada como uma jornada vitalícia de crescimento, aprendizagem, desenvolvimento de resiliência, gestão de obstáculos e de sucessos.

Os princípios gerais de *recovery* são: a conexão, a esperança e otimismo sobre o futuro, o (re)estabelecimento de uma identidade positiva, dar significado à vida, o *empowerment*, em suma: ser protagonista da sua própria vida. (World Health Organization, 2017a)



Figura 1.4 - Processo de recovery⁸

Torna-se importante promover a conexão e a inclusão, as pessoas devem conseguir estabelecer relações sociais securizantes (amigos, pares, familiares, profissionais de saúde...) e aceder às mesmas oportunidades, serviços, recursos na comunidade que qualquer outra pessoa, porque as redes sociais

⁸ Traduzido pela autora, adaptado da fonte (Ballesteros-Urpi, 2019, p. 2)

de suporte têm um papel fundamental no apoio. A esperança é considerada a chave do *recovery*, é sobre otimismo no futuro, de que a mudança é possível.

Rapper considera que a abordagem *recovery* é sustentada em três componentes essenciais e interrelacionados: facilitar a adaptação pessoal, promover o acesso e inclusão, e criar relacionamentos que inspirem confiança.

A figura a seguir destaca essas três dimensões, detalhando as estratégias fundamentais que apoiam o *recovery*, promovendo o *empowerment*, a autonomia e a integração das pessoas no seu contexto social.

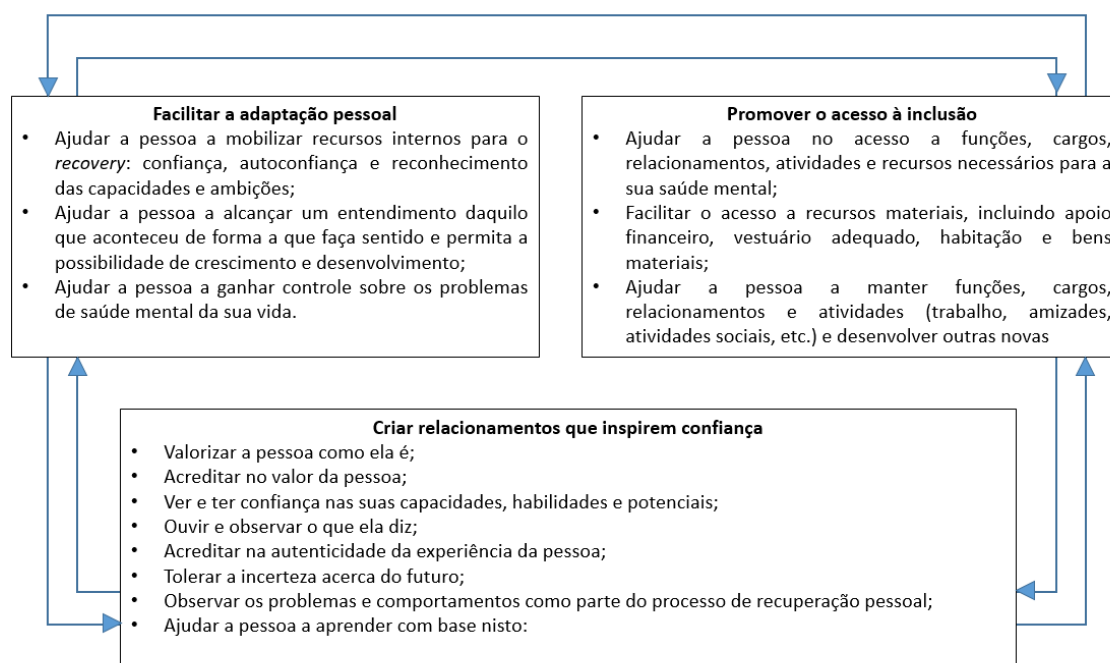


Figura 1.4 - Inclusão social e *recovery*: componentes de um modelo para a prática da saúde mental⁹

A abordagem *recovery* representa uma mudança de paradigma, porque ajuda as pessoas a reconstruírem e a redefinirem a sua identidade, bem como superar o seu próprio estigma e a encontrarem significado para as suas vidas. O controlo e a escolha são fundamentais, ajudam a desenvolver capacidades que permitem gerir os acontecimentos negativos da sua vida e a cometer todos os erros que todos os outros cometem, permitindo que cresçam com as suas experiências.

Para Emmanuelle Khoury, “the mental health *recovery* model represents a radical shift: moving the focus on illness, deficit and individual problems to the background and instead focusing on strengths, resilience and context as the most effective path to mental health care as seen in next table”

⁹ Traduzido pela autora, adaptado da fonte (Repper & Perkins, 2003, p. 61)

(Khoury, 2020, p. 274). A autora destaca que o *recovery* é um processo profundamente enraizado na experiência individual, que não pode ser alcançado isoladamente. Este processo exige o suporte de uma rede social sólida e de encorajamento, que atue como pilar fundamental para o progresso e a autonomia da pessoa.

Esta visão desafia os modelos tradicionais de cuidados e propõe uma abordagem integradora, conforme ilustrado na tabela seguinte:

Tabela 1.1 - Conceitos centrais de recovery na saúde mental (perspetiva crítica) ¹⁰

Foco	Diversidade de experiências, integrar o contexto, narrativas, significados individuais; explorar os determinantes sociais da saúde
Métodos de avaliação	Avaliação baseada em pontos fortes; ênfase na experiência e no conhecimento pessoal
Abordagens de intervenção	Baseado nos pontos fortes e na resiliência; informação sobre eventos traumáticos, abordagem através das narrativas; centrado na comunidade; diálogo aberto; ajuda mútua e apoio do grupo de pares
Suporte teórico	<i>Empowerment</i> , perspetiva humanista, teoria estrutural
Compreensão das dificuldades em saúde mental	Cada pessoa tem uma história única e experiências de vida únicas; os seus entendimentos e o significado que atribuem à sua história pode-se alterar com o tempo; existem mudanças naturais na forma com as pessoas experienciam o mundo; responder aos desafios da saúde mental requer um enfoque holístico e centrado na pessoa
Planos de intervenção Objetivos	Criar relacionamentos significativos; fomentar a esperança; a escolha e assumir os riscos; maximizar os pontos fortes, criar espaços para narrativas, oferecer flexibilidade
Objetivos gerais	Desenvolver capacidades e potencial; agir sobre os determinantes sociais da saúde; reduzir o estigma e a discriminação, fomentar e criar laços com a comunidade

A abordagem *recovery* aponta para uma mudança ao nível dos sistemas e serviços de saúde mental, na medida em que os processos de recuperação e de integração comunitária são fortemente influenciados pelas oportunidades, características e culturas dos contextos com os quais as pessoas interagem. Este é um enorme desafio para os serviços porque envolve uma profunda convicção de que o *recovery* é possível, mesmo nas pessoas que apresentam maiores vulnerabilidades (Duarte, 2007).

“Os serviços orientados para o *recovery*, caracterizam-se por uma abordagem ecológica dos problemas e das estratégias de intervenção, promovem o *empowerment*, a participação e integração comunitária das pessoas com doença mental (Anthony, 2000; Jacobson & Curtis, 2000)”, como citado em (Duarte, 2007; Onken et al, 2002).

O conhecimento, a experiência e os interesses dos consumidores e das suas famílias são valorizados, verificando-se um reequilíbrio de poder na sua relação com os profissionais à medida que se tornam participantes activos no planeamento, implementação, prestação de serviços e avaliação dos programas. Ao nível dos sistemas de saúde mental, as pessoas com doença mental e os seus familiares têm vindo a aumentar a sua participação e influência nas concepções das políticas públicas e nos órgãos consultores e directivos das entidades e

¹⁰ Traduzido pela autora de (Khoury, 2020)

organizações de serviços de saúde mental (Jacobson & Curtis, 2000), como citado em (Duarte, 2007, p. 131).

1.4 A abordagem *recovery* na adolescência

Aplicar a abordagem *recovery* na adolescência pode ser considerado controverso, no entanto segundo Naughton et al (Naughton, Maybery, & Sutton, 2018) tem sido uma área de crescente interesse. O *recovery* é uma abordagem que não se centra nas dificuldades de viver com doença mental, mas sim em se alcançar bem-estar, ter uma vida com objetivos, desenvolver competências e resiliência necessária para ser parte integrante na gestão da sua saúde mental e todos estes fatores são possíveis de desenvolver na adolescência. Consideram que alguns aspetos pessoais de *recovery*, como a conexão a outras pessoas e ter esperança e otimismo no futuro, podem ser pertinentes para as crianças na fase da adolescência (Friesen, 2007; Naughton, Maybery, & Sutton, 2018).

Ao nível da conexão todos somos unânimes que o desenvolvimento das crianças deriva das relações estabelecidas com os outros, sejam eles familiares, pares, ou recursos comunitários. A esperança é entendida como de elevada importância para a promoção da saúde mental das crianças e das suas famílias, no entanto, outros princípios de *recovery* tais como o (re)estabelecimento da sua identidade, a autonomia, são áreas complexas que dependem do estadio de desenvolvimento da criança e requerem o envolvimento da sua família no processo de recuperação (Friesen, 2007); (Oswald, 2006); (Simonds, Stone, & al., 2014).

O Departamento de Saúde da República da África do Sul (2001) considera que “o *recovery* infantil e da adolescência abrange uma ampla definição de saúde mental: a saúde mental da criança é a capacidade de atingir e manter um funcionamento psicológico ideal e de bem-estar”. Está diretamente relacionado com o nível alcançado e competência atingidas ao nível do funcionamento psicológico e social.

Recovery is probably the most important new direction for mental health services. It represents the convergence of a number of ideas – *empowerment*, self-management, disability rights, social inclusion and rehabilitation - under a single heading that signals a new direction for mental health services which is supported by service users, authoritative sources, English mental health policy and key leaders in mental health around the world. (National Health Service, South London and Maudsley, 2010, p. 8).

Em suma o conceito de *recovery* na adolescência pressupõe que a recuperação se centre numa abordagem individual de todos os domínios importantes para o desenvolvimento da sua vida, (necessidades físicas, emocionais, sociais, culturais e educacionais, bem como nos pontos fortes e na plena participação da sua vida na comunidade onde está inserida), permitindo a expressão das crianças e das suas famílias (Friesen, 2007; Oswald, 2006).

Incentiva-se o autocuidado, a participação em atividades, que promovam a saúde mental (tais como exercício físico e socialização com pares, familiares), construírem e manterem relacionamentos securizantes, concentrarem-se nas suas capacidades, desenvolverem interesses e aprenderem a dar significado à sua vida. Devem ainda procurar estar informados sobre os seus cuidados de saúde e sentirem-se envolvidos nas decisões informadas sobre si e sobre os cuidados de saúde mental, sem descuidar o envolvimento dos seus pais e familiares em todo o processo de recuperação (Ballesteros-Urpi, 2019; Friesen, 2007; Oswald, 2006).

Pretende-se que não haja discriminação, mas sim capacidade de resposta às diferenças culturais e às necessidades especiais de cada criança o mais precocemente, em vez de se deixar que os problemas se enraízem. Destaca-se a participação da família como elemento fulcral do processo, em vez dos serviços, no entanto não descarta a introdução de outros elementos que possam ajudar a família a orientar, guiar-se. Procura promover uma cultura de esperança e *empowerment*, que promovam a autonomia e autodeterminação e garantam que as crianças e os seus cuidadores estão conscientes dos seus direitos e responsabilidades. Uma das ações principais envolve reforçar a autoestima (Payne, 2011), promover a criação de grupos de ajuda e entre ajuda (Gutiérrez, Parsons, & Cox, 2003), onde as pessoas que enfrentam desafios semelhantes se apoiem mutuamente. Esta abordagem pretende melhorar a trajetória global do desenvolvimento e bem-estar das crianças e das suas famílias.

O *recovery* caracteriza-se assim por não ser o mesmo que cura; ser um processo de restauração de esperança, baseado no crescimento individual, tendo em consideração as experiências de vida e a importância das relações. Poder ocorrer sem intervenção profissional, é o resultado de uma jornada contínua, onde a criança assume o controlo da sua própria vida e procura significados, valores. Não tem regras fixas, nem fórmulas para o sucesso (Repper & Perkins, 2003). Baseia-se em pontos fortes, fomentar a esperança e o otimismo e permitir que as crianças se possam exprimir, no seu seio familiar e na sua comunidade. Os pais e cuidadores também assumem um papel fundamental, uma vez que podem ajudar as crianças no seu desenvolvimento, a darem sentido às suas emoções, e na procura da concretização dos seus objetivos pessoais.

A adoção da abordagem *recovery* com crianças justifica-se com base nos seguintes princípios:

- cuidados centrados na pessoa, reconhecer que cada criança é única e que as suas experiências, necessidades e objetivos podem variar. É necessário adaptar as intervenções e o apoio para correspondermos às necessidades individuais e respeitar as preferências e os valores da criança, envolvendo-a e à sua família no processo de tratamento;
- autodeterminação e autonomia, incentivar as crianças a participarem ativamente no processo de recuperação, a tomarem decisões informadas, assumindo responsabilidades

- pelas suas escolhas. Deve ser promovida a autonomia e a autoeficácia, ajudando as crianças a desenvolver estratégias para enfrentar desafios e gerir a sua saúde mental;
- capacitação e crescimento pessoal, através da promoção da esperança, ajudando as crianças a sentirem que os profissionais de saúde mental as apoiam no seu crescimento pessoal e os ajudam a alcançar os seus sonhos, mesmo enfrentando desafios ao nível da saúde mental;
 - estabelecer metas, ajudar as crianças a definir metas realistas e alcançáveis que façam sentido para elas, enfatizando o desenvolvimento dos pontos fortes e ajudando-as a desenvolver novas competências. Considerando o *recovery* um processo contínuo e que pode ser necessário adaptar estratégias e objetivos com base no desenvolvimento e nas mudanças da situação de vida da criança;
 - apoio social e familiar, envolver a família e os amigos no processo para o *recovery*, incentivando a comunicação franca e o apoio emocional;
 - abordagem holística, considerando todos os aspetos da vida da criança, incluindo saúde física, emocional, social, educacional e espiritual, por forma a promover um equilíbrio saudável;
 - educação e conscientização, fornecendo informações e recursos sobre a saúde mental e *recovery* para a criança, as suas famílias e a comunidade, para combater o estigma e promover uma maior compreensão dos desafios enfrentados pelas crianças com perturbação mental;
 - ambientes acolhedores e inclusivos e implementação de políticas anti discriminação;
 - intervenções multidisciplinares, que pressupõem cuidados coordenados centrados na criança, para melhorar a qualidade e a eficácia das intervenções e garantir que as crianças recebem o apoio adequado em todas as áreas da sua vida;
 - acesso e continuidade de cuidados, garantindo que as crianças tenham acesso a serviços de saúde mental de qualidade, promovendo a articulação entre cuidados primários e especializados e a implementação de planos de transição para os serviços de adultos.

Em suma o *recovery* em crianças com perturbação mental terá sempre que ter em consideração vários fatores tais como idade e nível de desenvolvimento da criança e da sua família, o seu contexto cultural, as noções de esperança, otimismo, orientação para o futuro e autodeterminação. A implementação destes princípios pode garantir que as crianças com perturbações mentais tenham mais possibilidades de desenvolvimento e sejam capazes de viver uma vida plena e significativa, apesar dos desafios que enfrentam.

Políticas de saúde mental: trajetória e evolução

O presente capítulo tem como objetivo a análise das políticas de saúde mental em Portugal, desde a segregação social dos doentes mentais até às abordagens contemporâneas centradas na pessoa. Aborda a evolução histórica da institucionalização e segregação dos "alienados", destacando o surgimento dos primeiros estabelecimentos psiquiátricos e as condições desumanas enfrentadas pelos doentes, explora a transição para uma abordagem médico-social, com foco no início da saúde mental da infância e da adolescência. Será também referido a importância da revolução de 25 de abril de 1974, que marcou o início da desinstitucionalização e da reforma dos serviços psiquiátricos em Portugal, introduzindo uma nova visão de cuidados comunitários e integração social, dando enfoque à expansão das políticas de saúde mental para a infância e adolescência, com uma abordagem mais centrada na pessoa, promovendo a continuidade de cuidados e o envolvimento das famílias. Por fim, será analisado o impacto da pandemia da COVID-19 nas políticas de saúde mental, evidenciando como uma crise de saúde pública forçou uma adaptação rápida dos serviços e impulsionou a priorização da saúde mental a nível legislativo e institucional, promovendo novas formas de atendimento e uma maior ênfase na abordagem comunitária e centrada na pessoa.

2.1 Da segregação social dos alienados aos estabelecimentos psiquiátricos

A doença mental, foi sempre incompreendida, quer pela ciência, quer pela sociedade e por isso a história da doença mental tem “um lado negro” que ainda subsiste.

Em Portugal, o início da história da saúde mental em Portugal remonta a 1504 “quando o Hospital de Todos os Santos, começou a acolher alguns doentes” (A. Gameiro, 2018, p. 329).

Um dos primeiros relatos sobre o tratamento de doentes do foro mental em Portugal, surge em 1539, no reinado de D. João III, que integrava o Capelão Pero Fernandez de Gouveano no quadro de profissionais do Hospital de Todos os Santos, para tratar de doentes mentais. “Apresentava-o como possuidor de conhecimentos e experiência de “curar pessoas que estavam foram do syso”, dotes que o hospital deveria usar no tratamento dos doentes de dita efermydade que a elle vyerem e nele forem recebydos” (Abreu, 2009, p. 110).

Os doentes eram encerrados em calabouços e masmorras onde viviam em reclusão permanente. “A assistência que lhes era prestada era imperfeita, rudimentar, mais cárcere que hospital... isolados da comunidade” (Oliveira, 1983, p. 7). Esta fase perdurou até ao ano de 1750, momento em que o

Hospital de Todos os Santos, sofreu um incêndio de grandes dimensões e os doentes mentais foram integrados em enfermarias de múltiplas patologias. “As condições desumanas dos internamentos passavam pela falta de espaço, de alimentação e de higiene, juntando-se a isso a punição das pessoas, devido aos seus comportamentos, muitas vezes através do castigo físico e da atribuição da culpa moral” (Candeias, Sá, & Esteves, 2018, p. 229).

Em 1755, após o terramoto, foram implementadas por Marquês de Pombal as primeiras medidas repressivas contra a ociosidade e a mendicidade” (Alves, 2011, p. 46). Este período foi marcado por uma acentuada segregação social, onde o doente mental era definido como louco.

Após reconstruído o Hospital do Rossio, em 1763, foi aberta uma enfermaria (insuficiente para o número de doentes existentes), com o nome de S. João de Deus, onde se pretendeu seguir a ação assistencial de S. João de Deus, de respeito e caridade pelos doentes, “à imagem dos asilos que já se verificava na Europa” (Alves & Silva, 2004, p. 6).

No que diz respeito à infância, em finais do século XVIII foi verbalizado por médicos e professores preocupações com a psicopatologia infantil, alertavam para a necessidade de fazer algo pelas crianças consideradas “anormais” em vez de as colocar em asilos (Mendonça, 2011).¹¹

No ano de 1780, Pina Manique, Chefe da Polícia inaugurou a primeira casa de internamento (a Casa Pia de Lisboa), cujos objetivos não diferiam dos das casas de correção repressivas que tinham surgido na Europa um século antes para tratar indigentes (onde foram incluídos os “loucos”) (Flemming, 1976; Alves, 2011). Esta foi uma época “em que os loucos são mantidos pelos orçamentos das cidades, mas não são tratados: são pura e simplesmente presos” (Foucault, 1982, p. 101). A atitude da sociedade é de exclusão, pontualmente é que ocorrem tentativas de “tratamento”. Já nos hospitais reservavam-se espaços para os insensatos.

Nos anos de oitocentos, a enfermagem era vinculada às congregações religiosas católicas e apresenta-se como intuitiva, sem educação científica e associada aos cuidados considerados menores, tais como: cuidados de higiene, asseio e alimentação. Falar de enfermagem no âmbito do desenvolvimento da psiquiatria durante o século XIX é falar de agentes vigilantes e punidores, limitados pelo estigma associado à imoralidade dos comportamentos desviantes e considerados não-normais (Candeias, Sá, & Esteves, 2018)

Em 1840, Bernardino António Gomes, médico e diretor do Hospital da Marinha, descreve as instalações que albergavam os alienados da seguinte forma:

¹¹ Jacob Rodrigues (1715-1780) foi considerado o primeiro pedagogo que se dedicou à procura de métodos para ensinar as crianças consideradas “anormais”. (Mendonça, A Psiquiatria da Infância – Itinerários para a História de uma Especialidade Médica, 2011, pp. 83-84).

...de estabelecimentos para alienados temos tudo para fazer em Portugal. Os mais infelizes destes doentes e cuja presença pelas ruas ou no íntimo das famílias mais incómoda, são por isso recebidos, não em asilos próprios, que os não há, mas nos hospitais gerais das primeiras cidades do reino, onde se lhes destina um local que... muitas vezes parece abrigo para feras, ou um despejo para resíduos inúteis... (Pichot & Fernandes, 1984, p. 253).

Em 13 de dezembro de 1848 o chefe de governo da Rainha D. Maria II, o Marechal Saldanha, incitou a Rainha a criar um hospício após ter visto as condições desumanas, de degradação e abandono em que viviam os alienados em Portugal. Foi assim criado o primeiro estabelecimento hospitalar para alienados, o hospital de Rilhafoles.

A ideia de construir este hospício estava integrada numa política mais alargada de intervenção influenciada por correntes iluministas e humanitárias (desencadeadas pela Revolução Francesa de 1790), que tiveram um papel extremamente importante em termos de defesa dos direitos humanos (Fernandes, 1984).

Estas novas enfermarias (de Rilhafoles) marcam o início da época em que o alienado começou a ser elevado à categoria de doente, se bem que, de uma qualidade inferior (L. Ferreira et al., 2006, p. 63). A sua organização tinha subjacente uma concepção dualista da doença mental: por um lado atribuída a causas orgânicas (lesões cerebrais, hereditariedade) e por outro a causas morais (prostituição e ociosidade, vagabundagem) (Alves, 2011, p. 47).

O Hospital de Rilhafoles não conseguiu manter os seus princípios iniciais e o Duque de Saldanha acabou por acentuar a segregação dos alienados, ao criar estas instituições de clausura, em nome da defesa da ordem pública, da proteção dos “loucos” e da sua regeneração através do aproveitamento da sua força de trabalho. Os alienados continuavam a vaguear pelas ruas, a ser presos ou recolhidos nos hospitais gerais que não possuíam condições para os receber e tratar.

Em 1837, surgem os primeiros instrumentos legislativos em termos de saúde, a primeira Lei Orgânica da Saúde de 03 janeiro de 1837 e a sua reforma de 1868, que preconizavam a criação de um Conselho de Saúde Pública, valorizado e autónomo do poder político, constituído por vários técnicos, não apenas médicos, foi a primeira tentativa de atualização do país face a modelos existentes na Europa nomeadamente o modelo de organização médico sanitário inglês.¹²

¹² Segundo o relatório preambular do decreto de 1868, “O decreto de 3 de janeiro de 1837 cometeu a um corpo coletivo, o conselho de saúde, a deliberação sobre assuntos técnicos, o que era natural: mas incumbiu-lhe também a execução das suas próprias deliberações, no que se desviou dos princípios geralmente seguidos, segundo os quais, se a deliberação é própria de muitos, a execução deve em regra pertencer a um só. Este desvio dos princípios trouxe por necessária consequência que o conselho de saúde ficou constituído quase que em completa independência do governo, e com a faculdade de regular superiormente os assuntos importantes e variados do serviço sanitário, o que deu ocasião por vezes a embaraços e dificuldades graves, apesar do acerto e cordura que, é de justiça confessar, presidiu sempre às deliberações do conselho” (Decreto de 03 de dezembro. Diário de Lisboa – n. 284 de 14 de dezembro de 1968).

Nesta área destacou-se Ricardo Jorge que, em 1889, iniciou a organização dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública. A prestação de cuidados de saúde cingia-se à clínica privada e o Estado apenas concedia assistência aos pobres. A preocupação essencial era a proteção e a melhoria da saúde comunitária, não propriamente a saúde da pessoa.

Decorrente da influência de Pinel¹³ na Europa, em Portugal em 1835 Clement Bizarro denuncia as condições sub-humanas em que vivem as doentes na Enfermaria de São João de Deus no Hospital de São José. Era um tempo caracterizado pela falta de infraestruturas e condições de tratamento deficitárias.

Só em 1862, no Porto sob a iniciativa de António Maria de Sena e devido ao benemérito Conde de Ferreira, é inaugurado o Hospital Conde de Ferreira, única e exclusivamente para receber indigentes.

Em 04 de julho de 1889, foi promulgada a primeira lei portuguesa que previa a construção de novos estabelecimentos e a constituição de um fundo de beneficência pública para os alienados, que viria posteriormente a ser conhecida pela Lei de Sena.

Vários autores consideraram António Maria de Sena um grande crítico do sistema asilar (Alves, 2001; Alves, 2011; Fernandes, 1984; Pichot & Fernandes, 1984). António Sena foi assim um dos primeiros defensores da higiene e profilaxia das doenças mentais, defendendo que a assistência a estes doentes devia ser considerada não uma forma de caridade, mas um dever social de prestar cuidados humanitários, o uso de meios brandos e os cuidados de higiene (Pichot & Fernandes, 1984). Sena refere que

as autoridades públicas, as famílias, os estabelecimentos pios têm por estes infelizes o mais condenável desprezo, preocupando-se apenas com os perigos que podem advir à sociedade da sua existência em liberdade; ... (é preciso) ajudá-los, confeccionar leis protectoras dos desventurados, por dever de humanidade com também por verdadeiro interesse nacional (Fernandes, A Psiquiatria em Portugal, 1984, p. 255).

A nova Lei de Sena que acabou por não ter execução,

dividia o país em quatro círculos para efeito de admissão de doentes; previa a construção de quatro hospitais, dois para ensino, e enfermarias psiquiátricas anexas às penitenciárias centrais, criava um fundo de beneficência pública dos alienados para o financiamento dos serviços; previa a construção de quatro manicómios e asilos para oligofrénicos (Soares, 2008, p. 37).

Desde os finais do século XIX até ao surgimento da República, assistiu-se a uma acentuada decadência e regressão no tratamento humano dos doentes no Hospital de Rilhafoles (Fernandes, 1984). Em 1892, sob a pressão da opinião pública, foi nomeado Miguel Bombarda como diretor do

¹³ Philippe Pinel (1745-1826) foi o primeiro médico a fazer a distinção entre loucos e criminosos, tornando-se por isso um dos precursores da psiquiatria moderna.

Hospital de Rilhafoles, para o reestruturar¹⁴. As suas medidas passaram por: acabar com as cadeiras fortes, as coleiras, as prisões à cama e outros processos de contenção; instituir o regime de ocupação regrada em trabalhos agrícolas; utilização como meios de repressão apenas a privação de visitas, a redução de alimentos e a reclusão solitária em habitação sadia, utilizada sempre como meio de contenção para impedir as desordens e revoltas dos doentes (Fernandes, 1984; A. Martins, 1999; Pichot & Fernandes, 1984).

Quando ainda não existiam dispensários psiquiátricos de Higiene Mental, “a acção social, que tanto enaltecia, apenas podia então ser esboçada através das saídas de ensaio, concessão de pensões e outras regalias concedidas aos doentes e às famílias” como é assinalado por Barahona Fernandes (A. Martins, 1999, p. 178).

Miguel Bombarda defendeu a irresponsabilidade dos doentes mentais, recusou a caridade realizada pelas ordens religiosas e impulsionou a associação das pessoas como forma de assegurar os seus direitos. Segundo Sobral Cid (1927), com a nomeação de Miguel Bombarda para diretor do Hospital de Rilhafoles, a instituição transformou-se “de um armazém de alienados num hospital psiquiátrico” (L. Ferreira et al., 2006, p. 64).

Com a proclamação da República em 1910, assistiu-se ao surgir dos hospitais psiquiátricos e ao investimento na formação de médicos nesta especialidade médica: a psiquiatria. Em 1911 foi criado o ensino oficial de psiquiatria no Manicómio Miguel Bombarda, no Hospital Conde Ferreira e no Hospital da Universidade de Coimbra. Foi também nesta fase que Júlio de Matos iniciou uma campanha pela assistência aos doentes mentais que originou a Lei da Assistência Psiquiátrica, promulgada através do Decreto-Lei nº 116 de 11 de maio de 1911, tendo sido criadas novas formas de assistência como colónias de férias e serviços de consulta externa, entre outras. Na mesma Lei é referida a necessidade de criação de um novo hospital. Foi o início de grandes progressos nesta área como a introdução efetiva de profissionais de Serviço Social, de novas técnicas de enfermagem, da ocupação terapêutica dos doentes, do regime aberto de internamento e do dispensário de higiene mental.

Teoricamente a doença mental ganhou destaque e o doente mental passou a ter potencial para ser encarado como qualquer outro doente, sendo-lhe permitido estabelecer diálogo com os profissionais. Foram também utilizados métodos psicológicos com o objetivo de reforçar as relações entre o doente, o médico e os restantes funcionários, uma vez que, na opinião de Júlio de Matos, os doentes, para resolverem os seus problemas, tinham que ser encarados como um todo (Alves & Silva, 2004). Mas a tentativa de alteração da filosofia das estruturas hospitalares falhou e mais uma vez o hospital foi orientado pela filosofia asilar.

¹⁴ Com a morte de Miguel Bombarda em 1910, Júlio de Matos foi nomeado diretor do Hospital de Rilhafoles, que passou a ser conhecido por Manicómio Miguel Bombarda.

2.2 Do tratamento médico-social à saúde mental infantil

A mudança na abordagem da doença mental, reflete a tentativa de humanizar o tratamento e sugere uma integração entre os cuidados médicos e sociais para abordar não apenas sintomas físicos, mas também necessidades emocionais, psicológicas e sociais.

No início do século XX, a falta de distinção entre deficiências mentais, perturbações do desenvolvimento, e doenças e perturbações mentais representava um desafio significativo no tratamento dos doentes.

Em 1914, António Aurélio da Costa Ferreira, antropólogo e professor, introduziu o “estudo científico das crianças deficientes e o seu ensino” (Mendo, 1992, p. 4). “Pretendia promover uma classe especial para os alunos considerados “anormais” (A. Martins, 1999, p. 185), no Instituto Médico-Pedagógico da Casa Pia de Lisboa. O seu objetivo foi observar as crianças com deficiência mental e perturbações da fala e ao mesmo tempo proporcionar formação pedagógica. Essa abordagem inovadora foi posteriormente desenvolvida e ampliada por Victor Fontes, médico psiquiatra e pedagogo, que continuou a expandir o trabalho de Costa Ferreira, reforçando a importância de uma educação especializada e de intervenções direcionadas para este grupo vulnerável.

A emergência da saúde mental infantil como objeto de intervenção médica surgiu em Portugal, no início do século XX, fortemente influenciada pelas contribuições pioneiras de António Aurélio da Costa Ferreira e Victor Fontes.

Na Europa surgia a ideia de que os distúrbios mentais em crianças eram diferentes dos que afetavam os adultos e que a abordagem terapêutica, também deveria ser diferente (Lewis, 2002).

Em 1930, começaram a surgir clínicas e hospitais dedicados especificamente ao tratamento de crianças com problemas mentais e emocionais. Na Alemanha por exemplo, foram criados os primeiros hospitais psiquiátricos para crianças em Heidelberg e Frankfurt (Lewis, 2002).

Portugal encontrava-se com atraso em relação às tendências europeias. Só no ano de 1945 são discriminadas as novas funções do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, através do Decreto-Lei n.º 35401, de 27 de dezembro, passando a ser denominado por Dispensário de Higiene Mental Infantil. Em 1955 o psiquiatra da infância e da adolescência João dos Santos foi convidado para organizar os dois pavilhões da Seção Infantil do Hospital Júlio de Matos (clínicas), à semelhança do que já tinha sido planeado para os adultos no Hospital Júlio de Matos, alterando atitudes sociais e proporcionando o que “consignam o regime “aberto”, pondo termo ao regime manicomial.

Segundo Maria Manuela Mendonça, João dos Santos

conheceu então os meandros da assistência psiquiátrica nacional e as suas lacunas em relação às crianças, nada fora planificado para elas além dos referidos pavilhões do novo Hospital,

destinados a asilar as mais perturbadas, em geral com debilidades profundas e grandes agitações (Mendonça, 2003, p. 95).

Nesta fase “valorizava-se essencialmente a vertente médica dos comportamentos anormais infantis, cuja origem se procurava em fatores hereditários e congénitos” (Mendonça, 2003, p. 94).

João dos Santos inovou na abordagem terapêutica, ao trabalhar fora do ambiente hospitalar, onde, ao interagir com crianças que apresentavam perturbações em estágios menos avançados, lhes proporcionou atuações terapêuticas em fases mais precoces. Esta estratégia permitiu uma atuação mais eficaz e adaptada às necessidades individuais de cada criança, enfatizando a importância do diagnóstico e intervenção precoces no desenvolvimento de tratamentos para perturbações mentais.

Havia nele (João dos Santos), além da posição médica, um empenho político profundo que o impulsionava à crítica e à mudança das Instituições destinadas à criança, tanto as de assistência como as de educação, procurando não só modifica-las, mas também torná-las acessíveis a todas, *democratizá-las*, como costumava dizer (Mendonça, 2003, p. 95).

A contribuição de João dos Santos para o campo da saúde mental infantil é significativa, foi dele a autoria da criação da primeira valência de Saúde Mental especificamente para bebés, fundada em 1952. Este desenvolvimento inovador não apenas sublinhou a importância da intervenção precoce na saúde mental infantil, mas também destacou a necessidade de atenção especializada para os desafios psicológicos enfrentados por essa faixa etária, marcando um avanço significativo no campo da psiquiatria infantil. Esta iniciativa pioneira sublinha a sua visão progressista e o seu compromisso em responder às necessidades de saúde mental das populações mais jovens, reconhecendo a importância vital de abordagens especializadas e precoces para o bem-estar psicológico desde os primeiros estágios da vida.

O Centro Sofia Abecassis, na freguesia de Sta. Isabel, em Lisboa, trabalhando principalmente com as enfermeiras, criou as primeiras “standing orders” para lidar com as diversas queixas (das mães) referidas às crianças. Este trabalho serviu de modelo para o que veio, mais tarde, a ser feito no Centro Materno-Infantil do Bom Sucesso (Restelo) e no Centro Materno-Infantil Domingos Barreiro - Marvila (Coordenação Nacional para a Saúde Mental e Administração Central do Sistema de Saúde, 2011, p. 8).

A integração das clínicas psiquiátricas nos hospitais gerais universitários em 1955 representou um marco importante na evolução da psiquiatria em Portugal, evidenciando uma maior abertura social em relação a esta especialidade médica e promovendo uma atitude preventiva em saúde mental. Este movimento em prol da integração possibilitou um acesso mais amplo e inclusivo aos cuidados psiquiátricos.

Em 1958, no ano em que foi criado o Ministério da Saúde, “surgiu o Instituto de Assistência Psiquiátrica, através do Decreto-Lei 41759/58 de 25 julho, que definiu este instituto como o órgão

coordenador dos serviços de saúde mental com objetivos de ação profilática, terapêutica, e pedagógica no tratamento de doenças e anomalias mentais” (Alves & Silva, 2004, p. 58).

A primeira consulta de psiquiatria infantil num hospital geral, surge no Hospital de Santa Maria em 1962, por iniciativa de Barahona Fernandes, com o nome de consulta de neuroses infantis. O surgimento desta consulta foi um marco importante na área da saúde mental infantil, dado que a opinião predominante era que a psiquiatria, ainda vista como uma especialidade médica “marginal” devia estar afastada do ambiente hospitalar geral e representou um passo importante para a integração da psiquiatria infantil em contexto hospitalar (Afonso, 2015, p. 99).

Durante a década de 1960, Portugal começou a reconhecer oficialmente a saúde mental como um problema onde era necessário agir. A aprovação da Lei da Saúde Mental em 1963 (Lei nº 2118, de 3 de abril) foi um passo fundamental nesse sentido, estabelecendo os alicerces da política de saúde mental no país. Esta legislação não só definiu os princípios gerais que deveriam nortear a saúde mental, como também regulou as condições de internamento e tratamento e estabeleceu os princípios orientadores para a criação de centros comunitários de saúde mental.

Embora a Lei da Saúde Mental de 1963 não tenha explicitamente promovido a desinstitucionalização, ela defendia a integração das pessoas com doenças mentais no meio social como parte de sua estratégia para a promoção da saúde mental. Este enfoque levou à adoção do modelo de Psiquiatria de Setor em Portugal, uma abordagem que priorizava a prestação de cuidados de saúde mental dentro da comunidade, facilitando assim o acesso ao tratamento e promovendo a integração social dos doentes. Como parte deste modelo, foi preconizada a criação de três Centros de Saúde Mental Infantil nas cidades de Lisboa, Coimbra e Porto, refletindo um compromisso específico com a saúde mental das crianças.

Posteriormente através da Portaria n.º 21250, de 27 de abril de 1965, foi criado o primeiro Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa independente dos serviços pedagógicos, sob a direção de João dos Santos. Assim, foi instituído o primeiro serviço público de Saúde Mental Infantil em Portugal. O Centro contava com vários espaços distribuídos por Lisboa, incluindo dois iniciais pavilhões destinados a crianças no Hospital Júlio de Matos.

Os pavilhões do Hospital Júlio de Matos foram completamente remodelados, criando-se num deles um *Hospital de Dia* para crianças gravemente perturbadas. Num outro pavilhão hospitalar, cedido para o efeito, foi instalada uma *Oficina-Escola* (a Escola dos Cedros), destinada à reeducação e integração sócio-profissional de jovens. Funcionava também como local de formação de técnicos nessa área (Mendonça, 2003, p. 105).

“Apresentava um amplo conjunto de recursos humanos: psiquiatras, psicólogos, vários terapeutas, assistentes sociais, enfermeiros, professores de ensino especial, educadoras, reeducadores de psicomotricidade” (Mendonça, 2011, p. 87), no entanto houve estruturas extra-

hospitalares que nunca foram concretizadas, pelo que mais uma vez se assistiu a um comprometimento da filosofia legislada.

Estes centros visavam oferecer cuidados especializados e adaptados às necessidades das crianças, marcando um avanço significativo em direção a uma abordagem mais holística e comunitária no tratamento das questões de saúde mental em Portugal.

A lei de Saúde Mental de 1963 enfatizou a importância de abranger não apenas a ação terapêutica, mas também prevenção e a recuperação (reabilitação e integração social da criança com doença mental). Isso foi alcançado através de medidas psicopedagógicas e sociais que estabeleceram as primeiras bases da intervenção comunitária em saúde mental no país. Além disso, o Decreto-Lei 48357/68 de 27 de abril, ao definir a natureza da ação dos estabelecimentos hospitalares como simultaneamente médica e social, promoveu uma visão integrada do doente.

A lei define como princípios orientadores da ação social:

estabelecer as relações entre as necessidades pessoais ou familiares e os casos de doença, a fim de serem tidos em conta no tratamento e no regresso dos doentes ao meio social; visa igualmente promover e facilitar o contacto dos doentes e suas famílias com os serviços exteriores cuja intervenção seja aconselhável para resolver ou debelar os seus estados de necessidade (Ministério da Saúde, 1998, p. 7)

Posteriormente a Reforma de Gonçalves Ferreira, em 1971, introduziu princípios inovadores na política de saúde em Portugal. Imputava ao Ministério da Saúde e Assistência¹⁵ a responsabilidade pela orientação de toda a política de saúde.

Esta reforma destacou o direito à saúde para todos, o planeamento central e a descentralização dos serviços de saúde e a dinamização dos serviços locais, refletindo um esforço para tornar o sistema de saúde mais acessível para todos. Traduziu o primeiro esboço para o afastamento de um modelo centrado unicamente na doença, indo de encontro à definição de saúde da OMS, publicada a 07 abril de 1948, que considerava a saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença”. Nesse mesmo ano é publicado o Decreto-Lei nº 413 de 27 de setembro, definiu a articulação dos serviços de saúde mental com os restantes serviços de saúde e integrou a Direcção-Geral de Serviços de Saúde Mental na Direcção-Geral da Saúde.

Todas estas medidas representaram passos importantes em direção à modernização e humanização dos cuidados de saúde mental no país, alinhando Portugal com as práticas contemporâneas europeias de saúde mental, baseadas na comunidade e no bem-estar integral da pessoa.

¹⁵ A divisão em dois ministérios distintos da saúde e dos assuntos sociais, só correu após o 25 de abril de 1974, Decreto-Lei n.º 203/74 de 15 de maio (Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social, 2017)

2.3 Da revolução do 25 de abril à desinstitucionalização

Após a Revolução dos Cravos que instaurou a democracia em Portugal em 25 abril de 1974, pondo fim a uma ditadura que perdurava desde 1926, a saúde tornou-se um direito fundamental consagrado na Constituição da República Portuguesa de 1976. A política de saúde em Portugal sofreu profundas transformações, das quais se destaca o “Despacho Arnault”¹⁶, de 1976, que deu origem à criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979. Este sistema financiado por impostos e complementado por seguros públicos e privados e pagamentos diretos, assegura o direito à saúde (promoção, prevenção e vigilância) a todas as pessoas independentemente da sua situação económica, assumindo no artigo 64.º que

Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. O direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito, pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a protecção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo (Assembleia da República, 1976).

Nesta fase foi valorizada a necessidade de a saúde ser associada ao desenvolvimento social, económico e cultural da sociedade. A saúde no SNS passou a organizar-se em cuidados de saúde primária¹⁷ e saúde hospitalar¹⁸. Assistiu-se também ao início da participação comunitária: as comunidades locais foram incentivadas a participar na definição das políticas de saúde e na organização dos serviços de saúde, levando ao surgimento de iniciativas comunitárias, como as associações de saúde e os grupos de autoajuda que trabalham em colaboração com os serviços de saúde (L. Ferreira et al., 2006).

É no pós 25 de abril, num contexto marcado por um espírito de renovação e de reformas sociais e de saúde, que em 1974 foi fundada a “Escola dos Cedros”¹⁹ a funcionar no Hospital Júlio de Matos.

Esta instituição de saúde surgiu da necessidade de proporcionar uma resposta à crescente consciência sobre a importância de oferecer um ambiente educativo, terapêutico, especializado para crianças e adolescentes com doença mental. Tinha como principal objetivo a recuperação desses jovens, proporcionando-lhes um espaço onde pudessem receber

¹⁶ O Despacho ministerial publicado em Diário da República, 2.ª série, de 29 de julho de 1978, mais conhecido como, o “Despacho Arnaut” constitui uma verdadeira antecipação do SNS, na medida em que abre o acesso aos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva. É garantida assim, pela primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação medicamentosa.

¹⁷ A saúde primária passou a ser responsável pela prestação de cuidados de saúde preventivos e curativos de natureza mais simples, direcionados para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

¹⁸ A saúde hospitalar é responsável pela prestação de cuidados de saúde mais complexos de carácter mais especializado, incluindo a realização de cirurgias e tratamentos de longa duração.

¹⁹ Ao abrigo da Portaria n.º 726 de dezembro de 1972, sob a direção do Dr. António Coimbra de Matos.

cuidados especializados e apoio pedagógico. Esta escola tornou-se um modelo pioneiro de intervenção psicoeducacional em Portugal (Centro Hospitalar Lisboa Central - Clínica da Juventude, 2010, p. 1).

O Centro de Saúde Mental e Infantil do Porto surge em 1976 e nesse mesmo ano uma avaliação dos serviços de saúde mental considera que os serviços eram orientados apenas para o tratamento da doença e que não se focavam na promoção da saúde (Instituto de Assistência Psiquiátrica, 1976).

Os serviços do Instituto de Assistência Psiquiátrica praticam em regra uma psiquiatria passiva centrada no médico, que ainda alheio a todo o tipo de trabalho em equipa vem actuando dentro de uma pseudo auto-suficiência centralizadora, quer nos dispensários quer nas grandes unidades hospitalares psiquiátricas, onde por consequência se vão acumulando os alienados (Alves, 2011, p. 50).

Em 1978 a Conferência de Alma-Ata emergiu como um marco global na saúde, estabelecendo os princípios fundamentais e conceitos para a estruturação de sistemas de saúde baseados no desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Sob a liderança do então Diretor-Geral da OMS, o médico Halfdan Mahler, a conferência destacou:

a visão de que era possível planejar e organizar um sistema de saúde capaz de atender às necessidades essenciais de saúde da população. O objetivo era proporcionar uma cobertura ampla e acessível, garantindo que os serviços de saúde fossem razoavelmente baratos. Esta abordagem colocou ênfase na saúde preventiva, no acesso universal aos cuidados de saúde básicos e na participação comunitária, alinhando-se com a noção de que a saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento económico e social (Mahler, 1978, p. 3).

No contexto de Portugal, entre 1979 e 1986, verificou-se um período marcado pela criação de vários serviços de saúde mental comunitários. Foram criados centros de saúde mental, as equipas de saúde mental comunitárias e os serviços de internamento de curta duração, com o objetivo de acompanhar e tratar os doentes em ambientes comunitários, reduzindo a necessidade de internamentos prolongados em hospitais psiquiátricos (J. Gameiro, 1985). Neste período também foi dada especial atenção à saúde mental da infância e da adolescência, tendo sido criados serviços especializados para crianças com problemas de saúde mental e desenvolvidas iniciativas que visavam a integração dessas crianças na sociedade, como o programa de integração escolar de crianças com problemas de saúde mental.

Apesar dos esforços de impulsionar mudanças no terreno, através de nova legislação, era difícil implementá-las na prática. A desinstitucionalização dos doentes do foro mental ocorreu na década de sessenta em alguns países europeus, mas Portugal mantinha o atraso, no que diz respeito a essa

matéria, há relatos escritos e filmes²⁰ que evidenciam as condições sub-humanas a que estas pessoas eram sujeitas.

Só em 1984 é que se inicia a reforma psiquiátrica que marcou a forma como os doentes com doença mental eram tratados em Portugal. Com a publicação do Decreto-Lei nº74-C/84 de 02 de março, foi criada a Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, onde foi integrada a saúde mental, que culminou na criação de uma rede de serviços comunitários, na reestruturação e expansão dos centros de Saúde Mental Distritais, no incremento de unidades de psiquiatria nos hospitais gerais, no desenvolvimento de programas de reabilitação e desinstitucionalização de doentes crónicos e no estabelecimento de cooperação com instituições privadas (Alves, 2011; Siqueira-Silva, Nunes, & Moraes, 2013).

Este é um período em que sucessivas legislações novamente definem a aproximação da psiquiatria à comunidade pela desinstitucionalização e integração dos cuidados. As proliferações destas determinações legais são esclarecedoras sobre a sua não implementação na prática, apesar de (e por isso) sucessivamente legislada (Alves, 2011, p. 50).

Este período marcou o início da reforma dos serviços de saúde mental, fortemente sustentada pela entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia (CEE) em 1986 e pela consequente tentativa de aproximação à realidade europeia. Houve uma alteração do paradigma de tratamento dos doentes com perturbações mentais, dando início ao processo de desinstitucionalização e a criação de serviços de saúde mental comunitários.

Em agosto de 1987 a Escola dos Cedros passou a designar-se Clínica da Juventude, devido à diversidade e natureza da população que passou a integrar. Assim, apresentava-se como objetivo da Clínica da Juventude a especialização do atendimento a crianças com problemática psiquiátrica e o alargamento da intervenção a outros distúrbios.

Em 1990, a Convenção sobre os Direitos das Crianças foi aprovada para ratificação em Portugal através da Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, assinada em Nova Iorque a 26 de janeiro desse mesmo ano. Posteriormente, a Convenção foi ratificada por meio do Decreto do Presidente da República n.º 49/90, publicado a 12 de setembro. Com esta ratificação, Portugal comprometeu-se a adotar medidas e políticas que garantam os direitos das crianças, conforme estabelecido pela Convenção, que visa assegurar a proteção, o desenvolvimento, a educação, a saúde e a participação ativa das crianças na sociedade (Fonseca & A., 1999).

²⁰ Dos quais servem como exemplo Jaime, uma curta metragem documental de 1974 realizada por António Reis, que retrata a vida de Jaime Fernandes, doente esquizofrénico internado no hospital psiquiátrico Miguel Bombarda em Lisboa.

Este marco histórico sublinha o compromisso do país em garantir que os direitos fundamentais das crianças, tal como o acesso à saúde, à educação e à proteção contra qualquer forma de discriminação e abuso, sejam respeitados e promovidos em todas as esferas da vida social e pública.

Em 1992, foi dado um passo significativo na reforma dos serviços de saúde mental com a publicação do Decreto-Lei n.º 127/92, de 03 de julho, e da Portaria n.º 750/92, de 01 de agosto, que determinaram a integração da saúde mental nos serviços de saúde geral. Esta decisão originou a extinção dos Centros de Saúde Mental e foram transferidas as suas atribuições para os hospitais gerais, centrais e distritais, transformando-os em Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental da Criança e do Adolescente. Esses departamentos foram integrados em hospitais pediátricos especializados em Lisboa, no Hospital Dona Estefânia, em Coimbra, no Centro Hospitalar de Coimbra e no Porto, no Hospital Maria Pia, facilitando a articulação entre os cuidados hospitalares e os comunitários, através da proximidade dos serviços.

A reforma continuou e em 1997 foi criada a Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental²¹ e decorrente da criação da comissão para a revisão da lei da saúde mental surgiu em 1998 uma nova Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98 de 24 de julho) que destacou a promoção de cuidados na comunidade, num meio o menos restrito possível, com internamentos em hospitais gerais, assegurando a reabilitação psicossocial através de estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade. Estas medidas refletem um compromisso contínuo com a humanização dos cuidados de saúde mental e com a promoção da integração social e profissional das pessoas com doenças mentais.

Foi nesta lei que foram consagrados, pela primeira vez, várias garantias destinadas a assegurar o respeito pela autonomia, dignidade e bem-estar. Entre os aspetos mais importantes para os doentes, destacam-se:

- o direito das pessoas a serem informados de forma clara e acessível sobre os seus direitos, garantindo a participação nas decisões que afetam a sua saúde;
- a idade mínima de 14 anos para que as crianças expressem a sua opinião sobre a aceitação ou não aceitação do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis, considerando-os como agentes ativos do seu processo terapêutico;
- o direito a receber tratamento e proteção;
- o respeito pela individualidade e dignidade das pessoas, reconhecendo a importância de tratar cada pessoa como única, com direitos e necessidades específicas;
- a capacidade de decidir sobre receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em

²¹ Decreto-Lei n.º 122/97 de 20 de maio.

situações de urgência em que a não intervenção possa representar risco comprovado para o próprio ou para terceiros;

- a proibição de submeter doentes a tratamentos de electroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito, reforçando a importância do consentimento informado;
- o direito à participação em investigações, ensaios clínicos ou atividades de formação;
- a garantia de condições dignas de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade em serviços de internamento e estruturas residenciais;
- o direito à comunicação com o exterior e a ser visitado, respeitando a importância do suporte social e familiar na recuperação;
- o direito a receber remuneração justa pelas atividades e serviços prestados reconhecendo o valor e contribuição das pessoas;
- apoio no exercício dos direitos de reclamação e queixa, promovendo uma cultura de respeito e responsabilidade por parte dos serviços de saúde mental.

Estas medidas representam uma mudança de paradigma no tratamento da pessoa com doença mental, colocando-o no centro das políticas e práticas de saúde. Durante este período, foi oficializada a necessidade de criação de uma rede diversificada de respostas articuladas entre si pela via da colaboração interministerial e com as organizações sociais comunitárias e de maior envolvimento da comunidade. Além disso, as associações de familiares e pessoas com doença mental, tornaram-se protagonistas na procura de melhorar as condições dos serviços de saúde mental e também na luta contra a discriminação e o estigma associado à doença mental.

Estas associações da sociedade civil, muitas vezes compostas por profissionais dos hospitais psiquiátricos e serviços de psiquiatria, assumiram responsabilidades cruciais. Advogavam por melhorias significativas nos serviços, esforçando-se para melhorar a qualidade do atendimento e apoio prestado, paralelamente promoviam iniciativas de conscientização sobre as problemáticas de saúde mental, desafiando os preconceitos existentes na comunidade e contribuindo para uma perceção mais positiva e inclusiva das pessoas com doença mental.

A sociedade civil secundária tem corporificado algumas responsabilidades sociais, nomeadamente pela organização de equipamentos sociais. Mas as associações que se foram desenvolvendo a nível da doença mental são relativamente recentes e a sua acção, se bem que importante, não responde de uma forma sistemática às necessidades (Alves, 2011, p. 55).

Mais uma vez, apesar dos esforços efetuados, as decisões de uma psiquiatria descentralizadora e comunitária não se verificam em todo o território. Apesar das dificuldades de implementação das políticas, Portugal continuou legislando por forma a contribuir para a evolução das políticas de saúde mental. Um exemplo significativo dessa determinação foi o Despacho conjunto n.º 407/98, de 18 de junho, que propôs uma intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados.

Essa iniciativa tinha como objetivo definir diretrizes para a intervenção em situações de dependência, incluindo as situações decorrentes de doença mental, destacando a importância da implementação de equipamentos e serviços específicos para esta população. Ao reconhecer a necessidade de garantir uma resposta eficaz a uma população, que, muitas vezes, se encontrava à margem dos cuidados de saúde, este despacho representou um compromisso com a inclusão e o suporte integral das pessoas com doença mental.

Preconizava a criação de três tipos de respostas habitacionais para pessoas com doença mental:

1. unidades de vida apoiada, resposta habitacional com capacidade média para 20 pessoas, destinada a jovens e adultos com doença mental crónica que não conseguem organizar, sem apoio, as atividades de vida diária, mas que não necessitam de intervenção médica frequente;
2. unidades de vida protegida, habitação com capacidade para cinco a sete pessoas destinada sobretudo ao treino de autonomia de jovens e adultos com doença mental grave e de evolução crónica, clinicamente estável, desde que se afigure possível a integração em programa profissional/ocupacional e que não haja alternativa residencial;
3. unidades de vida autónoma, estrutura habitacional localizada na comunidade com capacidade para cinco a sete jovens e adultos com doença mental severa sem alternativa residencial satisfatória, permitindo a sua integração em programa de formação profissional ou em emprego normal ou protegido.

A intervenção proposta no despacho visava ir além dos cuidados médicos, reconhecia e pretendia responder às necessidades holísticas das pessoas, considerando os desafios sociais que poderiam enfrentar. Além das respostas habitacionais, previa a criação de fóruns sócio ocupacionais, com vista à reinserção sociofamiliar e socioprofissional ou à integração em programas de formação ou de emprego protegido das pessoas com doença mental.

A legislação de saúde mental aprovada nos anos 90 teve em consideração os princípios recomendados pelos organismos internacionais mais importantes na área da organização dos serviços de saúde mental, tais como direitos dos doentes, reabilitação psicossocial e desinstitucionalização, participação da comunidade e dos cidadãos no funcionamento e gestão efetiva dos serviços, em particular através de associações de pessoas e familiares. No entanto, a implementação efetiva desses princípios vai muito além da simples transcrição para o texto da lei, mais uma vez o desafio passava por garantir que estes princípios eram aplicados em todo o território nacional e se traduziam em melhorias na qualidade dos serviços prestados e nos cuidados ao doente.

2.4 Da expansão das estratégias de saúde mental para a infância e adolescência aos cuidados centrados na pessoa

O ano de 1999 foi marcado pela publicação do Decreto-Lei 35/99, que define sobre a organização dos serviços de saúde mental. Este marco regulatório evidenciou um compromisso contínuo com a descentralização e a acessibilidade aos cuidados de saúde mental, assegurando que estes serviços fossem incorporados dentro do sistema hospitalar geral. Um dos avanços significativos promovidos por esta legislação foi a abertura progressiva de cerca de vinte Unidades ou Serviços de Pedopsiquiatria em hospitais gerais, ampliando substancialmente a rede de apoio disponível para crianças com necessidades de saúde mental.

Um momento significativo para a saúde mental da infância e da adolescência em Portugal foi a abertura da Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria no Hospital Dona Estefânia, em 2001, a primeira a ser criada em Portugal num hospital pediátrico. Essa abertura simbolizou um avanço notável na oferta de cuidados especializados para crianças e demonstrou uma evolução na abordagem e tratamento das necessidades de saúde mental nesta faixa etária. Após três anos da inauguração, em 2004, foi publicada a Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental,²² documento que define como prioridades a necessidade de identificar e avaliar os problemas psiquiátricos entre crianças, bem como de planear os serviços necessários para tratar esses problemas. Enfatizava que as crianças com problemas de saúde mental beneficiam da continuidade de cuidados e da prestação desses cuidados no contexto comunitário, no quadro das suas famílias, escolas e comunidades e sublinha ainda a importância do enfoque multidisciplinar, através da contribuição de várias áreas profissionais.

Apesar do compromisso crescente e das iniciativas implementadas para melhorar a saúde mental da infância e da adolescência, até ao ano de 2007, Portugal enfrentava desafios significativos nesta área. A saúde mental não era prioridade política, registávamos uma elevada taxa de suicídios, evidenciando a urgência de uma abordagem mais eficaz e abrangente. A falta de acesso a serviços de saúde mental e a persistente estigmatização das pessoas com doença mental contribuíam para uma problemática onde muitas vezes a resposta não existia.

Um obstáculo preocupante era a falta de compreensão sobre a saúde mental das crianças e frequentemente os sintomas dos problemas de saúde mental eram interpretados como maus comportamentos ou faltas de educação, em vez de serem reconhecidos como sinais de problemas de saúde mental que necessitavam de intervenções especializadas. Assistíamos também a falta de recursos para lidar com a saúde mental, não havia serviços em número suficiente e o sistema de saúde

²² Publicada pela Direção Geral de Saúde (DGS) a 13 de dezembro de 2004.

mental não fornecia serviços de qualidade e acessíveis para as crianças e suas famílias. Essa escassez de serviços especializados e a incapacidade do sistema de responder eficazmente às necessidades das crianças mostravam a necessidade de uma reforma e de um investimento substancial na saúde mental.

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde destacava a necessidade crucial de as pessoas participarem ativamente nas decisões relacionadas com a sua própria saúde: terem conhecimentos e recursos pessoais, como autonomia, capacidade e habilidade para lidar com os eventos da vida. Desenvolver estes recursos é essencial para permitir uma tomada de decisão mais informada e uma participação mais ativa (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2007).

Motivado pelas recomendações internacionais e nacionais na área da saúde mental, Portugal estabeleceu, entre 2007 e 2016, um Plano Nacional para a reestruturação dos serviços de saúde mental. Este esforço foi coordenado pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Entre as metas estabelecidas para a melhoria da saúde mental da infância e da adolescência, incluíam-se a promoção da saúde mental das crianças, o desenvolvimento de serviços e programas para responder eficazmente às necessidades de prevenção e tratamento dessa faixa etária e a melhoria na prestação de cuidados através da articulação entre os serviços de saúde mental da infância e da adolescência e outras estruturas essenciais, como a saúde, educação, serviços sociais e o direito de menores e família (Conselho Nacional Saúde Mental & Administração Central do Sistema de Saúde, 2008).

Para fundamentar estas iniciativas, o plano assentava em valores e princípios firmemente estabelecidos, entre os quais a integração dos serviços de saúde mental no sistema de saúde geral, o respeito pelos direitos humanos das pessoas com perturbações mentais, a prioridade dos cuidados na comunidade e a coordenação e integração de cuidados. Também enfatizava a abrangência dos serviços, a participação comunitária, a proteção de grupos especialmente vulneráveis, a acessibilidade e equidade dos serviços e a importância da recuperação como um processo que favorece a autodeterminação (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

Este plano de ação refletia um compromisso profundo com a melhoria dos serviços de saúde mental, procurando garantir que todas as pessoas, independentemente de sua idade, género, situação socioeconómica, ou local de residência, tinham acesso a cuidados de saúde mental de qualidade, viam os seus direitos respeitados e necessidades supridas. Representava uma abordagem mais humanizada, comunitária e integrada, que procurava criar um sistema de saúde mental mais eficaz, inclusivo e sustentável. Este compromisso com a melhoria dos serviços de saúde mental refletia-se não só nas iniciativas de reestruturação, mas também uma resposta concreta às mudanças estruturais dentro do sistema de saúde mental, como por exemplo o encerramento de unidades hospitalares de saúde mental para adultos (Hospital Miguel Bombarda, em 2010).

Esta tentativa de reformular a saúde mental originou a Lei dos Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental, criada através do Decreto-Lei n.º 08/2010, de 28 de janeiro, que propunha a criação de um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave, de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade.

As respostas integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e do âmbito dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade e da Segurança Social, incluíam tipologias específicas para crianças com perturbação mental²³.

Trata-se de estruturas comunitárias que, devidamente articuladas com as estruturas hospitalares de psiquiatria da infância e da adolescência, visam proporcionar programas de reabilitação psicossocial a crianças e adolescentes cuja problemática de saúde mental requer cuidados especializados e diferenciados daqueles que são disponibilizados em ambulatório ou em internamento pedopsiquiátrico. É privilegiada uma intervenção estreita e articulada com os recursos comunitários (de saúde, intervenção social e educação) numa perspectiva de maximização da funcionalidade e da integração psicossocial. É igualmente dada prioridade à promoção de competências junto da criança/adolescente e sua família (Coordenação Nacional para a Saúde Mental e Administração Central do Sistema de Saúde, 2011, p. 22).

As unidades de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental para a Infância e Adolescência são destinadas a crianças com idades entre cinco e 17 anos. Estas unidades têm como principal objetivo promover, no menor tempo possível, a recuperação das competências psicossociais, possibilitando sua reintegração no seio familiar e na comunidade.

Para responder às necessidades específicas das crianças, as unidades são organizadas em diferentes tipologias (Anexo A):

- Residência de Treino de Autonomia Subtipo A, destinada a jovens com perturbação mental grave;
- Residência de Treino de Autonomia Subtipo B, voltada para casos de perturbação grave do desenvolvimento e estruturação da personalidade;
- Residência de Apoio Máximo, direcionada a jovens com perturbações psiquiátricas associadas a um elevado grau de limitação funcional ou cognitiva grave;
- Unidade Socio-Ocupacional, concebida para jovens com perturbações mentais ou do desenvolvimento, associadas a dificuldades nas áreas relacional, ocupacional e/ou escolar;

²³ “(...) síndrome caracterizado por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental” (American Psychiatric Association, 2014, p. 20).

- Equipa de Apoio Domiciliário, destinada a jovens com perturbações mentais e disfunção psicossocial grave, cujo nível de complexidade e ausência de recursos específicos representam riscos significativos para o desenvolvimento e funcionamento global (Administração Central do Sistema de Saúde, 2017).

Em 2011 o Ministério da Saúde regulamentou estas unidades e equipas através do Decreto-Lei n.º 22/2011 de 02 de outubro e da Portaria n.º 149/2011 de 08 de abril, estabelecendo o local das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental, bem como as condições de organização e o funcionamento das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental para a população adulta e para a infância e adolescência. Assistiu-se a um conjunto de reformas ao nível dos cuidados de saúde primários, alteração da estrutura da rede nacional hospitalar e expansão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

No entanto, com o agravamento da situação financeira, económica e social do país, e com a imposição do memorando de entendimento da Troika, verificou-se um decréscimo acentuado dos gastos com saúde, o que originou que algumas das reformas já definidas ficassem suspensas.

Neste período verificámos mais uma vez que relativamente às políticas de Saúde Mental, Portugal adotou as recomendações sugeridas por instâncias internacionais, consagrando a tendência para a prestação de cuidados na comunidade e para a consagração dos direitos dos doentes mentais, para que estes passassem a adquirir controlo da sua vida e fazer escolhas informadas com vista ao *recovery*, mas não as operacionalizou.

Citando Alves:

a originalidade da psiquiatria comunitária portuguesa reside não na “transinstitucionalização” das pessoas com doença mental, que tanto se critica nas sociedades centrais, já que desinstitucionaliza do hospital para institucionalizar nas estruturas criadas na comunidade. Portugal desinstitucionalizou os seus doentes mentais sem criar estruturas comunitárias, para o que se apoia na solidariedade da família (Alves, 2011, p. 56).

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, iniciado com grande expectativa e compromisso para melhorar significativamente os cuidados de saúde mental em Portugal, enfrentou obstáculos significativos entre 2011 e 2017. A interrupção do plano devido a cortes orçamentais acentuados na saúde, juntamente com a extinção da Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM), resultou na não concretização de muitos dos seus objetivos. Foram anos caracterizados por alguns desafios ao nível da intervenção em saúde mental: falta de financiamento adequado, muitos dos serviços implementados neste período não receberam o financiamento necessário para operarem de forma eficaz e a escassez de profissionais de saúde mental em todo o país, o que dificultou a prestação de serviços de qualidade e falta de interligação dos cuidados de saúde mental em toda a rede de saúde.

A Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma de Saúde Mental, em 2017 refere que

Até à data, Portugal não dispõe de uma estratégia integrada para a promoção e prevenção em saúde mental, a qual, dada a diversidade de agentes implicados (ex.: saúde, educação, trabalho, segurança social, etc.), só é possível se desenvolvida no âmbito de uma equipa de coordenação com capacidade de ação a nível intersectorial. Sem esta estratégia, os programas de promoção e prevenção dificilmente terão um desenvolvimento proporcional ao seu impacto na saúde mental e no bem-estar das populações (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, 2017)

Apesar destes contratempos, houve progressos na área da saúde mental da infância e da adolescência. Em 2016, foi inaugurada uma Unidade de Internamento em Coimbra, no Hospital Pediátrico (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra), e a Unidade de Internamento pedopsiquiátrico do Hospital de Dona Estefânia (Centro Hospitalar Lisboa Central) foi ampliada de 10 para 16 camas.

Em 2017, emergiram experiências piloto da RNCCI em Saúde Mental para Infância e Adolescência, com a implementação de duas Residências de Treino e Autonomia (RTA/IA) e Unidades Socio Ocupacionais (USO/IA) em Barcelos e Lisboa, embora com algumas dificuldades iniciais na sua operacionalização. As unidades de Barcelos, celebraram contrato em junho de 2017, mas a primeira admissão nestas unidades só aconteceu em fevereiro de 2018, para RTA/ IA (capacidade para sete pessoas) e USO/IA (com capacidade para dez pessoas), sendo a única unidade que se mantém em funcionamento. As unidades de Lisboa assinaram contrato em dezembro de 2017. Nunca tiveram pessoas referenciados para a USO/IA e no final de 2018 tinham admitido 5 pessoas na RTA/A, tendo terminado os contratos durante 2019.

O ano de 2018 viu a abertura da Unidade Partilhada para adolescentes, resultado de uma parceria entre o CHLC e o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Esta unidade inovadora foi concebida como um espaço de transição entre a pedopsiquiatria e a psiquiatria, refletindo uma evolução na continuidade dos cuidados.

A reforma da Lei de Bases da Saúde de 2019, com a inclusão de um capítulo específico sobre saúde mental, reforçou o entendimento de que a saúde mental é indissociável da saúde geral, refletindo um entendimento mais holístico da saúde. Reconheceu que o bem-estar mental é fundamental para a saúde e enfatizou a necessidade de uma abordagem centrada na pessoa, colocando a pessoa no centro da prestação de cuidados de saúde, reconhecendo a sua individualidade, as suas necessidades específicas, a sua autonomia e o direito de ser tratado com respeito e dignidade.

A abordagem interdisciplinar e integrada também foi enfatizada pela lei, definindo a necessidade de colaboração e trabalho interdisciplinar entre os diferentes profissionais de saúde, como psiquiatra da infância e da adolescência, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros, para fornecer intervenções abrangentes e coordenadas.

Foi também destacado com esta lei o tratamento e apoio ao nível da comunidade, promoveu a alteração do foco da saúde mental dos hospitais e instituições fechadas para serviços comunitários, promoveu a reabilitação, integração social e o *recovery* das pessoas com problemas de saúde mental. Esta mudança instiga a pessoa a viver de forma mais independente e participativa na sociedade, evitando práticas de isolamento e segregação que violam os seus direitos e a sua dignidade.

A importância do envolvimento do doente é evidente no âmbito da saúde mental, no sentido de este compreender e gerir a própria saúde mental, incluindo a tomada de decisões informadas sobre tratamentos e medicação, mas também sobre a forma como interage com os profissionais de saúde mental (Nogueira, 2016). Este envolvimento do doente reflete a mudança de paradigma para o foco nos cuidados centrados no doente. É fundamental que os doentes tornem a sua participação ativa, por forma a melhorarem os resultados, reduzir o estigma e melhorar a recuperação (Druss, 2011).

A tomada de decisão partilhada em que o doente e o profissional tomam decisões conjuntas sobre planos de cuidados, opções terapêuticas, tratamentos, é um aspeto crucial na participação do doente. Envolve ouvir o doente, discutir opções que equilibrem a experiência clínica com as preferências, valores e comportamentos dos doentes (Elwyn G., 2012).

To accomplish these tasks, we propose a model of how to do shared decision making that is based on choice, option and decision talk. The model has three steps: a) introducing choice, b) describing options, often by integrating the use of patient decision support, and c) helping patients explore preferences and make decisions. This model rests on supporting a process of deliberation, and on understanding that decisions should be influenced by exploring and respecting “what matters most” to patients as individuals, and that this exploration in turn depends on them developing informed preferences (Elwyn G., 2012, p. 1361).

Denota-se em Portugal um esforço para envolver os doentes na elaboração de diretrizes clínicas e na criação dos serviços de saúde mental (O. Ribeiro & Paulino, 2018). Incluir as perspetivas dos doentes no aconselhamento das políticas de saúde mental garante que as políticas tenham em consideração as suas experiências e respondam às suas necessidades, originando políticas de saúde mental mais abrangentes e eficazes (Wallcraft, 2003), pode facilitar o combate ao estigma e preconceito social em torno da saúde mental (Henderson, 2014) e valorizar as suas vivências, experiências e conhecimentos, contribuindo para a sua *recovery* (Anthony, 1993).

O envolvimento das pessoas pode ser de diferentes tipos, desde a participação a nível estratégico (medidas e políticas) através de comissões, associações ou órgãos consultivos e de planeamento, até ao nível da prestação direta de serviços, através de formas diversas, como resposta a questionários de satisfação e qualidade, participação em atividades de gestão e avaliação, etc.

Os níveis de envolvimento também podem variar conforme o grau de compromisso e responsabilidade atribuída aos pessoas e familiares: receber informações acerca dos tratamentos e serviços disponíveis, suas características e implicações a longo prazo; ser consultado para a tomada de decisões sobre prioridades ou programas; participar em reuniões

ou grupos de planeamento, avaliação, investigação, formação ou outros; exercer controlo sobre decisões ao nível político de planeamento, atribuição de recursos e orçamentos, localização de serviços, etc. (Fazenda, 2008, p. 54).

A participação dos doentes e das suas famílias nos processos de tomada de decisão não apenas respeita sua autonomia, mas também ajuda a garantir que os serviços prestados vão ao encontro das suas necessidades e situações específicas. Como destinatários dos serviços de saúde mental, têm perceções e experiências únicas que podem enriquecer o processo de tomada de decisão, e o seu envolvimento garante que os serviços sejam não apenas definidos pelos profissionais que lá trabalham e consequentemente identificar e mobilizar melhor as suas potencialidades e recursos, fomentando a sua capacidade para enfrentar os desafios e promover mudanças nas suas vidas (White & McCollam, 2000).

A participação dos doentes nos cuidados de saúde mental, é uma mudança necessária que promove melhores resultados: em termos de ganhos em saúde, capacitação do doente, criação de legislação e políticas que respondam melhor às necessidades dos doentes e combate ao estigma.

2.5 Os impactos da Pandemia COVID-19 na priorização da saúde mental

O ano de 2020 ficará sempre associado à pandemia de COVID-19, que trouxe impactos profundos em diversas áreas, incluindo a saúde mental.

Em Portugal, a legislação relacionada à saúde mental sofreu transformações significativas, impulsionadas pela necessidade de enfrentar os desafios decorrentes da pandemia, como o isolamento social, o medo de contaminação, as dificuldades económicas e as alterações abruptas nas rotinas diárias.

Inicialmente, o Decreto-Lei n.º 10-A/2020, de 13 de março, introduziu medidas excepcionais e temporárias para mitigar os efeitos da crise sanitária, incluindo adaptações específicas para os serviços de saúde mental. Este diploma facilitou a continuidade dos cuidados ao permitir a realização de consultas não presenciais e ao promover a reorganização dos serviços para responder ao aumento da procura. Foi o ponto de partida para uma resposta coordenada à crise.

A nova realidade obrigou os serviços de saúde mental a adotar ferramentas como a telemedicina, que até então eram vistas como difíceis ou inviáveis de implementar. Apesar dos avanços, este período também evidenciou desigualdades no acesso aos serviços de saúde mental, com muitas pessoas enfrentando barreiras significativas para obter os cuidados de que necessitavam.

O ano de 2020 foi um ano intenso, com novas realidades, pautado por perda de liberdade e com impactes ainda maiores em indivíduos com perturbação mental. As pessoas foram forçadas a uma nova forma de estar, à comunicação online e através das redes sociais. Implementaram-se rotinas inovadoras e uma diferente etiqueta social. Fomos assistindo a exemplos de criatividade e de respostas diversas para fazer frente ao isolamento e estamos todos, diariamente, a ser postos à prova. Recorreu-se ao teletrabalho, telescola, telemedicina e telepsiquiatria. Estamos perante múltiplas crises, resultantes de um efeito de spill over, isto é, um efeito de repercussão, neste caso, o efeito de uma pandemia viral na saúde, na educação, no trabalho, no equilíbrio trabalho-família, na economia, e um profundo impacto nas relações sociais (Heitor, 2020, p. 96).

Foi uma fase de adaptação ao confinamento e a restrições impostas para conter a disseminação do vírus, em que toda a população enfrentou grandes desafios, mas que nas crianças assumiu especial relevo, porque perturbaram as suas rotinas e interações sociais habituais. O isolamento social, a interrupção da educação presencial e a intensa convivência familiar, foram fatores de instabilidade para muitos dessas crianças.

Cerca de 70% dos jovens nos EUA experienciaram um aumento de sintomas relacionados com a saúde mental no contexto da pandemia. A incapacidade para sair com família e amigos, a escola online e estar preso em casa com a família foram os três principais stressores apontados na população estudada (4-H, 2020).

No fim do ano de 2021, foram introduzidos o Decreto-Lei 113/2021 de 14 de dezembro e a Portaria 311/2021 de 20 de dezembro, que delinearam os princípios gerais e as regras para a organização e funcionamento dos serviços de saúde mental.

Estes diplomas procuraram fortalecer a rede de suporte local e melhorar a coordenação entre os diferentes níveis de serviços de saúde mental, promovendo uma abordagem mais integrada e comunitária que se estendeu para além do contexto pandémico.

O decreto lei define que os cuidados de saúde mental devem ser prestados por instituições do SNS, bem como por entidades privadas e do setor social, centrando a prestação de cuidados nas necessidades específicas das pessoas e promovendo a sua assistência no nível comunitário, no ambiente menos restritivo possível. Um dos princípios fundamentais é que as unidades de internamento para pessoas em fase aguda de doença mental devem estar localizadas em serviços de saúde mental locais ou regionais. A organização dos serviços deve-se orientar para a recuperação integral dos doentes, assegurando que todos os serviços e organismos públicos com intervenção direta ou indireta na área da saúde mental estejam envolvidos, incluindo setores como justiça, ciência e tecnologia, educação, trabalho, habitação, solidariedade e segurança social. A execução das políticas e dos planos de saúde mental deve ser regularmente avaliados, com a participação de entidades independentes, incluindo representantes de associações de pessoas e familiares. O funcionamento dos serviços de saúde mental deve promover a participação da comunidade e dos cidadãos, além do envolvimento de associações de pessoas e familiares, por meio do acompanhamento das atividades e da apresentação de recomendações. Devem ser implementadas outras formas de participação ativa, como o voluntariado, para colaborar em atividades dos serviços de saúde mental, especialmente no apoio domiciliário, reabilitação psicossocial, inserção na comunidade e ações de educação para a saúde.

A Portaria n.º 311/2021 complementa essas diretrizes, detalhando os requisitos técnicos e organizacionais para o funcionamento das unidades de saúde mental, incluindo a formação contínua dos profissionais e a implementação de práticas baseadas em evidências. Reforça ainda a necessidade de auditorias regulares e avaliações de qualidade para manter altos padrões de atendimento e prevê a criação de programas de sensibilização e educação para a saúde mental, envolvendo a comunidade num esforço conjunto para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Com o Decreto-Lei 52/2022 de 04 agosto, que reformulou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, a saúde mental ganhou ainda mais ênfase como uma parte integral da saúde pública em Portugal. Este estatuto não só promoveu a equidade no acesso aos tratamentos de saúde mental como também reiterou a necessidade de uma visão holística que interliga a saúde mental e física, sublinhando a importância de um sistema de saúde que responda eficazmente a ambas as necessidades.

Mais recentemente, a nova lei de saúde mental, Lei 35/2023, introduziu mudanças profundas na forma como os cuidados são percebidos e administrados.

Consolidou os direitos dos doentes, garantindo o acesso universal e atempado aos serviços e promovendo a desinstitucionalização. Esta lei prevê que a pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental seja apoiada ou representada, no exercício dos mesmos, pelo acompanhante (ao abrigo do regime do maior acompanhado), pelo procurador de cuidados de saúde, pelo mandatário, pela pessoa que exerça as responsabilidades parentais, a tutela ou a quem tenha sido confiada, e prevê a figura, intencionalmente informal, da pessoa da confiança (pessoa escolhida por quem tem necessidade de cuidados de saúde mental e por si expressamente indicada para, com a sua concordância, lhe prestar apoio no exercício dos seus direitos). Além disso, reconfigura o tratamento involuntário, que substitui o internamento compulsivo, e que agora pode ser aplicado quando o tratamento prescrito é recusado, mas necessário para prevenir riscos para o próprio ou para terceiros. Este tratamento é considerado uma medida de último recurso, devendo ser proporcional à gravidade da doença e ao risco envolvido, com o objetivo de garantir a segurança e o bem-estar do doente e da comunidade. Sempre que possível, deve ser realizado em ambulatório pelos serviços locais de saúde mental, evitando-se o internamento, a menos que seja estritamente necessário para garantir a continuidade de cuidados.

Nos últimos anos, tem-se verificado uma crescente pressão social e mediática para que a saúde mental receba maior investimento e prioridade. Em 2023, a União Europeia deu um passo significativo ao reconhecer a saúde mental como uma área prioritária, equiparando sua importância à da saúde física. Neste contexto, foi lançado um plano abrangente que inclui 20 iniciativas de destaque e aloca 1,23 biliões de euros para o financiamento de medidas que promovam a prevenção eficaz e o acesso a cuidados de saúde mental de alta qualidade.

Before the COVID-19 pandemic, 1 in 6 people in the EU suffered from mental health issues. This situation has worsened with the unprecedented crises experienced over the past years. The pandemic has placed additional pressures on people's mental health, especially among the young and those with pre-existing mental health conditions. To tackle this crisis, the European Commission is putting mental health on par with physical health by introducing 20 flagship initiatives and €1.23 billion in funding from different financial instruments (União Europeia, 2024).

A OMS também reitera a preocupação de na Europa uma em cada sete pessoas viverem com problemas de saúde mental e, embora tenha ganho destaque na agenda da saúde, o número de pessoas que recebem os cuidados necessários ainda é insuficiente, em grande parte devido à diminuição do número de profissionais de saúde mental. De 2017 a 2020 o número de profissionais diminuiu de 50 por 100 000 habitantes para cerca de 45 por cada 100 000, o que origina grandes tempos

de espera e maior possibilidade de *burnout* dos profissionais de saúde mental (World Health Organization, 2024). Destaca também que a proliferação da doença causada pelo vírus COVID-19, a Guerra da Ucrânia, o aumento do custo de vida, bem como os múltiplos desastres naturais e eventos climatéricos extremos, evidenciam a necessidade urgente de proteger a saúde mental das pessoas. Nesse sentido, encoraja os estados membros da União a aumentar o orçamento total atribuído à saúde mental.

It is time for the WHO European Region to invest in and design better mental health systems at this time of permacrisis. The WHO Regional Office for Europe is calling on its 53 Member States to: rethink what mental health systems look like; listen to the people who operate in those systems, especially health workers and people with lived experience, in shaping the implementation of mental health policies; invest mental health budgets better, across a variety of types of mental health support (World Health Organization, 2024).

It is encouraging that countries are investing in mental health systems more than in the past. However, in most European Region Member States, the average share of the total health budget assigned to mental health is still only about 3.6%. Worse still, globally, large mental hospitals continue to receive the lion's share, despite not being regarded as effective for recovery (World Health Organization, 2024).

A OCDE, ao descrever o perfil de saúde de Portugal, também destaca a necessidade urgente de aumentar os recursos e a eficiência dos serviços de saúde mental, enfatizando a importância de estratégias a longo prazo entre os diferentes setores da saúde para enfrentar os desafios atuais e futuros

Os fluxos de investimento de capital no SNS português deverão receber um impulso significativo nos próximos anos através do Plano de Recuperação e Resiliência de Portugal (PRR), um pilar fundamental da resposta da UE à crise provocada pela pandemia de COVID-19. O PRR afetou 1,38 mil milhões de EUR (8,3 % da sua dotação total) à execução de nove investimentos e três reformas destinados a melhorar a acessibilidade, a eficiência e a sustentabilidade do SNS português até ao final de 2026. Um terço do orçamento do PRR para a saúde será dedicado à expansão dos serviços de cuidados primários, enquanto que 87 135 600 EUR são direcionados para a implementação da reforma da saúde mental e da estratégia para as demências, historicamente com défice de investimento. Estes investimentos serão complementados pela programação da política de coesão da UE para 2021-2027, estando previsto que Portugal invista um total de 315,8 milhões de EUR no seu sistema de saúde, dos quais mais de 80% serão cofinanciados pela UE. O Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional contribuirá com mais de 300 milhões de EUR para a aquisição de equipamento médico, o desenvolvimento de instalações de cuidados de saúde e a renovação do SNS português. Além disso, cerca de 10 milhões de EUR do Fundo Social Europeu Mais (FSE+) financiarão medidas destinadas a melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde nas regiões menos desenvolvidas (Organization for Economic Co-operation and Development /European Observatory on Health Systems and Policies, 2023, pp. 20-21).

Os últimos anos foram marcados por mudanças profundas ao nível da saúde mental, impulsionadas sobretudo pela pandemia de COVID-19, que trouxe uma série de desafios e alterações significativas ao nível dos serviços de saúde, permitindo consultas não presenciais e reorganizando toda a estrutura dos serviços para responder ao aumento crescente destes serviços.

A nível legislativo foram estabelecidas novas diretrizes para fortalecer e melhorar os serviços de saúde mental, promovendo uma abordagem integrada e comunitária. Houve também uma maior valorização da saúde mental, reconhecida como uma componente essencial da saúde pública.

Este período foi marcado por uma rápida adaptação às realidades impostas pela pandemia, acompanhada por uma crescente pressão social e mediática para se investir muito mais e colocar prioridade na saúde mental. Tanto a União Europeia, como a Organização Mundial de Saúde, destacaram a importância de criar respostas de saúde mental mais resilientes e inclusivas, capazes de responder eficazmente às necessidades emergentes da população.

Serviço Social, uma cultura multidisciplinar na saúde mental

Neste capítulo, será abordado o papel do Serviço Social como promotor de uma cultura multidisciplinar na saúde mental, especialmente no contexto da infância e adolescência, destacando a importância da colaboração entre profissionais de diferentes áreas. Para compreender esta relação, é essencial refletir sobre a evolução da profissão. O Serviço Social emergiu no final do século XIX e início do século XX em resposta às desigualdades sociais e às necessidades de apoio à saúde e bem-estar. Desde o início, o Serviço Social esteve intrinsecamente ligado à área da saúde, desempenhando um papel vital no apoio psicossocial dos doentes e na integração de cuidados médicos e sociais. Em Portugal, esta relação foi formalizada a partir do século XX, com médicos e intelectuais a defenderem a importância de profissionais qualificados para intervir nas condições de saúde pública e social dos mais pobres. Ao longo dos tempos, a profissão consolidou-se como uma área de conhecimento científico, ampliando seu campo teórico e metodológico, e reafirmando o seu compromisso com os direitos humanos. Atualmente, o assistente social é reconhecido como uma figura central na promoção do trabalho multidisciplinar em saúde mental. Ao atuar em equipa com outros profissionais, mobiliza recursos e garante que as intervenções são holísticas e adequadas às necessidades das pessoas. Este trabalho colaborativo é fundamental para enfrentar os desafios complexos da saúde mental, promovendo a autonomia, a recuperação e a inclusão social das pessoas.

3.1 O percurso da profissão

O conhecimento do Serviço Social constitui uma área específica de saberes que sustenta uma prática baseada em fundamentos sólidos e confere uma identidade própria à profissão. Estes saberes são validados por organizações internacionais como a associação e a federação que estabelecem os seus fundamentos teóricos e os standards para a prática profissional e para o ensino da profissão (International Association of Schools of Social Work, 2018; International Federation of Social Workers, 2018). É um saber que embora influenciado por outras disciplinas, também possui um conhecimento próprio, consolidado através da experiência e sistematização do exercício da profissão. Enquanto disciplina científica integra as ciências sociais, as várias abordagens teóricas que pressupõem diversas visões epistemológicas e ontológicas e fabrica o seu próprio corpo teórico e de investigação.

O seu conhecimento é suportado pela racionalidade reflexiva da prática profissional e combina conhecimentos teóricos com conhecimentos empíricos e técnicos. Desde os seus primórdios que a profissão de assistente social se estruturou no agir, criando limites às suas potencialidades de estudar

a realidade social. A génese do conhecimento em Serviço Social confunde-se com o próprio ser humano, nasce da relação fundamental do homem com a natureza e é produto do trabalho humano, autocriação do ser social, constituindo o seu objeto a pessoa-sociedade (Healy, 2001).

Neste contexto, o Serviço Social foi-se consolidando com influências dos movimentos de investigação e de reforma social, do nascimento do social como ciência, do início da intervenção do Estado na área social e dos movimentos que possibilitaram o surgimento de organizações de caridade, as *Charity Organization Societies* (COS), e os *Settlements e Hull Houses*. Acrescenta-se ainda o “movimento feminista de primeira vaga (luta por direitos cívicos e políticos) e os movimentos dos trabalhadores (direitos sociais)” (Gallego, 2009, p. 24). “O Serviço Social foi o resultado de esforços para racionalizar e coordenar as múltiplas obras religiosas e filantrópicas, cujos objectivos centrais eram a educação e a integração da classe operária na nova sociedade industrial” (Santos, 2011, p. 662)

A profissão do Serviço Social emerge em final do século XIX e princípios do séc. XX, inicialmente como visitadoras sociais das classes mais pobres, demarcando-se dos visitantes de saúde (futura profissão de enfermagem).

Mary Richmond²⁴ (1861-1929), pioneira do Serviço Social, considerada a fundadora da profissão de Serviço Social, foi influenciada por várias correntes de pensamento, desde a antropologia até à intervenção de Florence Nightingale, pioneira na área de enfermagem. Sistematizou o método do “Serviço Social de Caso” e introduziu como instrumentos fundamentais para a prática do Serviço Social a visita domiciliária, orientada para a observação da pessoa no seu contexto, e o diagnóstico social, argumentando que a ação profissional dos assistentes sociais se centrava na pessoa com relação com o seu meio ambiente, tendo em consideração a questão da interdependência e das diferenças individuais, não só no sentido do respeito pela pessoa, mas defendendo que o mesmo não deve ser efetuado em contextos autoritários e opressivos (Richmond, 1922).

A proposta da autora procurava responder a “novas formas e estratégias para bem realizar essa nova atividade profissional, por ela concebida como uma operação essencial para a reintegração do ser humano na sociedade” (Martinelli, 2003, p. 9). Com as suas contribuições Mary Richmond profissionalizou o Serviço Social, sistematizando os conhecimentos adquiridos, que obteve através da sua experiência como visitadora domiciliar nas Sociedades de Organização de Caridade(COS)²⁵ e posteriormente como diretora dessas organizações nos EUA.

²⁴ Esta pioneira do Serviço Social publicou vários livros entre eles “*Friendly visiting among the poor: a handbook for charity workers*” em 1899; o *Social Diagnosis* em 1917; e o livro *What is social work cases?* em 1922.

²⁵ “Os registos históricos apontam para a presença dos “visitadores domiciliares” nas equipas de saúde antes de 1890, tendo sido esta a primeira face visível do Serviço Social nos Estados Unidos da América na viragem de século.” (Guadalupe, 2011). As visitadoras tinham como objetivo moralizar os pobres a partir da definição de critérios de apoio social e da aplicação de inquéritos às condições sociofamiliares (M.I. Carvalho, 2012; Mouro, 2001).

Nesta ação o assistente social considerava: a questão da interdependência; as diferenças individuais, isto é que todas as pessoas são diferentes; os princípios da ação; os campos onde pode ser aplicado o *case work* nomeadamente, no domicílio, na escola, no trabalho, no hospital e nos tribunais; as inter-relações na intervenção; assumindo a importância da questão da democracia no *case work*, não só no sentido do respeito pela pessoa, mas defendendo que o mesmo não deve ser efetuado em contextos autoritários e opressivos (Richmond, 1922).

Os conhecimentos de Mary Richmond rapidamente se difundiram, aliados à fundação de escolas de Serviço Social para formar assistentes sociais²⁶. Assumia que a atividade de “Assistência Social” deveria ser profissionalizada.

Num enquadramento de mudança social reformista a profissão do Serviço Social emergiu com um duplo propósito: influenciado pelo positivismo pretendeu ser uma resposta às desigualdades sociais e teve como foco principal a família, o trabalho e a saúde. O Serviço Social, trabalhou para lidar com problemas sociais e influenciar as normas, valores e princípios da população. Isso incluía influenciar estilos de vida e condições sociais, mas também foi influenciado por uma abordagem funcionalista da liberdade, em que se demonstrou vontade de combater a desigualdade, ao mesmo tempo que defendia a necessidade de reivindicar os direitos dos cidadãos e criticar o *status quo* estabelecido (Moura, 2006).

Daqui se compreende que a emergência da institucionalização do Serviço Social nos finais do século XIX possa ser justificada no quadro de vários raciocínios: como uma profissão que resulta de uma dinâmica histórica do aperfeiçoamento da “arte de bem-fazer”; como uma profissão de obreiras sociais que se servem de uma “química social” para relativizar o corte epistemológico que a sociedade capitalista fez com o modelo clássico de práticas herméticas de regulação social; ou ainda como uma sub-profissão ligada ao desenvolvimento das necessidades sentidas pelas ciências sociais em reutilizar a prática de ajuda social para sufragar as exigências decorrentes do progresso do mercado científico e das mudanças do modelo de gestão política dos problemas sociais (Mouro, 2001, p. 31)

Para além de Mary Richmond a ligação do Serviço Social a uma corrente de pensamento mais crítica está associada a Jane Addam²⁷, uma figura de referência para o Serviço Social, sobretudo nas abordagens de base comunitária e inclusiva. A sua capacidade de ação crítica manifestou-se na luta pelos direitos cívicos das mulheres. Além disso, foi a fundadora da *Hull House*²⁸, uma instituição pioneira que promovia o bem-estar social e o *empowerment* das comunidades mais vulneráveis. Associou a intervenção do Serviço Social a uma ação sociopolítica.

²⁶ A primeira escola europeia de Serviço Social surgiu na Holanda em 1899 (Santos, 2011).

²⁷ Sufragista, defensora dos direitos humanos e presidente da liga internacional das mulheres para a paz e liberdade em 1920.

²⁸ Projeto de desenvolvimento comunitário e cultural iniciado em Chicago.

A institucionalização do Serviço Social foi uma resposta direta à necessidade de intervenções médico-sociais em contextos de grande vulnerabilidade, marcados por eventos como guerras (Primeira Guerra Mundial, 1914-1918), migrações em massa, condições de vida precárias, e pandemias (por exemplo: a gripe espanhola de 1918). Estes contextos extremos evidenciaram a necessidade urgente de uma abordagem organizada e profissional para lidar com as emergências sociais e de saúde que surgiam.

Foram períodos que requereram uma abordagem integrada que combinasse suporte médico, psicológico e social, exigiam a criação de serviços sociais que pudessem responder de forma eficaz às necessidades emergentes de grandes grupos de pessoas, frequentemente em condições de extrema precariedade. A profissionalização e institucionalização do Serviço Social, por meio da criação de escolas e programas de formação específicos, além do estabelecimento de associações profissionais e federações internacionais, solidificaram a posição desta área como uma disciplina essencial e autónoma dentro das ciências sociais. Assim, a profissão embora beneficie do contributo de outras disciplinas, foi capaz de desenvolver um corpo teórico próprio (que resulta da combinação do conhecimento empírico, pesquisa científica e reflexão, desenvolvida a partir da prática e da análise crítica da realidade social) e métodos de intervenção, preparando os assistentes sociais para enfrentar uma variedade de desafios em diferentes contextos sociais e de saúde, marcando sua relevância até os dias atuais.

3.2 A relação do Serviço Social com a saúde

Na emergência da profissão, a relação entre o Serviço Social e a saúde é de tal forma forte que “mais do que intensa, tal relação é, na verdade, histórica, sendo mesmo constitutiva da sua identidade profissional” (Martinelli, 2003, p. 9). A saúde foi uma das primeiras áreas onde o Serviço Social se desenvolveu como atividade e como profissão. A sua emergência inscreve-se no século XX, na estrutura hospitalar pioneira, o Hospital Geral de Massachusetts, através de Richard Cabot, em 1905, cuja medicina desenvolvida se centrava sobretudo na modificação dos comportamentos (medicina social). Considerava que a intervenção do assistente social como “um valioso instrumento tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento médico-social dos pacientes ambulatoriais ou internados, e indispensável nas equipas de saúde” (Martinelli, 2003, p. 10).

As principais ações desenvolvidas por estes profissionais eram as visitas pós-alta, apoio na realização da dieta e na administração da medicação, verificação das condições de vida, sociais e económicas, orientação sobre precauções diversas relacionadas com a doença e obtenção de ajuda financeira para o doente (Friedlander, 1969).

Portugal, a par com outros países europeus, instituiu a formação do Serviço Social na década de trinta do século XX, influenciado pelo movimento de construção e institucionalização do Serviço Social em toda a Europa, que agia como um mecanismo de intervenção e controlo sobre os mais pobres.

No entanto, o contexto português apresentou características distintas em relação aos países do Centro e Norte da Europa, o Serviço Social foi instituído por um regime ditatorial, predominantemente ligado a entidades privadas de carácter religioso, e não como parte de um processo de democratização ou de expansão de direitos civis, políticos e sociais. Contrariando a inclusão desses direitos, o modelo político português perpetuou as desigualdades sociais (Carvalho, 2012b).

As primeiras iniciativas para o surgimento do Serviço Social na saúde deveram-se a médicos conhecedores da realidade de outros países, que defendiam perspetivas higienistas e de medicina social, como Ricardo Jorge,²⁹ José Alberto de Faria,³⁰ Branca Rumina,³¹ e Sara Benoliel,³² entre outros.

²⁹ Ricardo Jorge (1858-1939) médico, epidemiologista, investigador, higienista e humanista, divulgou as primeiras noções de saúde pública.

³⁰ José Alberto de Faria (1888-1958) seguidor de Ricardo Jorge, médico, epidemiologista, subdelegado de saúde, esboçou a higiene social, fundando dispensários.

³¹ Branca Rumina (1898-1988) médica e higienista, desenvolveu uma extensa atividade de propaganda no âmbito da higiene e assistência infantil. Lecionou a cadeira de higiene social no Instituto de Serviço Social.

³² Sara Benoliel (1898-1970) médica, primeira pediatra em Portugal, fundadora do jardim escola para as crianças internadas no Hospital de Dona Estefânia e do Auxílio Maternal, creche e jardim de infância para os filhos dos trabalhadores dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

Já em 1924 José Guilherme Pacheco de Miranda,³³ no Sanatório Popular de Lisboa, influenciado pelos serviços médicos americanos, considerava que

o principal objectivo do Serviço Social era “organizar e estudar os factores de decadência e de miséria afim de concorrer para a sua superação,”³⁴ devendo as assistentes sociais fazer o diagnóstico social dos casos considerados, tentar diminuir a acção dos factores de decadência e de miséria que intervierem na génese da doença social diagnosticada e empregar todos os esforços, recursos, boas vontades individuais, meios materiais e os fundos postos à disposição do Serviço Social por pessoas e colectividades caritativas para as suprimir” (A. Martins, 1999, p. 76).

Também Branca Rumina,³⁵ uma intelectual da época que efectuou o curso superior de higiene e de especialização das Universidades de Paris e de Bordéus, em 1925 advoga a necessidade de profissionalização das assistentes sociais para intervir no sanatório: “a assistente social é alguém encarregado de completar a obra do médico, ocupando-se do doente no hospital e na sua saída” (A. Martins, 1999, p. 78). Em 1929, para além de advogar a criação do Serviço Social hospitalar, apresenta a tese de que a assistência social nas Misericórdias de Lisboa e Porto deveria ser feita por profissionais.

A assistente social inquirirá sobre os recursos da família, saúde dos seus membros, condições de alojamento, maneira como a mãe mantém a “ménage”, como cuidar da higiene alimentar da família, qual a moral desta, etc., mas uma inquirição sobretudo com particular cuidado, qual o motivo por que o indivíduo caiu na miséria para combater na medida do possível. É este um dos fins basilares do Serviço Social (Rumina, 1929, p. 151)

Em 1932 a médica Sara Boneli, promoveu a realização de inquéritos sociais, com o objetivo de “esclarecer a ação clínica, sendo completados pelo serviço de assistência social que visita as crianças e as famílias” (A. Martins, 1999, p. 79).

Desta forma a profissão de Serviço Social surge assim intimamente ligada a instituições de saúde que pretendiam superar a caridade religiosa ou laica, num período caracterizado por ideais de liberdade e igualdade, e com o objetivo de cuidar dos mais pobres e lhes proporcionar proteção social.

³³ Elaborou o Breviário das Senhoras Assistentes do Serviço Social do Sanatório que advogava: “necessidade: de ordem e método no trabalho, de se adaptar ao meio em que trabalha e não pretender o inverso, de ser ativa, não ser utópica, não semear esperanças irrealizáveis, ser inteligente, ter bom senso e discernimento, possuir espírito de dedicação, acreditar no poder dos serviços sociais, inspirar confiança e mostrar resultados práticos da sua atividade, demonstrar grande tato e diplomacia junto dos directores das obras a que recorre, colaborando intimamente com eles, manter-se sempre da sua esfera de ação que é imensa” (A. Martins, 1999, pp. 76-77).

³⁴ Miranda, J. G. Pacheco (1926), O Serviço Social do Sanatório Popular de Lisboa, Tuberculose. s.l., s.n

³⁵ No II Congresso das Misericórdias, 1929.

Paralelamente a esta visão médico-social, que aclamava a necessidade de formação para a assistência, o Estado³⁶ estabelece uma nova relação com a Igreja e é o próprio Estado a expressar a necessidade de formação que também sirva como instrumento de propaganda e a doutrina, visando transmitir valores e ideologias alinhados com os interesses estatais e religiosos junto dos mais pobres. Nesse contexto, a assistência aos mais necessitados não é vista apenas como uma ação humanitária, mas também como uma oportunidade de controle social

No I Congresso da União Nacional³⁷ a Condessa de Rilhas,³⁸ a pedido de Salazar, apresenta uma tese alternativa para a área do Serviço Social, referindo que “a assistência curativa, é boa e necessária” (Rilhas, 1935, p. 172) e

para a luta contra o pauperismo, a miséria, a desmoralização, mãe da miséria, não basta somente mover as forças materiais e científicas, deve apelar-se para todas as forças morais e espirituais – que só elas podem sêr as alavancas da renovação moral, base do progresso material. E a grande força moral é a religião (Rilhas, 1935, p. 176).

Bissaya Barreto,³⁹ responsável pela seção de medicina social no I Congresso da União Nacional, expressa a necessidade da criação do Serviço Social (A. Martins, 1999, p. 224), “atribui à organização dos serviços de Medicina Social não só uma função de prevenção das doenças, mas também a introdução duma perspectiva moralizante na ação de educar para a prática dos princípios básicos da higiene e do aperfeiçoamento moral do indivíduo” (Barreto, 1935, p. 146).

Nas conclusões do I Congresso ficou expresso que a Igreja e o Estado estão de acordo que a intervenção junto dos mais pobres tem que ter presentes conhecimentos científicos, por forma a reforçar o poder, e que é necessário criar Escolas de Serviço Social em Coimbra, Lisboa e Porto.

Em 1935 é inaugurada a primeira escola para assistentes sociais, o Instituto do Serviço Social de Lisboa, por iniciativa do Patriarcado de Lisboa, com suporte jurídico da Associação de Serviço Social. Inicia o seu funcionamento com estatuto de ensino particular e feminino sob a direção da Condessa de Rilhas e com direção técnica de Marie Thérèse Lévêque.⁴⁰ Em 1937 é criada a Escola Normal Social em Coimbra, “pela Congregação Franciscanas Missionárias de Maria, tendo a anuência da Junta da Província da Beira Litoral, presidida pelo Professor Bissaya Barreto” (A. Martins, 1999, p. 231).

³⁶ É o início do Estado Novo (regime político ditatorial que vigorou em Portugal durante 41 anos, desde a aprovação da constituição de 1933 até à Revolução do 25 abril, em 1974).

³⁷ Partido único do Regime Salazarista.

³⁸ De nome Isabel Bandeira de Melo, aristocrata, baseou-se no modelo das irmãs Franciscanas de Maria que dirigiam a escola de Liège para fundamentar a sua proposta.

³⁹ De nome Fernando Baeta Bissaya Barreto Rosa, Professor de Medicina da Universidade de Coimbra e político. Foi deputado à Assembleia Nacional Constituinte em 1911, dirigente do Partido Republicano Evolucionista e posteriormente da União Liberal Republicana. Foi destacado dirigente da União Nacional.

⁴⁰ Nascida em França em 1901, era técnica da empresa Citroen e possuía os diplomas de enfermeira da Cruz Vermelha e de Serviço Social no Bedford College for Women, da Universidade de Londres.

Barahona Fernandes em 1937 desenvolveu na consulta externa do Manicómio Miguel Bombarda múltiplas atividades, entre as quais é de destacar os “ensaios práticos de higiene mental para adultos (...) com as alunas do Instituto Superior de Serviço Social que (...) fizeram numerosos inquéritos familiares e sociais sobre os casos de consulta e internados” (Fernandes, 1981, p. 6). Este foi o primeiro ensaio para a instalação do Serviço Social nos Hospitais Psiquiátricos, que só aconteceu após a abertura do novo Manicómio do Campo Grande, com o nome de Júlio de Matos, em 02 de abril de 1942.

Neste período estava em causa a alteração do modelo médico, que passou a integrar os fatores sociais no tratamento, contribuindo para a expansão e uma maior integração do Serviço Social na área da saúde em geral. “O trinómio higiene, educação e saúde (...) caracteriza o Serviço Social nas suas origens, tendo deixado marcas bastante profundas na sua identidade e no modelo clássico de Serviço Social” (Martinelli, 2003, p. 10).

Neste período, a “incumbência do Serviço Social era a redacção de relatórios sociais que descrevessem a situação e as condições habitacionais e de trabalho dos doentes” (Martinelli, 2003, p. 10).

Era uma época em que as preocupações passavam pelo higienismo social, controlar os pobres em termos de higiene e saúde pública.

Os hospitais eram na época, pouco mais que um refúgio asilar para os pobres e doentes, onde o Serviço Social tinha como missão ensinar as boas práticas de higiene, com vista ao controle das doenças e das epidemias, e a integração colectiva de normas e valores construídos, no início pelos detentores do poder real e simbólico, que eram reordenados pelos assistentes sociais para um humanismo impregnado de religiosidade (Carvalho, 2003, p. 34).

Em 1939 é oficializado o ensino do Serviço Social em Portugal⁴¹ e são definidos os seus objetivos.

São dignos de apreço e valorização oficial todos os esforços para a elevação do nível de vida da gente portuguesa, quando se apoia em sãs doutrinas e os anima um verdadeiro espírito social. Entre tais iniciativas cumpre salientar pelas possibilidades que encerram de inexplorados horizontes a criação de escolas de formação social, onde se habilitem raparigas até de melhor condição para exercerem junto de fábricas, organizações profissionais e instituições de assistência, obras de educação colectiva, numa acção persistente e metódica de múltiplos objectivos – higiénicos, morais e intelectuais – em contacto directo com as famílias de todas as condições. Só poderá trabalhar com eficiência dentro desse imenso campo de acção, quem possua a par da vocação material mentalidade especialmente formada e firme (Mouro, 2001, pp. 69-70)

Assiste-se a uma comunhão dos valores do Estado Novo e da Doutrina Social da Igreja que origina o recrutamento de assistentes sociais para o Estado, segundo requisitos impostos por ele.

⁴¹ Através da publicação do Decreto-Lei n.º 30135 de 14 de dezembro de 1939.

A profissão de Serviço Social construiu-se na relação entre o desenvolvimento e progresso, bem-estar, o controlo e ordem social e “o cuidado e a atenção ao outro” – dignidade humana” (Carvalho, 2012a, p. 161). No entanto, no contexto do Estado Novo a intervenção do Estado em matéria de Serviço Social, utilizava a profissão como instrumento de poder, para reforçar o poder e promover a normalização e disciplinarização das pessoas. Era uma época caracterizada por uma abordagem institucional, refletindo uma filosofia que priorizava o controlo social e a organização estruturada da sociedade.

Em 1945, com o Decreto-Lei n.º 34.502 de 18 de abril, foram estabelecidos os princípios e diretrizes relativos à higiene mental e à orgânica dos serviços de saúde mental, onde se previu a existência de assistentes sociais no Hospital Júlio de Matos e se descrevem as suas funções.

A sua admissão era feita mediante concurso documental no qual se atenderá, além de habilitações profissionais, à idade e ao comportamento moral. Uma assistente social admitida no hospital, além de realizar inquéritos sociais junto das famílias, vigia os doentes no dispensário, exerce uma acção orientadora e educativa sobre os doentes e as famílias, trabalha com doentes hospitalizados, em regime aberto, prepara o meio, antes da alta, facilitando a sua readaptação à vida fora do hospital e prevenindo recaídas (A. Martins, 1999, p. 182).

O Serviço Social insere-se na psiquiatria nesta época, por ser uma das áreas mais desenvolvidas no âmbito da saúde, na linha do modelo médico-social (higienismo). Atribuía-se importância à relação entre as doenças psiquiátricas e os fenómenos sociais, originando que os problemas sociais assumissem maior importância.

O papel do assistente social baseava-se no acompanhamento das famílias para uma reintegração válida do doente no seu meio familiar. As famílias começaram a ser sensibilizadas para a dinâmica sociopatológica do doente e a dinâmica familiar era trabalhada com o objetivo de resolver conflitos familiares para uma futura reintegração socio familiar (Pichot & Fernandes, 1984).

A Lei da Organização Hospitalar 2011/46 de 2 abril de 1946 incluiu nos hospitais o Serviço Social e introduziu o diagnóstico social como complemento clínico.

Esta lei lança três aspetos que hoje ainda subsistem como caracterizando o Serviço Social na saúde: o seu carácter subsidiário, apenas intervindo quando havia necessidade de desbloquear fatores inerentes à situação da doença vivida pelo sujeito e entraves à sua recuperação e integração (regime de chamada, p. ex.); a sua função humanizadora, na relação trifacetada doente-família-médico; o seu papel mediador pela aplicação mais justa dos socorros, como então se dizia, considerando-o como elo de ligação entre os Serviços de Saúde e o meio social (Guadalupe, 2011, p. 109)

Foi neste contexto que José Alberto Faria, médico de saúde pública e Diretor Geral de Saúde, traduziu em 1950 para português o livro de Mary Richmond o diagnóstico social.⁴²

⁴² Publicado em Lisboa, pelo Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge em 1950.

No período subsequente foram criados grupos de trabalho para reflexão e avaliação das práticas do Serviço Social em contexto de saúde, dado que o “Serviço Social pretendia libertar-se de uma doutrina de higienismo social e de uma atuação assistencialista, paliativa e casuística, de forma a fomentar uma intervenção social que fosse sistematizada, promocional e global” (Ministério da Saúde, 1998, p. 5).

Em 20 de outubro de 1961, por despacho do Ministério da Educação Nacional, o Curso de Serviço Social foi reconhecido como curso superior.

O Estatuto de Saúde e Assistência (Lei 2120 de 15 julho de 1963) e os decretos subsequentes publicados em 1968, Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei n.º 48357/68 de 27 abril) e Regulamento Geral dos Hospitais (Decreto-Lei 48358/68 de 25 julho), estabeleceram um papel essencial para a consolidação do Serviço Social nos hospitais, enfatizando a importância da intervenção individual e familiar, de grupo ou comunidade e na execução da política social. Reconheceram a natureza da ação dos estabelecimentos hospitalares, como médica e social, incluindo o Serviço Social nos serviços assistentes sociais e colocando o assistente social no Conselho Técnico Hospitalar.

Foram ainda definidas como competências para o Serviço Social hospitalar colaborar com os serviços médicos para abordar as causas e consequências sociais das doenças, remediar crises ou carências dos doentes, através de contatos internos e externos e coordenar iniciativas de voluntariado e particulares (Guadalupe, 2011; Teles, 1990).

Em 1971, através do Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro, é reconhecida a necessidade de Serviço Social nos centros de saúde, “Artigo 56º Actividades dos centros de saúde (...) 2. Os centros de saúde concelhios poderão compreender as seguintes valências e actividades de apoio (...) h) Serviço Social”.

A revolução de abril em 1974 abriu caminho para uma prática politizada e crítica, e assistiu-se a mudanças políticas e sociais que originaram transformações institucionais, culturais e ideológicas.

A profissão de assistente social ganhou maior reconhecimento e importância com o início do processo de acreditação do grau de licenciatura, integração da formação em Serviço Social na universidade pública e exigência de habilitações específicas para o exercício da atividade. Os assistentes sociais consolidaram a intervenção na área da saúde, desenvolvendo um trabalho mais integrado e multidisciplinar.

A fase de reafirmação da profissão dá-se entre 1974 e 1990. A partir de 1974, a profissão desenvolveu-se a par com a implementação dos regimes democráticos a institucionalização das ciências sociais e com a assunção de responsabilidades sociais por parte do Estado. Esta mudança permitiu à profissão consolidar o seu estatuto profissional através da criação de associações profissionais, carreiras, definição de conteúdos funcionais, reconhecimento e valorização da formação académica, permitindo igualmente a reconfiguração dos cursos de bacharelato para licenciatura em 1989 e outras formações pós-graduadas com mestrados. O

Serviço Social desenvolveu, consolidou e reafirmou o seu papel profissional na sociedade portuguesa, contribuindo para melhoria de condições de vida e de padrões de bem-estar (Carvalho, 2012b, p. 57).

No ano de 1983 é publicado o Regulamento dos Centros de Saúde (Despacho Normativo 97/83 de 22 de abril) que define que o Serviço Social nos centros de saúde é constituído por técnicos especializados, calculando-se um técnico para cada 30.000 habitantes. A liderança deste serviço é determinada pela Administração Regional de Saúde, que nomeia um chefe baseado na recomendação do presidente da direção do centro de saúde. Esta estrutura tem como objetivo principal assegurar uma gestão eficaz e uma resposta adequada às necessidades sociais da população servida pelo centro.

As atribuições do Serviço Social são diversas: participação na definição, execução e avaliação das políticas de saúde locais, colaborando estreitamente com outros serviços para oferecer cuidados dirigidos à pessoa, à família e à comunidade. Os técnicos estão envolvidos em projetos de educação para a saúde como alimentação, planeamento familiar e prevenção do alcoolismo e uso de drogas; participação na recuperação e reabilitação das pessoas e acompanhamento daqueles que estão internados em lares e casas de repouso; a coordenação de voluntários também está entre suas atribuições, garantindo uma abordagem integrada e eficiente no atendimento às necessidades da comunidade.

Em 1991 foi criada a carreira de Técnico Superior de Serviço Social (Decreto-Lei 296/91 de 16 de agosto). Posteriormente em 1993, as suas funções em contexto Hospitalar forma definidas pela Portaria n.º 598/93 de 23 junho. Entre essas funções destacam-se: identificar situações de risco e de maior vulnerabilidade; fazer o acompanhamento e suporte social das famílias; avaliar a realidade social do utente e da família de modo que este constitua parte integrante do processo de formulação do diagnóstico psicossocial; intervir de modo sociopedagógico junto das famílias e do seu meio envolvente a fim de assegurar comportamentos facilitadores da autonomia e reabilitação da criança e do jovem; garantir a articulação das redes formais e informais de apoio à criança/jovem e à sua família; promover a qualidade e humanização dos serviços; atender e gerir queixas no âmbito do gabinete do utente.

No ano de 1998 é divulgado o documento “Serviço Social da Saúde” do Departamento de Recursos Humanos da Saúde do Ministério da Saúde, (o qual) organiza a informação e estrutura o enquadramento funcional do Serviço Social” (Guadalupe, 2011, p. 115).

Em 2002, através da Circular Normativa n.º 8 de 16 de maio de 2002, do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde, foram estabelecidas as funções dos assistentes sociais que vigoram atualmente nos serviços e estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde:

-Identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social das pessoas, elaborando o respectivo diagnóstico social; -proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos pessoas e das respetivas famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram, mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social; -proceder à investigação, estudo e conceção de processos, métodos e técnicas de intervenção social; -participar na definição, promoção e concretização das políticas de intervenção social a cargo dos respetivos serviços ou estabelecimentos; -definir, elaborar, executar e avaliar programas e projetos de intervenção comunitária na área de influência dos respetivos serviços e estabelecimentos; - analisar, selecionar, elaborar e registar informação no âmbito da sua intervenção profissional e da investigação; -assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar, em articulação com os parceiros da comunidade; -Envolver e orientar pessoas, famílias e grupos no autoconhecimento e procura dos recursos adequados às suas necessidades; -articular-se com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados; -relatar, informar e acompanhar, sempre que necessário e de forma sistemática, situações sociais problemáticas, em especial as relacionadas com crianças, jovens, idosos, doentes e vítimas de crimes ou de exclusão social (Portugal-MS, 2002: 1-2).

Apesar dos nove anos que separam a definição de funções de 1993, da de 2002, verificamos que esta não veio introduzir originalidades ao nível da prática profissional, mantém o enfoque na elaboração diagnóstica com o utente, estabelece o plano de ação e o acompanhamento, sempre com a envolvimento da comunidade. A sua novidade centrou-se na valorização da profissão não apenas na sua componente prática de intervenção, mas também como uma profissão produtora de conhecimento que tem o seu campo de investigação e que por consequência pode ajudar na definição e promoção de políticas de intervenção social.

Em 2004, o Serviço Social alcançou a consolidação da formação universitária, um processo iniciado em 1935 com o curso, ampliado em 1989 com a licenciatura, seguido pela introdução do mestrado em 1995 e culminado com o doutoramento nesse mesmo ano de 2004 (Ferreira J. , 2014).

Em 2006 com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 junho) foi definida a intervenção dos Assistentes Sociais em todos os níveis, das equipas de gestão de altas às equipas coordenadoras locais e regionais.

Ao nível da saúde, os assistentes sociais desenvolvem a sua intervenção nos cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares, cuidados continuados e no tratamento e reabilitação da toxicodependência, predominantemente como acompanhamento e suporte psicossocial às famílias e doentes, concretização de apoios económicos e sociais, preparação de altas, continuidade de cuidados no domicílio.

No ano de 2023 e preparando o alargamento do modelo organizativo das Unidades Locais de Saúde a todo o território nacional o Ministério da Saúde publica um documento técnico “Orientações

para a organização do Serviço social nas ULS”, definindo como competências para o Serviço Social nas ULS:

Avaliação dos aspetos biopsicossociais da saúde e do bem-estar e definição do plano de intervenção social adequado a cada situação; - provisão de serviços de aconselhamento e apoio social; - consultoria específica, ou em parceria com outros técnicos de saúde, sobre os fatores biopsicossociais e suas implicações para a saúde e bem-estar; - educação e formação nos aspetos biopsicossociais da doença e estratégias de intervenção; - desenvolvimento de ações de sensibilização, promoção e prevenção da saúde, com grupos e comunidades, promotoras do desenvolvimento e consolidação das suas capacidades; - promoção e participação na investigação em Serviço Social em Saúde; - supervisão técnica e deontológica das/dos assistentes sociais bem como supervisão de estágios curriculares na área do Serviço Social; - participação na organização de ações de formação a profissionais das ULS, na sua área de especialidade, em estreita colaboração com os Núcleos de Formação e Investigação; - realização de ações de formação nos territórios das ULS, na sua área de especialidade, em articulação com outros serviços e especialidades e parceiros da comunidade; - colaboração com os órgãos de direção, administração e gestão dos serviços de saúde na melhoria contínua dos serviços e satisfação dos pessoas; - integração de comissões e grupos de trabalho de âmbito institucional e interinstitucional; - participação na formação académica em Serviço Social, quando solicitado pelas instituições de ensino; - articulação com outros serviços da ULS e com estruturas da comunidade para assegurar o bem-estar do cidadão e a continuidade dos cuidados. (Associação dos Profissionais do Serviço Social e Comissão Instaladora da Ordem dos Assistentes Sociais, 2024, p. 4)

Define ainda que o Serviço Social é um serviço autónomo, hierarquicamente dependente do Conselho de Administração da ULS, dirigido por uma/um assistente social. A tomada de decisão entre a análise de necessidades e a alocação de recursos deverá realizar-se de forma concertada e direta entre o Conselho de Administração da ULS, o/a Diretor(a) do Serviço Social e o/a Coordenador(a) da Unidade de Serviço Social

3.3 O Serviço Social, conhecimento e profissão

Definir uma profissão, não é uma tarefa fácil, uma vez que esta depende não apenas da teoria, prática, ética e deontologia, mas também de ideologia, normas, regras, princípios e valores (Rodrigues, 2002).

A profissionalização do Serviço Social concentrou-se principalmente no desenvolvimento metodológico, ancorado nas ciências médicas e sociais, sem um acervo próprio de conhecimento. Este processo resultou numa dependência de quatro grandes teorias: o funcionalismo (reparadores), interpretativismo (os que procuram um sentido), o humanismo radical (os consciencializadores) e o estruturalismo radical (os revolucionários), que influenciaram a prática profissional (Howe, 1999).

A profissão de assistente social em Portugal é reconhecida desde a sua criação em 1935, com a abertura da primeira escola de Serviço Social em Lisboa, o Instituto Superior de Serviço Social. Este marco histórico representa a institucionalização da formação e da profissão no país (A. Martins, 1999).

Pensa-se que a primeira definição internacional⁴³ de Serviço Social adotada pela Federação Internacional de Assistentes Sociais (FIAS) é datada de 1957 e foi publicada em 1959. Define a profissão como uma abordagem sistemática de ajudar as pessoas e os grupos a se adaptarem à sociedade. Esta perspetiva considera o assistente social como um agente facilitador no desenvolvimento dos recursos internos das pessoas e mobilizador dos recursos externos. O Serviço Social é comparado a outras profissões, sendo reconhecido os seus conhecimentos especializados, princípios e técnicas específicas.

Social work is a systematic way of helping individuals and groups towards better adaptation to society. The social worker will work together with clients to develop their inner resources and he will mobilize, if necessary, outside facilities for assistance to bring about changes in the environment. Thus, social work tries to contribute towards greater harmony in society. As in other professions social work is based on specialized knowledge, certain principles and skills (International Federation of Social Workers, 2024b).

Em Portugal, em 1961 o curso de Serviço Social foi reconhecido como de ensino superior, mas não universitário. Em 1978, os profissionais mobilizaram-se e organizaram-se constituindo juridicamente a Associação dos Profissionais de Serviço Social (APSS). Esta associação em conjunto com as escolas de Lisboa e Porto, promoveram uma ação de luta pelo reconhecimento da licenciatura, que só viria a acontecer em 1989 (Carvalho, 2012b; Guadalupe, 2011; A. Martins, 1999). Estes esforços refletem a evolução e a crescente formalização do Serviço Social enquanto profissão em Portugal.

A nível internacional, em 1982 foi enfatizado o papel da profissão como promotor da mudança social, com a adoção da definição da FIAS, acordada em Brighton, Reino Unido, em que o Serviço Social é entendido como uma profissão cujo propósito é promover mudanças sociais na sociedade em geral e nas suas formas individuais de desenvolvimento (Sousa, 2017).

⁴³ O contexto internacional estava limitado à Europa.

A evolução do Serviço Social como área científica enfrentava desafios significativos, devido à falta de produção de conhecimento próprio e à ausência de investimento na pesquisa em Serviço Social, o que limitou o seu reconhecimento como disciplina nas ciências sociais e humanas.

O Serviço Social tem sido um consumidor do conhecimento produzido por outras ciências, como medicina, psicologia, antropologia, sociologia entre outras, devido ao perfil dos seus profissionais ser voltado mais para a intervenção e execução do que para a produção de saber.

Assim se compreende que o Serviço Social aquando da sua institucionalização profissional na sociedade moderna, tenha sido um bom recetor e consumidor do conhecimento produzido pelas ciências sociais e humanas, com as quais mantinha vínculos profissionais ou académicos. Isto porque quando se constituiu como profissão, não possuía um acervo de saber, uma vez que o perfil desenhado para os seus profissionais tinha sido pensado mais como de fazedor do que como de construtor de saber (Mouro, 2014, p. 30).

Só no período da sociedade pós-moderna, é que houve uma reconfiguração do Serviço Social, que passou a valorizar a pesquisa e a experiência profissional, promovendo uma "re-teorização" disciplinar que procura adaptar as teorias externas às especificidades do campo.

A relação estabelecida entre o Serviço Social e a teoria singulariza-se por, paradoxalmente (e sem negar explicitamente a sua função técnica atribuída por força da execução das políticas sociais, ou seja, na regulação e controlo das desigualdades sociais), se ter empenhado em dar sustentabilidade às práticas profissionais. Deste modo, e por força da defesa de paridade de tratamento profissional nas equipas multidisciplinares onde passou a ser integrado ou a integrar-se, e ainda por força concorrencial existente entre profissões sociais, desenvolveu um investimento na qualificação do seu saber-fazer. Definiu então, como novo propósito profissional, substanciar por via do conhecimento a sua ação (Mouro, 2014, p. 32).

Neste contexto, apesar das dificuldades, o Serviço Social iniciou um processo de aprofundamento e atualização das teorias desenvolvidas por outras disciplinas, valorização da experiência profissional, utilização de metodologias de pesquisa, bem como a investigação académica e profissional. Este processo muitas vezes não implica a criação de novas teorias, mas sim na aplicação, revisão ou renomeação (*relabeling*) de conceitos já existentes em outras disciplinas, que resultam muitas vezes em avanços metodológicos relevantes, como por exemplo os instrumentos de diagnóstico social.

Teorizar, produzir teoria em Serviço Social não é tarefa fácil, uma vez que a sua origem emerge de um conjunto complexo de conhecimentos, teorias, filosofias, ideologias de diferentes correntes de pensamento e faz apelo ao ecletismo e à multidisciplinaridade (Payne, 2002).

Na sua procura por autonomia epistemológica, o Serviço Social enfrenta assim o desafio de articular de forma eficaz a teoria e prática, onde o saber construído coletivamente, deve refletir tanto as contribuições de outras disciplinas, quanto a experiência dos assistentes sociais.

A Organização das Nações Unidas (ONU), em conjunto com a FIAS e a Associação Internacional de Escolas de Serviço Social, publicou em 1999 um Manual onde clarificou o âmbito da profissão do Serviço Social, tendo presente os seus padrões teóricos, metodológicos e éticos.

Os principais objetivos dos profissionais de Serviço Social foram definidos como o bem-estar e a realização pessoal dos seres humanos, o desenvolvimento e utilização disciplinada do conhecimento científico, relativo ao comportamento das pessoas em sociedade, o desenvolvimento de recursos, destinados a satisfazer necessidades e aspirações individuais, coletivas, nacionais e internacionais e a realização da justiça social (Organização Nações Unidas, 1999).

No ano seguinte, em 2000, em Montreal, Canadá, foi aprovado pela Federação Internacional de Assistentes Sociais a definição de Serviço Social que considerava que

a profissão de Serviço Social promove a mudança social, a resolução de problemas nas relações humanas e o reforço da emancipação das pessoas para a promoção do bem-estar. Ao utilizar teorias do comportamento humano e dos sistemas sociais, o Serviço Social intervém nas situações em que as pessoas interagem com o seu meio. Os princípios dos direitos humanos e da justiça social são fundamentais para o Serviço Social⁴⁴ (Associação dos Profissionais de Serviço Social, 2024).

Em 2010, em Portugal, a profissão de assistente social é definida na classificação Portuguesa de Profissões, no grande grupo Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas, grupo base Especialista do Trabalho Social (código 2635.0). É definido que a prática do Serviço Social opera em vários níveis, incluindo intervenções individuais, trabalho com grupos, bem como ações comunitárias e a formulação de políticas que visem alterar as estruturas sociais que contribuem para a exclusão social, a discriminação, a opressão e a pobreza.

Assistentes sociais são, portanto, frequentemente encontrados a trabalhar numa variedade de contextos: em quase todos, se não todos, os Ministérios da administração central do Estado (dos quais se destaca os mais representativos, Segurança Social, Saúde, Justiça, Educação), autarquias (Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia), Instituições não governamentais (IPSS, Misericórdias, ONG, Associações, Cooperativas, entre outras) e em empresas privadas.

Estes profissionais desenvolvem

funções e tarefas que consistem, particularmente, em: entrevistar indivíduos, famílias ou grupos para avaliar situações e problemas e determinar os serviços necessários; analisar a situação dos indivíduos e apresentar alternativas para solução dos problemas; compilar registos de processos, de relatórios de tribunal ou de outros actos legais; proporcionar aconselhamento, terapia, serviços de mediação e sessões de grupo para que o indivíduo desenvolva competências para resolver e lidar com os seus problemas sociais e pessoais;

⁴⁴ A APSS, como membro da FIAS, traduziu e divulgou o documento em março de 2007. A tradução e revisão estiveram a cargo de Lucinda Neto, Ernesto Fernandes e Rosa da Primavera. Em novembro de 2013 o texto foi revisto por Graça André.

planear e implementar programas de intervenção para auxílio de clientes e consultar serviços que fornecem assistência financeira, ajuda legal, alojamento, tratamento médico e outros serviços; investigar casos de abuso ou negligência e levar a cabo acções que protejam crianças, jovens ou outras pessoas em risco; (...) atuar como advogado na solução dos problemas que afectam grupos de pessoas, na comunidade; desenvolver programas de prevenção e intervenção ajustados às necessidades da comunidade (Instituto Nacional Estatística, I.P., 2011, p. 179).

Nesta definição da profissão, o assistente social caracteriza-se por ser um especialista em Ciências Sociais com capacidade de diagnóstico, planeamento, intervenção, avaliação e investigação em contexto individual, grupal ou de comunidade.

A definição de Serviço Social atualmente aceite pela comunidade internacional foi aprovada em julho de 2014 pela Assembleia Geral da FIAS e pela Assembleia Geral da Associação Internacional de Escolas de Serviço Social e considera que

o Serviço Social é uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove a mudança e o desenvolvimento social, a coesão social, o empoderamento e a libertação das pessoas. Os princípios de justiça social, direitos humanos, responsabilidade coletiva e respeito pela diversidade são fundamentais para o Serviço Social. Sustentado nas teorias do Serviço Social, nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, o Serviço Social relaciona as pessoas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social (International Federation of Social Workers, 2023).

Esta nova definição de Serviço Social coloca o foco na coesão social e na promoção da pessoa, para uma prática emancipatória, cuja principal finalidade é a capacitação, autonomia e o desenvolvimento de consciência crítica através da análise das causas estruturais de opressão ou de privilégios, para que esta consiga fomentar estratégias de ação para enfrentar os obstáculos pessoais e estruturais com que se depara na sua vida quotidiana. Há um enfoque na metodologia participativa, numa intervenção com as pessoas e não para as pessoas, dá ênfase à perspectiva emancipatória. Considera que a mudança e o *empowerment* da pessoa, do grupo ou comunidade só são possíveis de alcançar através da educação e da conscientização dos seus direitos. Valoriza a experiência de vida, os seus conhecimentos e habilidades.

O Serviço Social direciona a sua abordagem para a interação entre a pessoa e os vários sistemas sociais em que está inserida. Defende a metodologia participativa, que visa não apenas melhorar o bem-estar individual e coletivo, mas também promover a mudança, apoiando o trabalho com as pessoas e não para as pessoas.

Social work's legitimacy and mandate lie in its intervention at the points where people interact with their environment. The environment includes the various social systems that people are embedded in and the natural, geographic environment, which has a profound influence on the lives of people. The participatory methodology advocated in social work is reflected in "Engages people and structures to address life challenges and enhance wellbeing." As far as

possible social work supports working with rather than for people. Consistent with the social development paradigm, social workers utilize a range of skills, techniques, strategies, principles and activities at various system levels, directed at system maintenance and/or system change efforts. Social work practice spans a range of activities including various forms of therapy and counselling, group work, and community work; policy formulation and analysis; and advocacy and political interventions. From an emancipatory perspective, that this definition supports social work strategies are aimed at increasing people's hope, self-esteem and creative potential to confront and challenge oppressive power dynamics and structural sources of injustices, thus incorporating into a coherent whole the micro-macro, personal-political dimension of intervention. The holistic focus of social work is universal, but the priorities of social work practice will vary from one country to the next, and from time to time depending on historical, cultural, political and socio-economic conditions. It is the responsibility of social workers across the world to defend, enrich and realize the values and principles reflected in this definition. A social work definition can only be meaningful when social workers actively commit to its values and vision (International Federation of Social Workers, 2024a).

Na sua intervenção, os assistentes sociais são desafiados a ter presente que as implicações políticas e estruturais das ações que desenvolvem podem ter repercussões opressivas ou capacitadoras (Mullaly, 1993; Payne, 2002). Neste sentido, diante da fragilidade e vulnerabilidade das pessoas, toda a prática deve alicerçar-se em valores e princípios e em “declarações gerais sobre ações que promovem esses valores” (Banks, 2006).

Assume-se que o assistente social tem, como objetivo principal a promoção do *empowerment* junto das pessoas, por forma a promover a sua capacitação individual em relação às estruturas, tornando-se mediador da relação entre a pessoa e essas estruturas. Procura promover junto das pessoas a vontade de decidir e agir sobre as suas vidas, aumentando assim a capacidade e a autoconfiança para utilizar o poder. Para isso, auxilia as pessoas na identificação dos recursos disponíveis na comunidade, ajudando-os a compreender como podem ter acesso a estes recursos e utilizá-los. Além disso, fornece informações claras sobre os direitos, responsabilidades e políticas públicas, garantindo que as pessoas entendam suas opções e o contexto em que estão inseridos. Incentiva ainda a criação ou fortalecimento das redes de apoio, como familiares, amigos ou organizações, reduzindo o isolamento social e ampliando as possibilidades de ação. Atua como mediador entre as pessoas e as estruturas sociais, como por exemplos os hospitais, facilitando o diálogo. Paralelamente, promove a expressão de opinião e a contribuição para as soluções. Além disso, trabalha para que as pessoas compreendam e exerçam seus direitos, combatendo a exclusão social e o estigma, fortalecendo sua posição diante das estruturas de poder. Assim, o assistente social não age em substituição da pessoa, mas com ela, garantindo que ela própria tome as decisões sobre a sua vida.

A identidade profissional está marcada não apenas pelas fragilidades associadas ao desenvolvimento tardio dos conhecimentos teóricos, mas também pela ausência de poder dos Assistentes Sociais (Morim, 2016),

parece estar diretamente vinculada à fragilidade orgânica da categoria profissional, expressa no fraco poder de mobilização, reivindicação e influência das estruturas associativas e nas dificuldades de estabelecimento da Ordem dos Assistentes Sociais, instância a quem seriam cometidos e reconhecidos poderes de interlocução e regulação nos domínios da formação, credenciação e ética profissional” (Branco, 2009, p. 6).

Estes fatores combinados comprometem o fortalecimento da profissão e dificultam a criação de uma identidade profissional mais consistente e influente, limitando a capacidade dos assistentes sociais de responder de forma efetiva aos desafios das transformações sociais e de ampliar a sua participação nos espaços de definição das políticas públicas.

A criação da Ordem dos Assistentes Sociais (OAS), e a aprovação do seu estatuto, inicialmente regulamentada pela Lei n.º 121/2019 de 25 de setembro, representou um marco significativo para os assistentes sociais que reivindicavam, há vários anos, o reconhecimento e a regulação da prática da profissão de assistente social que garanta que os profissionais estão qualificados e seguem as normas éticas da profissão. Esta lei foi revista⁴⁵, resultando na Lei n.º 66/2023 de 7 de dezembro, que trouxe modificações ao texto original e reafirmou a estrutura e princípios da Ordem, garantindo que a OAS não apenas promove a profissionalização mas também reforça o trabalho de interesse público e garante a qualidade dos serviços prestados, aumentando a independência, isenção e autonomia da função regulatória (XXIII Governo - República Portuguesa, 2023).

A OAS surge para dar voz aos profissionais, para expressarem os seus interesses e vontades coletivas, conferindo uma participação pública nas questões relacionadas com a profissão e regular e disciplinar o exercício da atividade profissional

A OAS vai permitir a regulação do exercício profissional e a regulamentação e definição do Código de Ética da Profissão, bem como fazer aprovar medidas de política social ajustadas às reais necessidades do país, mobilizar os recursos necessários para a sua execução, credibilizar a atuação dos profissionais pela aprovação de legislação que enquadre o seu estatuto, lutar contra o exercício ilegal da profissão de assistente social, fazer cumprir o Código deontológico e disciplinar e interferir na capacidade de reconhecer a formação e a titulação dos Assistentes Sociais” (Associação dos Profissionais de Serviço Social, 2004, p. 14).

⁴⁵ Tendo sido adequada ao disposto da Lei n.º 02/2013 de 10 de janeiro que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais, na redação que lhe foi dada pela Lei n.º 12/2023, de 28 de março.

A profissão de assistente social evoluiu a partir de práticas de assistência aos mais necessitados, assente no voluntariado, o que tem contribuído para uma grande complexidade metodológica e uma variedade de abordagens profissionais. Essa complexidade é intensificada pelos diversos contextos em que o Serviço Social intervém, com os inúmeros problemas sociais com que se depara e com os novos desafios que emergem continuamente numa sociedade em mudança. Para lidar com estas questões de maneira eficaz, é necessário que os profissionais combinem reflexão crítica com conhecimentos teóricos, técnicos e políticos por forma a fundamentarem a sua prática, sendo igualmente importante a existência da OAS que regule e dê suporte à intervenção dos profissionais.

3.4 O Serviço Social uma profissão dos direitos humanos

O Serviço Social tem sido assumido desde a sua génese como uma profissão de direitos humanos, quando as pioneiras e os profissionais de Serviço Social defendiam causas sociais e promoviam o ativismo pelos direitos (cívicos, sociais e políticos) associados ao ideário dos direitos humanos.

Os direitos humanos podem ser definidos, em termos gerais, como “aquilo que é justo ou que é permitido ter ou fazer do ponto de vista ético, moral, jurídico, legal” (Academia das Ciências de Lisboa, 2001, p. 1267), aqueles direitos que são inerentes à natureza humana, sem os quais não podemos viver e que nos permitem desenvolver competências emocionais, intelectuais, espirituais e de outra natureza, que contribuam para o nosso bem-estar.

A trajetória dos direitos humanos funde-se com a própria história da humanidade, está alicerçada na evolução de várias culturas e tradições. No entanto, é apenas a partir do Século XVIII que assistimos ao desenvolvimento do conceito moderno de direitos humanos (Organização Nações Unidas, 1999).

Durante o período do Iluminismo, filósofos e escritores começaram a argumentar em favor dos direitos naturais, ou seja, direitos que pertencem a todos as pessoas, independentemente da sua raça, sexo ou religião. As ideias fundamentais desse período incluem a igualdade de todos perante a lei, a liberdade de expressão e a liberdade religiosa. A Revolução Francesa e a Revolução Americana foram particularmente influentes, culminando na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão e na Constituição dos Estados Unidos.

No século XIX começaram a emergir as bases para a compreensão contemporânea dos direitos civis, um processo que foi teoricamente sistematizado no século XX por Thomas Humphrey Marshall, em "Citizenship and Social Class" (1950). Nela, T. Marshall apresentou uma estrutura inovadora que classificava os direitos em três gerações, influenciando profundamente o pensamento social e político sobre cidadania nas sociedades modernas.

A primeira geração de direitos, segundo T. Marshall, compreende os direitos civis, essenciais para garantir a liberdade individual. Esses direitos têm como objetivo proteger os cidadãos de intervenções excessivas do Estado e incluem a liberdade de circulação, de expressão, de pensamento, de imprensa, de culto religioso, bem como o direito à propriedade privada, à celebração de contratos válidos e ao acesso à justiça.

A segunda geração de direitos abrange os direitos políticos, que permitem aos cidadãos participar ativamente na esfera política. Estes direitos não se limitam ao ato de votar e ser votado, mas também englobam a participação efetiva na gestão do poder político, participação em entidades com autoridade política ou de militância em partidos políticos.

Por fim, a terceira geração de direitos, desenvolvida num período de grandes transformações sociais e económicas do século XX, engloba os direitos sociais. Estes direitos visam garantir um nível básico de bem-estar e segurança para todos os cidadãos, assegurando acesso a serviços essenciais como educação, saúde, habitação, emprego e outros serviços essenciais. T. Marshall defende que estes direitos são fundamentais para a plena participação das pessoas na vida social e económica, contribuindo para a redução das desigualdades e para a promoção de uma sociedade mais justa e equitativa (T. Marshall, 1950).

O século XX foi marcado por duas guerras mundiais e genocídios que deixaram um impacto profundo na história moderna da humanidade. Estes eventos desempenharam um papel crucial na formulação de políticas globais de direitos humanos.

Após a Segunda Guerra Mundial a comunidade internacional começou a desenvolver uma base jurídica e ética para a proteção dos direitos humanos em lei, publicando a Declaração Universal dos Direitos Humanos adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948, “primeiro instrumento internacional que enuncia direitos de carácter civil e político, mas também de natureza económica, social e cultural de que todos os seres humanos (incluindo as crianças) devem beneficiar.

O seu artigo 25.º reconhece que “a maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais.” (Gabinete de Documentação e Direito Comparado, 2024, p. 1).

Foram também estabelecidos tratados internacionais que protegem os direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais, dos quais se destaca em 1989 a Convenção dos Direitos da Criança adotada pela ONU.

A Convenção sobre os Direitos da Criança foi promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e “constituiu durante muitos anos o enquadramento moral para os direitos da criança, apesar de não comportar quaisquer obrigações jurídicas” (Gabinete de Documentação e Direito Comparado, 2024, p. 2).

Representa um compromisso global para com o bem-estar das crianças, oferecendo um conjunto detalhado de normas legais que ajudam a proteger e promover os direitos das crianças em todo o mundo. Define “criança como todo o ser humano com menos de 18 anos, salvo quando, em conformidade com a lei aplicável à criança, a maioridade seja alcançada antes” (UNICEF, 2024). Estabelece uma série de direitos que abrangem diversos aspetos da vida. Esses direitos são destinados a garantir que todas as crianças tenham acesso à educação, saúde e a uma vida livre de violência e abuso e que possam desenvolver o seu pleno potencial.

Os Princípios para a Proteção das Pessoas com Doença Mental e para a Melhoria dos Cuidados de Saúde Mental, publicados em 1991, são outro exemplo de diretrizes adotadas pelas Nações Unidas. Estes princípios, apesar de não serem vinculativos, procuraram garantir os direitos fundamentais e as liberdades das pessoas com doença, além de promover a melhoria dos cuidados de saúde mental (Fazenda, Castelão, Costa, & Silva, 2024). Abordam questões como o direito a um tratamento adequado, a proteção contra exploração e abusos, o consentimento informado para cuidados e tratamentos, bem como o direito à confidencialidade e serviram de inspiração para a elaboração de legislação em Portugal.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, adotada em 2006, é um tratado internacional que visa promover, proteger e assegurar o pleno e igual gozo de direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência. Esta legislação de carácter vinculativo “veio englobar no conceito de incapacidade as limitações decorrentes das perturbações mentais, e realçar a importância das barreiras sociais na construção dessas limitações” (Fazenda, Castelão, Costa, & Silva, 2024, p. 102). Princípios que procuram garantir que as pessoas com deficiência e doença mental sejam tratadas com dignidade e respeito, e que tenham acesso a cuidados apropriados e proteção dos seus direitos.

Atualmente assistimos à continuidade da evolução do conceito de direitos humanos, com foco nas novas tecnologias que levaram ao surgimento de direitos digitais, o direito à privacidade online e o acesso à internet e tem havido uma crescente consciencialização das questões ambientais que tem originado o reconhecimento de direitos ambientais, tais como podermos usufruir de um ambiente saudável.

As lutas pelos direitos humanos estão longe de terminar e o conceito continuará a evoluir no futuro.

Os Direitos Humanos são universais e aplicam-se a todas as pessoas sem discriminação. O respeito pelos direitos do indivíduo tem de ser garantido em todas as ocasiões, independente das circunstâncias concretas, apenas pode ser restringido caso esse indivíduo ou grupo ameace privar terceiros do exercício de direitos equivalentes ou de valor comparável (Organização Nações Unidas, 1999, p. 22).

A defesa dos direitos das pessoas sempre foi uma das principais bandeiras do Serviço Social, especialmente nas ações pioneiras de figuras como Jane Addams e Mary Richmond, que lutaram pelo direito de crianças e mulheres a uma vida digna. No entanto, apesar dessas ações terem sido uma referência histórica para a profissão, nem sempre foram implementadas de forma explícita ao longo do tempo. Isso pode ser atribuído a diversos fatores, como a formação insuficiente dos assistentes sociais em direitos humanos, os contextos sociopolíticos em que atuavam (muitas vezes marcados por regimes autoritários, opressão e colonialismo, que pouco valorizavam a democracia) e a priorização da satisfação de necessidades imediatas em detrimento de uma abordagem orientada para os direitos humanos.

Os direitos humanos são um movimento multidisciplinar e multiprofissional que engloba o Serviço Social. Apesar de haver contribuições significativas dos pioneiros do Serviço Social e de outros assistentes sociais que defendem os direitos humanos nas suas práticas, e da IFSW ter adotado os direitos humanos como um quadro moral e ético, e da IFSW como entidade representada nas comissões que discutem os direitos humanos das Nações Unidas, alguns investigadores afirmaram que nem sempre é evidente que o Serviço Social é uma profissão de direitos humanos (Healy, 2007; 2008; Whealan & Flynn, 2023) (Carvalho & Albuquerque, 2024, p. 3).

Uma abordagem baseada nos direitos humanos requer a integração de princípios fundamentais que garantam:

- Dignidade Humana, destaca a importância do respeito pela autodeterminação de cada pessoa, capacitando-a para tomar decisões sobre a sua própria vida. Envolve combater qualquer forma de desumanização e de estigma, assegurando que cada pessoa é tratada com o valor e respeito que merece.
- Não discriminação, baseia-se na prevenção de qualquer forma de discriminação, seja ela baseada na nacionalidade, etnia, género, orientação sexual, condição económica ou qualquer outra diferença. Destina-se a promover a inclusão, minimizando estruturas hierárquicas entre profissionais e favorecendo um ambiente onde todos tenham iguais oportunidades e tratamento.
- Participação, envolve a participação ativa das pessoas nas decisões que afetam o seu bem-estar. Promove a expressão da opinião e a possibilidade de influenciar as decisões que afetam as suas vidas, requer a criação de espaços e oportunidades que permitam um maior acesso ao poder e à tomada de decisões, garantindo que todos contribuem de forma significativa.
- Transparência, destaca que as práticas devem ser reconhecidas, por se basearem em reflexões e em evidências demonstradas, devem adotar medidas anticorrupção e devem estar sujeitas a avaliações contínuas. A transparência assegura que todas as ações são escrutinadas,

permitindo que as pessoas confiem nas instituições e nos processos que influenciam suas vidas.

- Responsabilização, apoia-se na promoção da advocacia e da sensibilização sobre os direitos humanos, fomentando a consciência política e garantindo que as pessoas têm acesso aos serviços essenciais e ao Estado. Implica que as pessoas e as instituições prestem “contas” pelas suas ações, assegurando que os direitos e necessidades das pessoas são prioritários (Mapp, McPherson, Androff, & Gabel, 2019).

O Serviço Social, como profissão comprometida com os direitos humanos, deve continuamente integrar e promover os princípios dos direitos humanos nas suas práticas e abordagens.

O profissional é desafiado a saber respeitar e usar na sua intervenção os princípios de singularidade, de liberdade e autodeterminação de cada cidadão, o respeito de intimidade e à vida privada da pessoa, a autonomia da pessoa reconhecendo-lhe competências e capacidades, e de interdependência face aos direitos e deveres que são reconhecidos a todo o Cidadão em sociedade (J. Ferreira, 2011, p. 70).

O Serviço Social tem o potencial e a responsabilidade de evoluir como uma profissão que não apenas responde às necessidades sociais, mas que também se posiciona firmemente como uma defensora ativa dos direitos humanos. Para isso, é necessário um compromisso renovado com a educação, a reflexão crítica e a ação política, procurando garantir que os direitos fundamentais de todas as pessoas são respeitados. Ao adotar uma abordagem baseada nos direitos humanos, o Serviço Social pode contribuir significativamente para a construção de uma sociedade mais justa, equitativa e inclusiva, onde a dignidade e o respeito por cada pessoa devem ser colocados em primeiro plano.

3.5 A cultura multidisciplinar dos profissionais: trabalho em equipa(s)

Os assistentes sociais que integram as equipas de saúde mental da infância e da adolescência do Hospital de Dona Estefânia fazem parte da Área de Apoio Social e regem a sua atividade com base no objeto, na missão, na visão, nos valores e nas normas internas da ULS São José.

A sua atividade é regulada pelo Regulamento Interno do CHULC, nomeadamente as que norteiam o trabalho dos Serviços de Apoio Clínico, dos quais são parte integrante.

A Área de Apoio Social tem como missão: colaborar na resolução dos problemas dos pessoas/doentes, bem como desenvolver todas as suas potencialidades e enriquecer as suas vidas, ajudando a prevenir as disfunções que possam dificultar o seu tratamento e reabilitação/ cura, com vista à sua reintegração social; assegurar a cada doente o devido encaminhamento e resposta interna e, em articulação com os parceiros da comunidade, os cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas, tendo em vista uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, colaborando com a identificação de recursos inovadores, estabelecendo parcerias e protocolos (A. Ribeiro , 2024, pp. 3-4).

Genericamente, e independentemente dos diferentes contextos de intervenção, os assistentes sociais atuam nos seguintes níveis:

- na avaliação dos fatores psicossociais interferentes na saúde das pessoas, grupos e comunidades, com especial atenção a grupos e situações identificadas como de risco e vulnerabilidade;
- na avaliação dos fatores psicossociais envolvidos no tratamento da doença e reabilitação;
- na intervenção psicossocial a nível individual, familiar e de grupo;
- no aconselhamento e intervenção em situações de crise por motivos clínicos e/ou sociais;
- na promoção da prestação de serviços de qualidade centrados no utente e baseados em parcerias com o utente/ família/ pessoa significativa;
- na advocacia social em favor do utente e família;
- na avaliação e criação de recursos sociais nas comunidades locais de referência;
- na definição e realização de programas de prevenção e promoção da saúde e de intervenção comunitária;
- na educação e informação em saúde;
- na mobilização, organização e coordenação das entidades e atores sociais relevantes para a prestação de cuidados de saúde e sociais (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Área de Apoio Social, 2022, p. 2).

É reconhecido que estes níveis de atuação, não são consensuais e são difíceis de sintetizar, devido aos diferentes contextos de intervenção e ao conjunto diversificado de funções desempenhadas pelos assistentes sociais nos diversos campos de atuação na área da saúde. A intervenção dos assistentes sociais na área da saúde, especialmente na área da saúde mental da infância e da adolescência, é reconhecida como essencial, mas também desafiante, uma vez que as intervenções variam significativamente conforme o local, a cultura institucional da equipa e os problemas apresentados pelas pessoas.

A intervenção do assistente social é desencadeada de quatro formas:

- a pedido do próprio utente (criança, família ou cuidador), que procura o apoio psicossocial profissional para lidar com questões emocionais, familiares, económicas, culturais ou sociais;
- através do pedido expresso pela rede social de suporte, como familiares, amigos, ou instituições formais que já acompanham a família a identificarem a necessidade;
- por sinalização realizada através de triagem por indicadores críticos, através de critérios predefinidos em colaboração com o assistente social, que apontam para a existência de vulnerabilidades ou riscos sociais que exigem intervenção;
- por pedido de colaboração, expresso por médicos, enfermeiros, psicólogos ou outros profissionais que identificam situações que requerem o conhecimento do Serviço Social para o encaminhamento da situação.

Uma vez envolvido o assistente social no processo, este realiza o diagnóstico das fragilidades, necessidades, potencialidades e recursos do sistema familiar e social. Com base nesta análise elabora um plano de intervenção no qual mobiliza os recursos necessários para a solução do problema e atua em colaboração com os outros profissionais para garantir uma abordagem integrada (Ribeirinho & Teles, 2022). A sua intervenção não é definida pela organização, é o resultado da sua capacidade de análise e interpretação da situação, das relações de poder que se estabelecem a nível institucional e interinstitucional e dos meios disponibilizados pelas organizações e pela política social local e nacional (Almeida, 2001).

A colaboração interdisciplinar é um dos princípios fundamentais do Serviço Social, que trabalha em articulação com profissionais, de diversas áreas para mobilizar os recursos necessários e envolver ativamente as crianças e as famílias no processo de decisão (Almeida, 2001).

Ao promover uma participação ativa, assegura que as suas necessidades, aspirações e preferências são tidas em consideração. Esta abordagem participativa é essencial para que as soluções ou escolhas sejam adequadas quer à realidade da criança, quer às expectativas, promovendo a sua autonomia, autodeterminação, recuperação e integração social (Fazenda, Castelão, Costa, & Silva, 2024).

A compreensão das necessidades, ao nível da saúde mental da infância e da adolescência, passa por conhecer as características individuais da criança, da sua família e o do ambiente onde está inserido e identificar os fatores determinantes de risco e de proteção, por forma a implementar intervenções que minimizem os fatores de risco e potenciem os fatores de proteção (P. Silva, 2024).

A título de exemplo, são identificados alguns fatores determinantes da saúde mental da criança na tabela seguinte.

Tabela 3.1 - Alguns exemplos de fatores determinantes da saúde mental da criança⁴⁶

	Risco	Proteção
Individuais	<ul style="list-style-type: none"> – Genéticos; – Dificuldades de aprendizagem; – Atraso de desenvolvimento; – Dificuldades de comunicação; – Personalidade; – Doença; – Baixa autoestima; – Abuso de substâncias; – Experiências de vida adversas; – Prematuridade; – Complicações perinatais; – Exposição a violência; – Trauma. 	<ul style="list-style-type: none"> – Resiliência; – Adaptabilidade; Estimulação cognitiva; – Estilo de vida saudável; – Educação; – Acesso a cultura; – Sentimento de segurança; – Capacidade de lidar com o stress; – Capacidade de enfrentar adversidades; – Boa autoestima; – Apoios sociais; – Acesso a cuidados de saúde; – Sentido e objetivo para a vida.
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> – Conflito parental; – Desorganização; – Separações; – Inexistência ou inconstância de regras; – Relações sociais rejeitantes ou hostis; – Abuso físico, emocional ou sexual; – Doença mental; – Abuso de substâncias; – Morte; – Problemas jurídico legais. 	<ul style="list-style-type: none"> – Apoio emocional; – Desenvolvimento de competências parentais; – Vinculação segura e ligação precoce; – Interação positiva; – Apoio emocional; – Promoção de uma boa autoestima; – Comunicação aberta e próxima; – Estabelecimento de limites claros; – Promoção de atividades de lazer; – Apoio financeiro.
Ambientais	<ul style="list-style-type: none"> – Problemas socioeconómicos; – Más condições de habitabilidade; – Discriminação; – Acontecimento adverso; – Isolamento; – Guerra; – Pobreza; – Migração; – Violência; – Dificuldades de acesso a serviços de saúde; – Inexistência de tempos livres. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ambiente seguro; – Boas condições de habitabilidade; – Acesso a espaços verdes; – Redução da exposição à poluição; – Comunidade inclusiva e solidária; – Interações sociais gratificantes; – Sentimentos de pertença a um grupo; – Acesso a recursos comunitários; – Acesso a serviços de saúde mental; – Acesso a alimentação saudável; – Oportunidades escolares e de emprego.

Num cenário cada vez mais complexo a resolução dos problemas de ordem mental e social exigem a colaboração entre os profissionais das diferentes áreas, em que cada um traz o seu aporte para se atingir um objetivo comum (Berg-Weger & Schneider, 1998). E nenhum profissional pode unilateralmente prestar todos os cuidados de saúde aos doentes (Vasudevan, 2015).

Uma das práticas comuns do assistente social é atuar como um mediador ou facilitador de recursos, conectando as pessoas às soluções disponíveis. Este papel inclui auxiliar na compreensão e disponibilizar informação sobre os recursos existentes, garantindo que as pessoas tenham acesso ao apoio necessário. Além disso, também estabelece parcerias e protocolos que contribuem para a criação e manutenção de redes formais de colaboração.

⁴⁶ (P. Silva, 2024)

Os assistentes sociais que exercem a sua atividade nos hospitais são vistos como o elo de ligação entre os doentes e os vários sistemas onde estão integrados (I. Guerra, 2019). No decorrer da sua intervenção, promovem as relações com serviços de saúde, educação, justiça, organizações não governamentais, entre outros, para assegurar que está garantido o acesso aos recursos.

Ao desempenharem a promoção da cultura multidisciplinar os assistentes sociais afirmam o seu poder junto das equipas, trazendo um conhecimento único sobre as dinâmicas sociais, as vulnerabilidades e os fatores de risco e de proteção fundamentais para a definição dos projetos terapêuticos. A articulação com outras estruturas é assim facilitadora do diálogo interinstitucional e intersectorial essenciais para a promoção de um trabalho multidisciplinar integrado. “It is consistently emphasized that agencies need to work together to prioritize work, to establish the effectiveness of the help children and young people receive, and to identify strategies for providing, effective mental health services” (Walker, 2003, p. 87).

Com base no meu conhecimento, enquanto profissional integrado numa equipa de saúde mental, reconheço que uma das críticas frequentemente dirigidas à saúde mental da infância e da adolescência é a percepção de que “vive num mundo à parte”. É comum que técnicos de diferentes áreas, como segurança social (intervenção precoce, equipas de assessoria a tribunal, gestão de vagas residenciais, emergência social) ou educação, referirem que os profissionais de saúde mental nem sempre valorizam de forma adequada os diferentes contextos que influenciam a vida das crianças.

Nesse sentido, o assistente social pode assumir um papel crucial como “charneira”, promovendo a articulação entre os diferentes sistemas e contextos que envolvem a pessoa, garantindo uma abordagem mais integrada e eficaz.

Esta capacidade de mediação e articulação coloca o assistente social numa posição estratégica dentro das equipas de saúde mental da infância e adolescência, uma vez que lhe é reconhecido a capacidade de compreender as limitações do hospital e do seu funcionamento, as necessidades específicas dos tratamentos de saúde mental e as questões sociais mais amplas que têm impacto na vida da criança e da sua família.

A atuação do assistente social facilita o diálogo entre as áreas de saúde, educação e segurança social, promovendo uma visão mais integrada e sensível às realidades sociais. Desta forma, ele assegura que os fatores sociais são devidamente considerados nos projetos terapêuticos, contribuindo para intervenções mais eficazes e holísticas, e superando dificuldades e barreiras que podem surgir quando as diferentes áreas de atuação não estão plenamente conectadas e entre elas não falam uma linguagem comum.

O Serviço Social pode funcionar como um elemento importante que estabelece pontes de colaboração multidisciplinar entre os serviços especializados de saúde mental e as redes sociais de apoio, garantindo que as intervenções abrangem todas as dimensões da vida das crianças, contribuindo para a construção de visões mais completas e inclusivas, integrando o contexto social nos processos de recuperação da criança.

Apesar de ser amplamente reconhecido ao Serviço Social este papel de figura central, na articulação entre os diferentes serviços e redes de apoio nem sempre essa função é plenamente exercida. Em muitas situações o assistente social acaba por assumir uma posição de solidariedade para com a equipa ou a instituição onde trabalha, o que limita a sua capacidade de atuar de forma independente e crítica.

Esta forma de agir pode levar o profissional a priorizar os interesses institucionais ou de grupo em detrimento das necessidades reais da pessoa, prejudicando a sua capacidade de questionar práticas ou estruturas inadequadas. Esse comportamento pode gerar uma postura de conformismo ou alinhamento com as orientações da instituição, enfraquecendo a sua autonomia e a sua posição crítica. Quando isso acontece, o assistente social, em vez de promover um olhar integrado que abranja todas as dimensões da vida da criança, acaba por assumir uma visão mais redutora e isolada que não promove a participação social.

Para superar esta posição o assistente social tem que assumir uma posição crítica, de quem não se limita a seguir diretrizes da equipa ou instituição, mas se compromete a defender das pessoas, a “praticar a advocacia social para defesa dos direitos e acesso aos recursos, benefícios e prestações sociais e desenvolver redes de suporte social individual e rede sociais ou institucionais” (Fazenda, Castelhão, Costa, & Silva, 2024, p. 108).

A cooperação multidisciplinar é uma prática familiar aos assistentes sociais, o trabalho multidisciplinar segue uma metodologia que é comum ao Serviço Social. “The characteristics of successful multi-disciplinary work occur within a framework familiar to social workers. It begins with assessment then proceeds through decision-making, planning, monitoring, evaluation, and finally to closure” (Walker, 2003, p. 86).

Esta metodologia é essencial para que as intervenções sejam eficazes e envolvam, crianças, redes de apoio e profissionais de saúde mental. No entanto, para que o assistente social se afirme como promotor de uma cultura multidisciplinar é necessário que desenvolva e aplique um conjunto de competências profissionais, que se podem organizar em três áreas principais.

As três áreas principais são:

- Ao nível do diagnóstico social, deve ter a capacidade de: estabelecer e manter relações de confiança com as pessoas, incluindo aquelas que demonstram resistência em procurar os serviços, avaliar os problemas, necessidades e capacidades, de forma integrada, em colaboração com a criança, família e comunidade, elaborar um plano de ação conjunto, que envolva a participação ativa de todos os intervenientes, contribuindo para um processo de intervenção mais participativo e inclusivo e a capacidade de avaliar o risco e gerir situações de violência, fundamental para garantir a proteção e o bem-estar das pessoas.
- Na intervenção com a criança e a família, o assistente social deve valorizar e respeitá-las, conhecer profundamente as características psicossociais das crianças acompanhados nos serviços de saúde mental, incluindo sinais, sintomas e contexto social, deve possuir conhecimentos para intervir em crises e estratégias terapêuticas para apoiar as crianças com doença mental grave e as suas famílias e deve promover uma comunicação interpessoal eficaz.
- Cooperação multidisciplinar, deve ser capaz de trabalhar em equipa, deixando claro o seu papel e contribuições, deve possuir conhecimentos e utilizar a prática interdisciplinar, fomentar o trabalho em parceria com as crianças, as suas famílias e redes sociais de suporte e conhecer e utilizar técnicas de negociação e resolução de conflitos, para fortalecer ainda mais a sua atuação, permitindo uma interação mais produtiva, demonstrando sempre respeito pelos diferentes membros da equipa.

A prática do Serviço Social em saúde mental está profundamente inserida no contexto multidisciplinar, sendo indispensável compreender as dinâmicas interprofissionais que orientam e sustentam o trabalho desenvolvido pelas equipas.

Social work is only one contributing profession in the multidisciplinary mental health field that increasingly hinges on effective interprofessional working. For this reason, critical practice in mental health social work cannot be presented without reference to the multidisciplinary context that informs its delivery and to which it contributes (Bailey, 2002, p. 325).

A cooperação multidisciplinar não é apenas uma vantagem, mas uma necessidade estrutural para garantir que as intervenções são abrangentes, coerentes e voltadas para a promoção da autonomia, recuperação e inclusão social das pessoas e o assistente social pode desempenhar um papel fundamental nesse processo, funcionando como elo entre os diversos profissionais.

Deste modo, a resolução dos problemas de saúde mental e sociais na infância e adolescência exige colaboração interdisciplinar e nesse contexto, o assistente social desempenha um papel estratégico como mediador, conectando as pessoas aos recursos disponíveis e promovendo parcerias formais entre as diferentes áreas. Nos hospitais, é frequentemente visto como o elo entre os doentes e os diferentes contextos onde estão inseridos, assegurando o acesso a recursos e promovendo um trabalho integrado entre a saúde, a educação, a justiça e outros serviços.

PARTE II

**O estudo de caso: o Hospital de Dona Estefânia como
resposta de saúde mental da infância e da adolescência**

O hospital como organização e as equipas de saúde mental da infância e da adolescência

Este capítulo oferece uma análise detalhada sobre a evolução da organização e estrutura do Hospital de Dona Estefânia, focando a sua evolução histórica: a sua fundação e a sua transformação ao longo dos tempos, e destacando o papel central que tem tido na saúde pediátrica em Portugal. O capítulo explora ainda o papel do hospital como uma organização complexa, onde o poder e o saber dos profissionais desempenham um papel determinante nas interações internas. Além disso, serão analisadas as equipas de saúde mental da infância e da adolescência, com destaque para a multidisciplinaridade e as interações que ocorrem no contexto da prestação de cuidados. Serão examinadas as práticas de trabalho, os desafios e as particularidades da articulação destas equipas, de modo a compreender como a estrutura hospitalar e as equipas se organizam para responder às necessidades das crianças.

4.1 O Hospital de Dona Estefânia da sua génese à atualidade

O Hospital de Dona Estefânia, localizado em Lisboa, é uma das instituições de saúde mais importantes de Portugal na prestação de cuidados de saúde pediátricos, oferecendo uma ampla gama de serviços especializados: neonatologia, cirurgia pediátrica, cuidados intensivos, cuidados nutricionais, paliativos pediátricos, pedopsiquiatria, entre outros.

O Hospital Dona Estefânia foi inaugurado pelo Rei D. Luís, no dia 17 de julho de 1877. A sua história remonta a 1858, ano em que Dom Pedro V casou com uma princesa da Alemanha, Dona Estefânia de Hohenzollern, vinda de Sigmaringen, ducado da Alemanha.

Lisboa tinha nesta época, cerca de 200.000 habitantes. Era um período de epidemias de cólera e febre-amarela, e o casal real visitava frequentemente os doentes hospitalizados. Numa dessas visitas ao Hospital de São José, impressionada com a promiscuidade com que na enfermaria eram tratadas crianças e adultos, a Rainha ofereceu o seu dote de casamento para que aí fosse criada uma enfermaria para aquelas, e manifestou o desejo de construir um hospital para crianças pobres e enfermas (Gama & Neto, 1996, p. 12).

A morte prematura da Rainha, em 1859, não permitiu que esta visse concretizado o seu desejo, pelo que em sua memória D. Pedro V ordenou a construção do Hospital da Bemposta em 1860. Também o rei não viria a conhecer o resultado do seu empenhamento, por falecimento em 1861,

ficando a cargo do seu irmão, o Rei D. Luís, a continuidade e inauguração do Hospital da Bemposta, posteriormente designado pelo povo como Hospital de Dona Estefânia (CHLC, 2010).

Os elevados custos com a sua construção e manutenção originaram que em 1872 o Rei D. Luís cedesse o Hospital ao Estado, "com todos os direitos de propriedade e todas as suas pertenças" - Diário do Governo de 23 de junho de 1872, fixando uma "cláusula que aí se mantivesse sempre uma enfermaria para crianças" (Neto, Gama, Correia, & Estrada, 2012, p. 104).⁴⁷

Com a proclamação da República em 1910 a sociedade civil passou a ser mais interventiva. Através de artigos de opinião em revistas científicas, alguns médicos expressaram a sua opinião sobre a necessidade de reformas nos hospitais. Em 1914 dá-se início a uma reforma hospitalar e o Hospital de Dona Estefânia é integrado no grupo dos Hospitais Cíveis de Lisboa, através do Decreto n.º: 137 de 27 de novembro, que consagra que nestes hospitais "ficam autónomos os serviços de assistência médica, administração e contabilidade" (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, 2018).

Em 1914, o Prof. Francisco Gentil, então Enfermeiro-Mor dos Hospitais Cíveis de Lisboa, "propôs que fossem criadas no Hospital de D. Estefânia duas Enfermarias independentes, uma para doenças pediátricas médicas e outra para doenças pediátricas cirúrgicas/ortopédicas. Isto tornou-se realidade em 9 de julho de 1918, através do Decreto 4563" (Gentil Martins, 2005, p. 165).

Com a publicação deste decreto, procedeu-se a uma reorganização e é reconhecida a natureza jurídica dos Hospitais Cíveis de Lisboa "como pessoa moral e com capacidade jurídica" Desde essa data, e ao longo de várias décadas, os Hospitais Cíveis de Lisboa, designados e configurados como um grupo hospitalar, foram objeto de diversas alterações organizativas e regulamentares.⁴⁸

Esta transformação permitiu modificar a visão de hospital, diminuindo o estigma de organismo de carácter assistencial, de apoio social, para uma visão de abertura a todos aqueles que necessitavam de cuidados de saúde e sanitários (V. Reis & Falcão, 2003).

Em 1992, tal como já foi dito anteriormente, o Hospital recebeu o antigo serviço de Saúde Mental Infantil de Lisboa, na altura denominado Departamento de Pedopsiquiatria, alargando a oferta em serviços clínicos à comunidade.

No ano de 2007, é integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), Entidade Pública Empresarial, criado por fusão, em 2007 (pelo Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro) do Centro Hospitalar de Lisboa - Zona Central (Hospitais de S. José e Santo António dos Capuchos), com o Hospital de Dona Estefânia e o Hospital de Santa Marta, E.P.E., numa mesma organização.

⁴⁷ Em 17 de julho de 1877 foi inaugurado, data do aniversário da morte da Rainha.

⁴⁸ Em 1936 dependiam da Direção Geral dos Hospitais Cíveis de Lisboa onze unidades: Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, Dispensário Popular de Alcântara, Maternidade Magalhães Coutinho, Manicómio Bombarda, Escola de Enfermagem Artur Ravara e Hospitais de Arroios, Curry Cabral, S. José, Capuchos, Estefânia e Desterro.

Em 2012 foram extintos e integrados por fusão no CHLC, o Hospital de Curry Cabral, EPE e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa.⁴⁹

No ano de 2018, O Decreto-Lei n.º 61/ 2018, de 03 de agosto, reconhece oficialmente o CHLC como centro universitário, passando a ser designado como Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE (CHULC). De acordo com o seu regulamento interno⁵⁰, foi adotado como missão:

prestar os cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no SNS. A atividade do CHLC assegura a cada doente cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e uma lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo ainda as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente (CHULC, 2024).

E os objetivos do CHULC são:

Prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado; intervir na prevenção da doença; otimizar a utilização dos recursos disponíveis; constituir-se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados de saúde diferenciados; promover o ensino, a formação e a investigação nas áreas clínicas e de apoio clínico, como condição para uma prática de excelência; prosseguir a melhoria contínua da qualidade no âmbito do modelo de governação clínica; promover o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores através da responsabilização por resultados, instituindo uma política de incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito, bem como uma política de formação contínua; desenvolver programas de melhoria da eficiência operacional e da gestão clínica, tendentes a garantir o equilíbrio económico-financeiro (CHULC, 2024).

Desde o dia 01 de janeiro de 2024, através do Decreto-Lei n.º 102/2023 de 11 julho, que o CHULC se transformou em Unidade Local de Saúde São José. A nova organização resultou da fusão, por agregação, do CHULC, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central e do Centro de Saúde de Sacavém.

A implementação das Unidades Locais de Saúde (ULS) em todo o país, como modelo organizativo do SNS, visa integrar numa única gestão os centros hospitalares, hospitais, Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a Rede Nacional de Cuidados Continuados de uma área geográfica específica. Este modelo qualifica a resposta do SNS ao simplificar processos, melhorar a articulação entre equipas de saúde e focar nos percursos e experiências das pessoas entre os diferentes níveis de cuidados. Além disso, promove maior autonomia de gestão, otimiza o acesso e aumenta a eficiência do sistema de saúde.

⁴⁹ Decreto-Lei n.º 44/2012 de 23 de fevereiro.

⁵⁰ Este regulamento encontra-se em vigor no ano de 2024, encontrando-se em fase de consulta pública a proposta de Regulamento Interno para a ULS S. José.

A área de influência direta da ULS São José abrange, a partir de janeiro de 2024, 13 freguesias do concelho de Lisboa e quatro do concelho de Loures, correspondendo, no total, a 384.774 residentes e a 440.012 inscritos nas unidades de cuidados de saúde primários.

A prestação de cuidados de saúde hospitalares corresponde a uma lotação de mais de 1.500 camas. Ao nível dos cuidados de saúde primários, a ULS São José integra 28 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e de Saúde Familiar, e ainda cinco outras unidades funcionais.

Foram definidas como principais linhas de ação da ULS:

- Resposta à doença aguda;
- Domiciliação de cuidados;
- Resolutividade em Cuidados de Saúde Primários e Rastreios;
- Gestão do doente crónico complexo;
- Ensino e investigação.

4.2 O hospital como organização

Os hospitais desempenham um papel fundamental nos sistemas de saúde de qualquer sociedade e a sua função vai muito além do tratamento dos doentes, assumem um papel essencial na comunidade onde se inserem e na evolução das práticas clínicas.

Um hospital é definido como um “estabelecimento público ou particular, destinado ao atendimento e tratamento médico de pessoas doentes” (Academia das Ciências de Lisboa, 2001, p. 2008). No entanto o seu significado não se esgota com esta definição, uma vez que é entendido por todos como uma organização com elevada complexidade.

O hospital é mais do que um lugar onde as pessoas recebem cuidados, é uma organização complexa onde as pessoas vivenciam a sua situação de doença, os profissionais de saúde aprendem e desempenham papéis profissionais e a interação entre todos os intervenientes é guiada por normas e expectativas.

Entende-se por organização um “vasto grupo de pessoas, estruturado em linhas impessoais e constituído para se alcançarem objectivos específicos” (Giddens, 2000, pp. 348-349). “As organizações existem para cumprir objetivos que os indivíduos isoladamente não conseguem atingir devido às suas limitações individuais” (Chiavenato, 1990).

O estudo do funcionamento das organizações abrange várias perspetivas e vários autores têm contribuído para a compreensão das dinâmicas das organizações.

Segundo Mintzberg:

para compreender como as organizações se estruturam, temos em primeiro lugar de compreender como é que funcionam. Precisamos de conhecer as suas componentes, quais as funções que cada uma desempenha, como essas funções se inter-relacionam e como os fluxos de trabalho, de autoridade, de informação e decisões irrigam as organizações (1995, p. 35).

A forma de entender a organização é questionar o seu papel no contexto do ambiente em que funciona (...) e procurar compreender de que forma os condicionalismos do contexto maior se repercutem na actividade da organização. Como sistema a organização é constituída por um conjunto de elementos (ambiente, actividade, grupos e indivíduos) estruturados e coordenados na perspectiva de alcance de um fim (Carvalho Ferreira, Neves, & Caetano, 2011, p. xxxiv).

A “organização Hospital” revela características diferentes de outros tipos de organizações: o trabalho executado é urgente, complexo, especializado, requer interdependência entre diferentes profissionais e caracteriza-se pela existência de duas autoridades: a profissional médica e a dos órgãos de administração. É uma entidade social criada e estruturada para a promoção da saúde, pelo que não pode ser visto apenas sob o aspeto formal. Para Blau e Scott o hospital é uma organização de serviços, uma organização onde os principais beneficiários são as pessoas que têm contacto com ela, com quem e para quem os profissionais trabalham (Blau & Scott, 1976).

É um sistema de ação, definido como uma construção humana, em que cada pessoa desenvolve estratégias particulares que influenciam as relações entre os diferentes atores e que mantém interações com o exterior, autorregula-se através de mecanismos de feedback, recebe informação do exterior, detetando possíveis desvios em relação ao cumprimento dos objetivos. Está sujeito a alterações e tende a tornar-se cada vez mais complexo de modo a lidar com a crescente complexidade do ambiente externo.

As abordagens clássicas propostas por Fayol, Taylor e Weber, no final do Século XIX e início do século XX caracterizam as organizações pela existência de uma divisão de tarefas, uma distribuição de papéis, um sistema de autoridade, um sistema de comunicação e um sistema de contribuição-remuneração (Fayol, 1984; Taylor, 1982; Weber, 1983). Nesse contexto o estatuto dos profissionais e da sua ação estão dependentes das oportunidades e das restrições definidas pelas estruturas organizacionais, pelo que a sua natureza é considerada passiva, dependente e submissa.

Max Weber, ao distinguir poder e autoridade, considera que nos hospitais está presente a autoridade que não envolve a força, mas sim obediência voluntária (Weber, 2005, p. 19). Identificou três tipos de autoridade: legal, tradicional e carismática. A autoridade legal é baseada nas normas legais estabelecidas, na hierarquia instituída. Autoridade tradicional baseia-se em costumes e tradições, advinda da ordem estabelecida pelo tempo passado e por formas tradicionais de viver. A autoridade carismática assenta nas virtualidades e características pessoais de pessoas a quem se

reconhece heroísmo ou modelos de conduta (Weber, 2005) e baseia-se na percepção que se tem da pessoa e que motiva os seguidores a apoiarem o líder. Nos hospitais todos estes tipos de autoridade podem estar presentes, seja na forma de normas legais, tradições instituídas ou através da personalidade de líderes.

Contudo, a partir de 1970, com as abordagens de Crozier, o poder passa a ser considerado uma das características determinante das organizações, para a definição de estratégias e objetivos das mesmas e das pessoas que nelas interagem (Crozier M., 1963; Crozier M. & Friedberg, E., 1977; Mintzberg, 1995). Uma das principais ideias é a de que as organizações são constituídas por sistemas de relações de poder.

Os actores individuais e colectivos com os seus recursos e fontes de poder, desenvolvem estratégias e objectivos que estruturam o funcionamento das organizações. As diferentes partes da organização deixam de ser determinadas por uma racionalidade externa apoiada na identidade de meios e fins (Carvalho Ferreira, 2011, p. 121).

Neste contexto, o hospital, é visto como o produto da relação entre estruturas e práticas de mobilização e uso de poder, “um conjunto de relações que constituem o “vivido” dos actores e que testemunham as suas estratégias recíprocas, reenviando-nos para as relações de poder sobre as quais se funda o “construído” organizacional dos actores sociais dos serviços” (Crozier & Friedberg, 1977, p. 58). Uma das principais ideias de Crozier é que as relações de poder se desenvolvem em redor de incertezas, destacando que o poder e o controlo sobre as incertezas podem moldar a eficácia organizacional.

Existem dois poderes, o primeiro, estrutural, que advém de normas, procedimentos para formatar as condutas dos profissionais, estabelecer limites de intervenção, controlar custos e resultados e, por outro lado, o poder atribuído aos profissionais que podem transgredir os procedimentos, alterar prioridades, e desobedecer à hierarquia administrativa.

O poder nos hospitais é assim dinâmico e complexo e advém de uma série de hierarquias, normas e controlo de incertezas de diferentes profissionais. Estes vários profissionais controlam determinados aspetos do funcionamento da organização. Por exemplo, o médico tem conhecimento especializado sobre as doenças, diagnóstico e tratamentos, no entanto a sua autonomia pode ser colocada em causa pelo administrador hospitalar, que controla os recursos essenciais, tais como aquisição de equipamentos, ou de tempos de bloco operatório. Outro exemplo pode ser um doente que perdeu capacidades após uma cirurgia e que aguarda que sejam desbloqueados apoios no domicílio, o médico pode definir que o doente pode ter alta do hospital e dizer que as medidas sugeridas pelo assistente social são excessivas. A capacidade que cada um tem para negociar ou mobilizar suporte para as suas perspetivas pode influenciar significativamente o seu poder e os resultados para os doentes.

Para Mintzberg (1995) a estrutura do hospital é definida como uma burocracia profissional, a sua eficácia depende da forma como está organizado internamente. É um tipo de configuração da organização onde as atividades exercidas pressupõem conhecimentos especializados para a execução de trabalhos, autonomia e contacto direto com os doentes.

Neste tipo de organizações a ênfase está no poder das intervenções dos profissionais que são autónomos no contacto com o doente e rejeitam controlo por parte dos administradores, quando não estão em causa benefícios. Esta estrutura organizacional apresenta dificuldades em controlar de forma rigorosa o trabalho executado. Grande parte do poder situa-se na base da hierarquia, onde os profissionais intervêm com os doentes e onde são avaliados pelos próprios colegas em termos de desempenho profissional.

4.3 O poder e o saber dos profissionais

A complexidade intrínseca dos hospitais traduz-se na dinâmica do poder dentro da organização, especificamente como os profissionais negociam, exercem e são afetados pelo poder dentro do hospital.

Erving Goffman (1974), ao estudar as organizações totais, demonstrou que mesmo estas, que possuem estruturas formais, papéis e estatutos bem definidos, não conseguem prever e estabelecer completamente os comportamentos dos seus profissionais. Os profissionais num hospital são o exemplo disso, porque têm algum grau de autonomia e podem exercer o seu poder através do uso de recursos e das características individuais, sociais, culturais e económicas de cada um, ou dos constrangimentos estruturais da própria organização.

Independentemente da posição hierárquica dos profissionais no hospital, eles têm a capacidade de mobilizar o poder, fomentar alianças, lutar pelos seus objetivos e até mesmo desafiar o sistema (Crozier & Friedberg, 1977).

O profissional é ativo dentro de uma organização e tem liberdade para escolher os seus próprios objetivos, que procura desenvolver apesar das imposições estruturais da própria organização; a sua estratégia é sempre racional e advém de uma liberdade relativa, condicionada pelo funcionamento da própria organização; nem todas as ações individuais e coletivas são regulamentadas pela organização, logo as organizações estão sujeitas à imprevisibilidade do comportamento dos profissionais; para atingir os seus objetivos a organização tem que estar permanentemente em negociação com os profissionais; o poder que cada profissional exerce não é apenas sobre o funcionamento da organização, mas também sobre o comportamento de outros profissionais da organização; o poder na

organização nem sempre é igual ao descrito formalmente pela organização (Crozier & Friedberg, 1977).

Segundo a análise estratégica de Crozier e Friedberg (1977) o tipo de fonte de poder advém de quatro características: competência ou especialização funcional; conhecimentos relacionados com a organização e o seu ambiente; conhecimento sobre o fluxo de comunicação e informação na organização; utilização das regras e regulamentos da organização.

Foucault (1982), por outro lado, defende uma conceptualização de poder que se distancia da visão de um sujeito com poder e outro sem poder, encara-o como uma teia de relações em que nenhuma ação em específico constitui poder, mas sim que o poder consiste na forma como certas ações modificam outras ações. “O exercício do poder consiste na orientação da possibilidade da conduta e ordenar o resultado possível. Basicamente o poder é menos uma confrontação entre dois adversários ou a ligação de um ao outro, do que uma questão de governo” (Foucault, 1989, pp. 228-229).

O comportamento dos profissionais num hospital não se rege apenas pelas regras e regulamentos formais das organizações que definem os papéis e funções de cada um, mas também é fruto das liberdades e posições estratégicas de cada pessoa na estrutura da organização, que coexistem com as primeiras.

Na organização – hospital o poder e a autonomia dos profissionais são estabelecidos por uma combinação de regras formais/oficiais e pelas dinâmicas interpessoais expressas pela liberdade de cada um, do que resultam jogos de poder entre atores, centrados em interesses individuais ou em interesses coletivos, mas sempre guiados pela estratégia organizacional.

A história tem mostrado que o poder no hospital reside no ato médico, com os médicos a assumirem o papel de autoridade e os outros profissionais a desempenharem apenas um papel de execução, é um poder exercido através da divisão do trabalho. Para Max Weber e Talcott Parsons o médico era descrito como a autoridade carismática, destacando a sua capacidade de influenciar e inspirar confiança. Já Henry Mintzberg coloca os médicos no centro operacional e Michel Crozier considerava que as zonas de incerteza eram controladas pelos médicos. Todos eles destacam o poder médico como profundamente enraizado, regulado internamente e crucial para a dinâmica e a gestão do hospital.

Segundo Carlos Alberto da Silva, na década de 70 “as relações de trabalho nos hospitais eram definidas numa lógica de autonomização de tarefas, mas integradas num quadro de hierarquização de competências bem estruturado, onde imperava o poder decisório do ato médico” (C. Silva, 1997, p. 122).

Carapinheiro argumenta que “a noção de acto médico é central, pois é a partir dela que se estabelecem os princípios de divisão de tarefas entre as diferentes categorias socio-profissionais” (Carapinheiro, 2005, p. 111).

Considera que a ordem e a política organizacional são determinadas pelo poder disciplinar médico:

o princípio dominante da divisão do trabalho é a oposição entre comando e execução, ou seja, a oposição entre o trabalho intelectual de diagnóstico e terapêutica e o trabalho de execução das prescrições médicas, concretizando-se na existência de duas hierarquias funcionais pela atribuição de critérios de qualificação técnica, à qual corresponde um sistema de estratificação social do pessoal do serviço. Significa que entre médicos e enfermeiros, com funções distintas no acto médico, desenvolve-se mais uma relação de dominação/subordinação do que uma relação de cooperação (Carapinheiro, 2005, p. 111).

Também para Lopes,

no campo da saúde, a possibilidade de garantir uma efetiva autonomia funcional – nos termos em que foi formulada – está associada apenas a uma profissão, que é a profissão médica. Tal facto deriva do próprio modelo de divisão técnica e social do trabalho de produção de cuidados de saúde, o qual está estruturalmente organizado em torno da noção do acto médico. (...) Quer isto dizer que, tanto no plano formal, como em termos estruturais, as prestações realizadas por outros técnicos de saúde recaem, objectivamente, na categoria de trabalho médico delegado” (Lopes, 2006, p. 29).

As decisões médicas influenciam as intervenções de outros profissionais no âmbito hospitalar, o que significa que o espaço de autonomia desses profissionais fica condicionado ou mesmo restringido, passando estes a efetuar um mero trabalho de execução (Carapinheiro, 2005; Freidson, 1978; Lopes N., 2006). A autoridade atribuída à equipa médica permite-lhe controlar toda a organização e divisão do trabalho, tentando convencer as outras profissões de que são competentes para o desempenho de muitas atividades.

Areosa e Carapinheiro (2008, p.86) considera que “o hospital contemporâneo se caracteriza, cada vez mais, como um universo fragmentado de saberes e poderes profissionais, frequentemente sobrepostos, devido à ausência de fronteiras ou delimitações objectivas de múltiplas fontes de poderes e saberes”.

Um exemplo disso é a gestão de doença complexa em pediatria, em que a sobreposição de saberes e poderes acontece quando é necessário delinear um plano individual de cuidados e requer a intervenção do pediatra, do pneumologista, do psiquiatra da infância e da adolescência, do enfermeiro, o assistente social, do fisioterapeuta e em que todas essas especialidades precisam de estar de acordo e delinear um plano de intervenção integrado.

Segundo Steudler (1974), todas as categorias profissionais que não sejam médicas possuem apenas algum poder, sempre à sombra do poder médico e administrativo.

O hospital caracteriza-se por ser uma organização complexa com vários poderes e várias atribuições derivadas do saber profissional, da organização do trabalho, da relação entre profissionais, o que origina momentos de tensão permanentes, sempre que existem opiniões divergentes. Para

minorar estas tensões, a organização hospital organiza-se em dois modelos distintos: o da hierarquia forte e a hierarquia das equipas multidisciplinares.

No modelo de hierarquia forte, que está ainda muito enraizado em vários serviços dos hospitais, a autoridade é centralizada na figura do médico, chefe de equipa, que define protocolos, diretrizes de tratamento e define o plano terapêutico, há uma segregação de funções e uma divisão das intervenções dos profissionais que constituem a equipa. Cada profissional tem responsabilidades específicas e toda a intervenção com o doente é programada pelo médico. As ordens e diretrizes vêm do topo da hierarquia, o ambiente é menos flexível e a comunicação é limitada.

Na hierarquia das equipas multidisciplinares a intervenção é mais colaborativa e holística. Os diferentes profissionais de saúde trabalham em conjunto para alcançar objetivos comuns, cada um traz a sua especificidade, tendo bem definido os papéis que desempenha na organização e permite uma intervenção mais integrada e completa dos cuidados em saúde. É uma abordagem centrada na pessoa.

Frequentemente nos deparamos com a coexistência destes dois tipos de modelo no hospital, o que cria desafios e promove oportunidades para questionar as práticas.

A dinâmica do poder nos hospitais é uma complexa interseção de hierarquias formais, competências individuais, interesses e interações interpessoais. Este poder não é unicamente exercido de cima para baixo (estruturas hierárquicas tradicionais), também se manifesta através de alianças, negociações e aplicação de conhecimentos específicos. Esta complexidade pode resultar em conflitos e tensões e incertezas dentro da organização, pelo que é necessário gerir estas dinâmicas de poder, permitindo aos profissionais que cooperem de forma eficaz e promovam a inovação por forma a melhorar o atendimento dos doentes. A definição para a melhoria é aproveitar os pontos fortes de cada um dos modelos.

4.4 As equipas multidisciplinares

As equipas multidisciplinares têm sido reconhecidas como instrumentos fundamentais e valiosos num hospital, uma vez que procuram oferecer uma assistência holística e minimizar tensões resultantes de relações de poder desigual entre os vários profissionais nos hospitais.

Drucker (1998) afirma que a equipa é um grupo, geralmente pequeno, de pessoas que possuem formação, habilitações, conhecimentos diversos e que procedem de vários sectores da organização, trabalhando juntas numa área específica. Esta noção implica um compromisso e uma responsabilidade partilhada e alicerçada no respeito pelas competências que cada membro traz para a equipa: numa equipa cada um de seus membros se sente responsável pelo resultado, uma vez que todos conhecem a tarefa a ser desenvolvida em conjunto (Drucker, 1998).

Peduzzi está em sintonia com Drucker, ao considerar que o trabalho em equipa é uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação (Peduzzi, 2001).

Na perspetiva de Savoie e Beaudin o conceito de equipa de trabalho surge de um sistema social (organização) como uma entidade. A própria equipa constitui ela própria um sistema social, dado que os membros que o constituem apresentam funções bem definidas e diferenciadas, mas interdependentes na prossecução dos objetivos. A realização de tarefas pelos membros de equipa contribui para um produto final e as equipas são detentoras de regras próprias, o que origina direitos e obrigações (Savoie & Beaudin, 1995). Esta visão reforça a interdependência dos diferentes membros da equipa, bem como sua contribuição para o produto final, através da realização de funções distintas e bem definidas.

Apesar de o hospital ser um universo de saberes e poderes profissionais, frequentemente sobrepostos, devido à fraca limitação de fronteiras ou delimitações, os profissionais que atuam neste contexto são cuidadores. O profissional de saúde desempenha um papel fundamental nos cuidados de saúde, lidando diretamente com as necessidades e preocupações de doença das pessoas e contribuindo para a manutenção ou melhoria da sua saúde.

Friedman (1987) salienta a importância dessas equipas ao lidar com a complexidade das doenças, sugerindo que a colaboração interdisciplinar pode promover um melhor atendimento ao doente, contribuindo para cuidados de saúde de melhor qualidade.

A equipa tem de compreender a diversidade dos saberes dos seus profissionais, e retirar proveito desse benefício, proporcionando que as várias disciplinas aprendam umas com as outras. O trabalho em equipa multidisciplinar exige não só colaboração entre profissionais, mas sobretudo interação e

negociação, visando o desenvolvimento de capacidades para a construção de uma interdisciplinaridade pensada em prol da melhoria da prestação dos cuidados ao doente. A exigência interdisciplinar impõe a cada especialista que ultrapasse a sua própria especialidade, tomando consciência dos seus próprios limites para acolher as contribuições das outras disciplinas.

O sucesso das equipas, pode depender de vários fatores, tais como:

- uma comunicação eficaz, capaz de minimizar conflitos e mal-entendidos, permitindo uma partilha de conhecimentos e promovendo a colaboração efetiva (West, et al., 2002);
- a liderança é outra componente essencial, um líder eficaz deve fomentar a integração entre os membros da equipa, coordenar ações e assegurar que todas as habilidades são adequadamente utilizadas e valorizadas, promovendo um ambiente de respeito mútuo e reconhecimento das competências individuais (D'Amour & Oandasan, 2005) e
- a formação contínua, que promove a atualização de conhecimentos por parte dos profissionais (Manser, 2009; S. Marshall, Harrison, & Flanagan, 2009).

Manser (2009) complementa esta visão ao destacar a importância da formação de equipas multidisciplinares para a segurança do doente. A atuação integrada dos profissionais que constituem as equipas pode minimizar erros e promover um atendimento mais seguro e eficaz.

As equipas multidisciplinares desempenham um papel vital na área da saúde mental, o modelo biopsicossocial enfatiza a necessidade de cuidados colaborativos e interdisciplinares na gestão de condições de saúde complexas, tem em consideração os fatores biológicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde e exige uma abordagem holística (Engel, 1977).

Gask (2005) destaca que uma abordagem por equipas multidisciplinares permite aos profissionais trabalhem em colaboração, compartilhem as suas perspetivas, experiências e conhecimentos, para fornecer cuidados de saúde mental eficazes e individualizados, centrados na pessoa. Esta colaboração traduz-se na definição de um plano de cuidados abrangente que considera todos os aspetos da saúde do doente e a continuidade de cuidados, fortalecendo a relação terapêutica (Puntis, et al., 2018).

As equipas de saúde mental são fundamentais na prestação de cuidados de saúde mental e apoio a crianças que enfrentam desafios emocionais, psicológicos e comportamentais. O cuidado ao doente estará sempre dependente da cooperação, da complementaridade e da interdependência que os diversos profissionais conseguem estabelecer. A dinâmica do trabalho em equipa impulsiona a troca de conhecimentos e ideias entre os diferentes profissionais para que se consiga um aproveitamento dos vários saberes.

Não se pode resumir o trabalho em equipa num hospital, apenas a colaboração, mas também de interação e negociação. A diversidade de conhecimento entre os profissionais de saúde permite um intercâmbio de experiências e ideias que impulsionam a melhoria dos cuidados prestados.

4.5 As equipas de saúde mental da infância e da adolescência

As equipas de saúde mental do Hospital de Dona Estefânia estão inseridas na Área da Pediatria - Especialidade de Pedopsiquiatria (Anexo B).

A missão desta especialidade é

“a prestação de cuidados diferenciados de saúde mental em regime de ambulatório e de internamento à população infantil e juvenil (até aos 18 anos, exclusive) da sua área de influência, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no SNS” (CHULC, 2023, p. 2).

Os cuidados são prestados por unidades especializadas, através de equipas multidisciplinares, nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicomotricistas, terapeutas da fala e terapeutas para valências específicas (CNSM & ACSS, 2012).

Segundo o Decreto-Lei n.º 113/2021 de 14 de dezembro, e considerando a reestruturação da rede hospitalar desta especialidade, é considerado um “serviço de âmbito regional os departamentos ou serviços de saúde mental da infância e da adolescência do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E. P. E., do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., e do CHULC, E. P. E.”.

Além das suas funções especializadas a nível regional, compete-lhes fornecer cuidados de saúde mental à população infantil e adolescente de forma complementar à área geodemográfica das Regiões de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve quando esses cuidados não estão disponíveis nos respetivos serviços regionais e locais.

A especialidade está organizada em várias unidades funcionais:

- Unidade da Primeira Infância (até aos 4 anos), consulta de bebés irritáveis e a consulta de bebés silenciosos;
- Unidade de Pedopsiquiatria da Segunda Infância (crianças de idade escolar dos 4 aos 12 anos) que integra o hospital de dia da infância;
- Clínica da Juventude (adolescentes dos 13 aos 18 anos), que integra o hospital de dia da adolescência⁵¹;
- Urgência de psiquiatria da infância e da adolescência⁵²;
- Unidade de Internamento (até aos 18 anos);
- Consulta de Pedopsiquiatria/ Ligação, destinada ao apoio pedopsiquiátrico aos serviços de internamento do hospital e ao acompanhamento ambulatório de crianças com seguimentos múltiplos em várias especialidades e/ ou internados no hospital. (CHULC, 2023)

⁵¹ Única equipa com instalações fora do Hospital de Dona Estefânia, situada no Parque de Saúde de Lisboa.

⁵² A urgência está integrada na Urgência Pediátrica Polivalente do HDE- CHULC. Dá resposta à área metropolitana de Lisboa e assegura a prestação de cuidados psiquiátricos urgentes a crianças e adolescentes até aos 18 anos, sete dias por semana, entre as oito e as 20h.

As necessidades de consulta de pedopsiquiatria podem ser identificadas por diversos atores, como pais, familiares, responsáveis de instituições de acolhimento, professores, pediatras, médicos de família ou outros profissionais de saúde, segurança social ou justiça. A identificação de necessidades ocorre sempre que são observados sinais evidentes de sofrimento emocional ou comportamental. Ao receber o pedido, a unidade de pedopsiquiatria realiza uma triagem inicial. É a etapa de avaliação da urgência e determinação da prioridade do atendimento.

A abordagem terapêutica enraizada nas unidades de pedopsiquiatria do CHULC, centra-se numa metodologia de trabalho que enfatiza a continuidade de cuidados e integra uma abordagem multidisciplinar, pelo que é esperado que após a avaliação, o psiquiatra da infância e da adolescência, em conjunto com a equipa multidisciplinar, desenvolva um plano de intervenção personalizado.

A metodologia de trabalho adotada baseia-se na continuidade de cuidados - da promoção da saúde mental à reabilitação - e tratamento multidisciplinar integrado (aspetos biomédicos relacionais e psicossociais). As intervenções, assentes num trabalho de equipa pluridisciplinar, privilegiam a prevenção o diagnóstico e tratamento precoces, a continuidade de cuidados, bem como a integração familiar, escolar social e o combate ao estigma (CHULC , 2023, p. 3).

Estas equipas de saúde mental, pretendem combinar as visões médica, psicológica, biológica, social, ambiental, entre outras. Só uma visão holística permite que profissionais de diversas áreas colaborem para entenderem melhor e tratarem a doença mental. Esta colaboração torna-se essencial para oferecer tratamentos mais eficazes e eficientes que abordem os sintomas e as causas subjacentes.

As atividades de diagnóstico, tratamento e reabilitação realizados no ambulatório compreendem consultas médicas de diagnóstico e de orientação terapêutica, cuidados de enfermagem, avaliações psicológicas, avaliações socio familiares, psicoterapias, apoio às famílias, terapias familiares e reeducativas, psicomotricidade, psicopedagogia, terapia ocupacional, da fala e atividades de expressão criativa e psicomotora. São desenvolvidas atividades que privilegiam a articulação com a comunidade, com vista à reintegração social e familiar do doente. A prevenção do abandono das consultas e da exclusão social. (...) A articulação funcional com os centros de saúde/ médicos de família e escolas/ jardins de infância/ creches/ infantários constitui uma prioridade, assim como com a pediatria, neurologia e outras especialidades médicas. As equipas são coordenadas por um chefe de equipa que é responsável pelo seu funcionamento (CHULC , 2023, p. 4).

Cada técnico traz uma perspetiva e um conjunto de conhecimentos diferentes, que facilitam e promovem o atendimento integral. Reuniões regulares de equipa e discussões de casos são o garante de que todos os aspetos da criança e a sua envolvência familiar e social são consideradas e integradas. A comunicação entre os diferentes elementos está no centro desta dinâmica, só assim é possível desenvolver um plano de cuidados individualizado com a criança e a sua família. Compete a cada elemento da equipa partilhar informações sobre as suas avaliações (inicial e contínuas), a

intervenção e a monitorização do plano terapêutico. Procura-se fomentar uma visão que integre a dimensão clínica, funcional e social, bem como a capacitação do meio envolvente.

As equipas de saúde mental têm enfrentado sérios desafios, relacionados com a diminuição dos recursos humanos.

Este problema tem-se manifestado de forma evidente nas equipas multidisciplinares que trabalham no HDE, sendo ilustrado pela comparação entre os recursos humanos das equipas de saúde mental da infância e da adolescência de ambulatório que intervém com adolescentes, existentes em 2017 e em 2023.

Tabela 4.1 - Recursos humanos das equipas de ambulatório da psiquiatria da infância e da adolescência em 2017 e 2023

Equipas de Ambulatório			Clínica do Parque	Clínica da Encarnação	UPSI	Clínica da Juventude		C. Pedopsiq.	
Profissionais	2017	2023	2017	2017	2023	2017	2023	2017	2023
Psiquiatra da infância e da adolescências	13	11	3	3	4	4	3	3	4
Internos Pedopsiq.	11	7	2 ⁵³	5 ⁴⁹	3 ⁴⁹	4 ⁴⁹	4 ⁴⁹	-	-
Enfermeiros	6	6	2	1	1 ⁵⁴	3	4		1 ⁵⁰
Psicólogos	8	4	2	2 ⁴⁹	1	3 ⁴⁹	2 ⁴⁹	2 ⁵¹	2 ⁵⁵
Assist. Sociais	4	3	1	1 ⁵⁰	1 ⁵¹	1	1	1 ⁵¹	1 ⁵¹
Terap.Ocupacionais	2	1	1	-	-	1	-	-	1 ⁵⁰
Terap. Fala	1	1	-	1	1	-	-	-	-
Psicomotricistas	1	2	1 ⁵⁰	1	1	1 ⁵⁰	-	-	1 ⁵⁰
Professores	1	-	-	1	-	-	-	-	-
Totais	47	35	12	15	13	17	14	6	10

Entre 2017 e 2023 houve uma diminuição de profissionais de saúde mental de 47 para 35, o que vai ao encontro do que é preconizado pela OMS que destaca que entre 2017 e 2020 houve uma diminuição de profissionais de 50 para 45 por 100 000 habitantes na Europa (World Health Organization, 2024).

No último semestre de 2023, o Hospital de Dona Estefânia tem enfrentado dificuldades em manter equipas multidisciplinares completas, agravado pela necessidade de partilhar profissionais entre diferentes equipas e serviços.

A locação de recursos permanece insuficiente para responder à crescente procura pelos serviços, que abrange 13 freguesias do Concelho de Lisboa e quatro do Concelho de Loures e todos aqueles que fora da área de intervenção solicitem ser atendidos, através de vontade expressa. E resposta a todas

⁵³ Todos os profissionais acumulam funções em mais do que uma equipa de pedopsiquiatria.

⁵⁴ Um profissional a acumular funções em mais que uma equipa de pedopsiquiatria.

⁵⁵ Todos os profissionais acumulam funções em equipas de pedopsiquiatria e em outras unidades da pediatria.

as crianças referenciados que tenham pelo menos duas consultas ativas no hospital e a todos aqueles com patologias do comportamento alimentar que tenham estado internados.

A cobertura estende-se também a áreas geográficas que carecem de recursos de pedopsiquiatria, como são exemplo: Sintra, Évora e o Algarve que permanecem sem conseguir assegurar respostas adequadas, contando por exemplo, com um psiquiatra da infância e da adolescência a 10 horas no SNS no distrito de Faro. A área de intervenção da ULS Médio Tejo (Tomar, Abrantes e Torres Novas) enfrenta desafios semelhantes, agravando a pressão sobre estas equipas.

Em suma são equipas multidisciplinares que enfrentam desafios significativos, como a restrição orçamental, a escassez de recursos humanos e a elevada procura pelos serviços de saúde mental, o que origina uma elevada sobrecarga de trabalho e uma redução da qualidade dos cuidados prestados em termos gerais.

Fundamentos metodológicos

A investigação em ciências sociais é um processo sistemático e flexível que procura compreender os fenómenos sociais utilizando diversos métodos e abordagens para se adaptar à complexidade e à mudança constante desses fenómenos.

Este capítulo tem como principal objetivo explicar detalhadamente o percurso metodológico utilizado na investigação. Serão esclarecidas as abordagens científicas, as ferramentas de pesquisa e as estratégias de análise que fundamentam o estudo. Além disso serão apresentadas as opções metodológicas adotadas, com destaque para as técnicas e os instrumentos aplicados, a amostra selecionada, os critérios éticos adotados e as etapas da análise de dados, assegurando o rigor da pesquisa e a coerência entre os objetivos e os resultados.

5.1 Os caminhos e as estratégias da investigação

A presente investigação foi estruturada com base num desenho de pesquisa que procurou responder à pergunta central inicial que orientou a realização da presente investigação. Este desenho da pesquisa, descreve as motivações e opções metodológicas, desde a formulação da questão de partida, definição do objeto de pesquisa e objetivos até ao processo de construção do modelo de análise. O desenho de pesquisa, foi criado pelo investigador, moldado pelo método, sendo sensível ao contexto e aos participantes. Após a definição metodológica, foi preciso desenhar a sequência dos processos e das estratégias a serem utilizadas e, simultaneamente, aquilo que seja necessário para visualizar o projeto no seu todo (Gómez, 2021, p. 7).

Esta investigação diferencia-se das abordagens tradicionais por adotar uma metodologia de investigação-ação, caracterizada pelo envolvimento direto de um profissional que, procura informações e conhecimentos sobre um tema específico e integra a teoria e prática na investigação. “O que a distingue, é a circunstância de ser desencadeada por alguém que tem a necessidade de informações/conhecimentos de uma situação/problema a fim de agir sobre ela e dar-lhe solução (Esteves, p. 266).

Como tal, obedece às regras epistemológicas e operativas/metodológicas de produção do conhecimento científico, nomeadamente quanto aos três momentos epistemológicos de rutura, construção e verificação e quanto ao rigor e coerência dos métodos (Capucha, 2024, p. 47).

O investigador incorpora o saber adquirido ao longo do exercício profissional, utilizando-o como base para questionar e refletir sobre os saberes existentes. A teoria, neste contexto, é mobilizada para desafiar, aprofundar e contextualizar esses saberes, através de uma análise crítica que articula a experiência prática com o enquadramento teórico, contribuindo para produzir conhecimentos científicos válidos. Está no centro da pesquisa, na confluência entre a prática profissional e o exercício reflexivo individual, procura se distanciar da posição de observador passivo ou executor de intervenções para trazer novos conhecimentos da prática para a teoria e inversamente aplicar novas teorias à prática, enriquecendo ambas as realidades.

Traduzir um projeto de investigação numa questão de partida clara e precisa não foi uma tarefa fácil, foi um desafio que implicou organizar várias ideias complexas, pensadas ao longo dos anos e transformadas numa pergunta específica, direcionada para o cerne do que pretendemos explorar, sem ser excessivamente ampla ou demasiado restritiva.

Seguindo a metáfora de Stake (2011, p.84), imagine-se que estávamos a separar tudo o que aprendemos ao longo de vida de duas formas distintas: ouvindo a voz da experiência dos mais velhos e através da navegação na internet. Organizar o conhecimento por método de aprendizagem (ouvir versus navegar) resultaria numa pesquisa confusa e fragmentada. O essencial, como aponta Stake, é primeiro definir o que se precisa saber e só depois determinar a abordagem para encontrar as respostas. Organizar a pesquisa por conteúdo, e não pelo método, permite focar no cerne da questão e explorar as nuances da investigação sem dispersar esforços com abordagens diferentes.

Como já referimos nesta tese, procuramos respostas para a seguinte questão:

De que forma as dinâmicas, interações e a interdisciplinaridade entre os profissionais das equipas de saúde mental da infância e da adolescência do Hospital de Dona Estefânia influenciam a implementação da abordagem recovery com as crianças e as suas famílias?

Partimos do princípio, de que a experiência profissional e as interações entre os vários profissionais dos serviços de saúde mental da infância e a da adolescência têm originado uma maior compreensão das intervenções ao nível da saúde mental. Assume-se que para promover e estimular a colaboração interdisciplinar é necessário incluir a perspetiva das crianças e dos familiares no centro da intervenção. Existem lacunas por explorar ao nível de informação no campo da saúde mental da infância e adolescência, relativamente às experiências vividas pelas crianças e suas famílias, às necessidades de suporte emocional e terapêutico, e à adequação das práticas e políticas adotadas pelas equipas de saúde, e por isso esta pesquisa pode responder a algumas destas questões.

A investigação visa aspetos a melhorar nas equipas multidisciplinares e nos serviços oferecidos, bem como avaliar em que medida essas lacunas afetam a implementação eficaz da abordagem *recovery*. Assim o objeto de pesquisa são as dinâmicas, interações e colaboração interdisciplinar entre

os profissionais das equipes de saúde mental da infância e adolescência do Hospital de Dona Estefânia e a sua relação com a abordagem *recovery*.

Neste estudo procuramos compreender como a dinâmica, a interação e o grau de interdisciplinaridade entre os profissionais das equipes de saúde mental da infância e da adolescência influenciam a utilização da abordagem *recovery*. Para alcançar este objetivo geral, foram definidos dois objetivos específicos:

- perceber o funcionamento e a colaboração interdisciplinar nas equipes de saúde mental da infância e da adolescência, destacando o papel do assistente social nas tomadas de decisão e na promoção de uma cultura multidisciplinar;
- entender as percepções das crianças e dos familiares sobre a intervenção das equipes de saúde mental da infância e da adolescência, realçando os significados atribuídos à saúde mental, a sua participação nas tomadas de decisão, a abordagem *recovery* e os aspetos a melhorar.

Com base nas ideias de Gummesson (1991), esta investigação adota uma abordagem fenomenológica que se centra na compreensão e interpretação dos fenómenos estudados, valorizando as experiências e perspetivas dos participantes no contexto específico em que ocorrem. O que implica em vez de amplas generalizações, concentração nas generalizações específicas e concretas (“teoria local”).

Pretende-se preencher lacunas de informação no campo da saúde mental centrando o conhecimento nas experiências e necessidades das crianças e suas famílias, bem como nas práticas e políticas adotadas pelos profissionais no Hospital de Dona Estefânia.

O modelo de análise tem o seu enfoque principal na dinâmica, interação e interdisciplinaridade no contexto da saúde mental da infância e adolescência, centrando-se especialmente na perspetiva dos elementos das equipes de saúde mental da infância, das crianças e dos familiares. Procuramos explorar as experiências e desafios que todos os envolvidos enfrentam no contexto da saúde mental, destacando a complexidade e particularidades intrínsecas a essa realidade.

Foram tidos em conta os seguintes eixos de análise:

- i) Políticas de saúde mental; Hospital, Família e Comunidade
- ii) Equipes de saúde mental
- iii) Cultura multidisciplinar e Serviço Social
- iv) *Recovery* como fator essencial na adaptação e participação social.

Este modelo de análise coloca a criança no centro da intervenção e destaca os vários contextos envolvidos no processo de *recovery*: a família nuclear, a escola, a comunidade, os serviços de saúde mental e as políticas de saúde mental.

A integração da criança no processo de *recovery* é o objetivo principal de todo o sistema de suporte. As políticas de saúde mental são o elemento regulador que cria as condições, oferece recursos e estabelece diretrizes que permitem o funcionamento desse sistema de apoio.

A criança é o foco das intervenções e ações e em torno de si temos vários componentes essenciais para a *recovery*. A família é um dos pilares fundamentais, fornecendo apoio emocional, orientação, transmissão de valores, ajuda na tomada de decisões e no estabelecimento de limites. A comunidade, oferecendo suporte social, educacional e serviços que ajudam a criança a se integrar de forma saudável. O hospital representa o suporte clínico e terapêutico especializado, onde diferentes equipes de saúde mental atuam. Essas equipes incluem o psiquiatra da infância e da adolescência, enfermeiro de saúde mental, o psicólogo clínico, o assistente social, o psicomotricista e o terapeuta ocupacional.

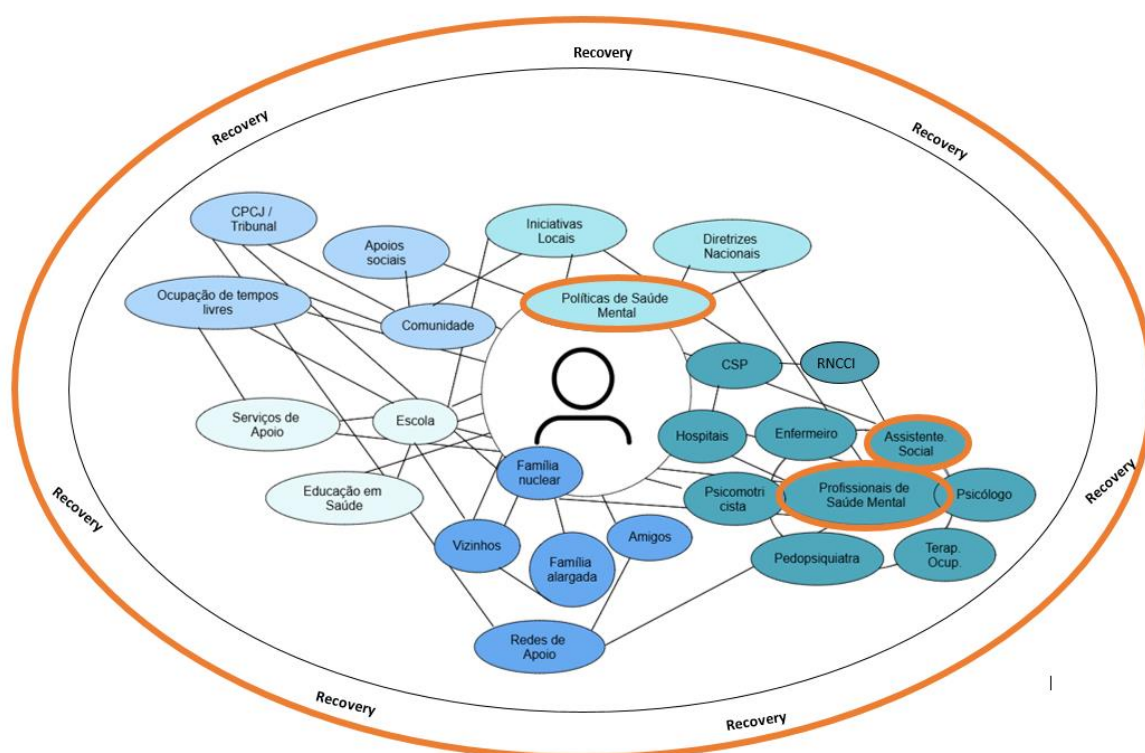


Figura 5.1 - Modelo de análise

Este diagrama demonstra que a utilização da abordagem *recovery* com crianças é um processo multifacetado, que envolve a interação de diferentes profissionais, redes sociais de suporte informal, a comunidade e políticas de saúde mental que sustentem e guiem essas ações. Todos esses fatores têm de trabalhar juntos formando uma teia de suporte, reforçando-se uns aos outros para promover a abordagem *recovery*.

5.2 A escolha do estudo de caso

A forma como a questão de partida foi formulada determinou em grande parte os métodos a utilizar na pesquisa, tendo-se optado por utilizar o método de estudo de caso, o qual

consiste no exame intensivo, tanto em amplitude como em profundidade, e utilizando todas as técnicas disponíveis, de uma amostra particular, seleccionada de acordo com determinado objectivo (ou, no máximo, de um certo número de unidades de amostragem), de um fenómeno social, ordenando os dados resultantes por forma a preservar o carácter unitário da amostra, tudo isto com a finalidade última de obter uma ampla compreensão do fenómeno na sua totalidade (Greenwood, 1965, p. 331).

Permite investigar fenómenos contemporâneos no seu meio ambiente, (abordagem empírica), apoiando-nos em múltiplas e variadas fontes de dados para garantir uma compreensão abrangente (Goméz, 2021; Yin R., 2001).

As decisões de quando usar um estudo de caso, como método de pesquisa, são múltiplas e dependem de vários fatores. São apropriados para questões do tipo "como" e "porquê", quando se procura entender fenómenos específicos num contexto da vida real, especialmente quando se trata de fenómenos contemporâneos e o investigador tem algum controlo sobre os eventos em questão (Yin R. , 1984).

É particularmente útil quando o conhecimento existente sobre um determinado fenómeno é limitado e as teorias disponíveis para explicá-lo não são adequadas (Halinen & Tornroos, 1984) e torna-se essencial sempre que há a necessidade de explorar uma decisão ou situação que ainda não está claramente definida ou bem compreendida, permitindo que se aprofunde a compreensão sobre processos dinâmicos e relações específicas (Macnealy, 1997).

É uma ferramenta poderosa para aprofundar o entendimento em situações complexas, onde uma abordagem quantitativa pode não capturar toda a nuance e profundidade exigidas (Stake, 1995).

Esta abordagem é considerada uma metodologia essencial para compreender os fenómenos sociais, permite captar experiências, significados e práticas sociais de uma forma que os métodos quantitativos não conseguem, o ambiente ou contexto em que os fenómenos ocorrem é crucial para a compreensão dos mesmos e reconhece a importância das experiências subjetivas das pessoas (Bourdieu, Chamboredon, & Passeron, 1968).

Para Stake (1995) existem três tipos de estudo de casos: o estudo de caso intrínseco, o instrumental e o coletivo:

– Intrínseco, o investigador pretende uma compreensão aprofundada de um caso particular e não tanto um fenómeno genérico ou generalizável.

- Instrumental, existe um interesse ou um propósito de encontrar indicadores suscetíveis de generalização, pretende-se fornecer e proporcionar conhecimento sobre um assunto, refinar uma teoria. Funciona como um instrumento para compreender outro fenómeno.
- Coletivo, é alargado a vários casos para possibilitar comparação, maior conhecimento sobre o fenómeno que permita uma melhor teorização

Para Yin (1984), os estudos de caso classificam-se em:

- Descritivo, procura descrever o fenómeno dentro do seu contexto natural, permite capturar a complexidade e a riqueza de um fenómeno em particular.
- Exploratório, investiga problemas pouco conhecidos, tem por objetivo identificar questões e estabelecer prioridades para futuras investigações.
- Explanatório possui o objetivo de explicar relações de causa e efeito a partir de uma teoria, procuram entender porque algo aconteceu, identificando os fatores causais e as suas interações específicas.

Nesta investigação, optámos pela metodologia do estudo de caso intrínseco/descritivo, porque o nosso principal interesse residiu num caso específico, procurámos uma compreensão profunda e holística do mesmo, ao invés de procurarmos um fenómeno genérico ou generalizações (Stake, 1995) ou usar o caso como um meio para compreender outras especificidades. O nosso foco assenta na análise e descrição do caso no seu contexto natural, enfatizando detalhes e particularidades, capturando a complexidade e a riqueza inerente a um fenómeno em particular (Yin R. , 1984).

Muitas das situações que não conseguimos observar diretamente já foram ou estão a ser observadas por outros. No contexto dos estudos de caso, as descrições e interpretações dos outros assumem uma riqueza inqualificável, porque cada pessoa tem uma perspetiva única sobre as mesmas questões (Stake, 2011). Neste sentido as técnicas privilegiadas para o estudo foram a entrevista., a observação participante, a análise crítica da minha experiência profissional e a análise documental.

A entrevista é uma técnica utilizada num processo de produção de conhecimento para obter informações singulares ou interpretações da pessoa entrevistada. Permite obter informações de várias pessoas, dependendo o número dos objetivos definidos da investigação e da exaustão dessa mesma informação. Permite descobrir factos que por si só o investigador não consegue descobrir. Permite ainda uma compreensão detalhada das perspetivas dos participantes, na medida em que as suas vozes e experiências são ouvidas de forma autêntica, e explorar temas emergentes, aprofundando áreas específicas de interesse que surgem durante a entrevista, facilitando uma exploração mais rica e detalhada dos fenómenos sociais (Bourdieu, Chamboredon, & Passeron, 1968).

Trata-se de uma técnica de pesquisa para coleta de dados cujo objetivo básico é entender e compreender o significado que os entrevistados atribuem a questões e situações, em contextos que não foram estruturados anteriormente com base em teorias, suposições e conjecturas do pesquisador (G. Martins, 2008, p. 22).

A entrevista é uma técnica de produção de informação que utiliza a comunicação verbal entre investigador e os indivíduos observados e que tem por objetivo produzir discursos mais ou menos estruturados e contínuos sobre um determinado tema a definir no âmbito da pesquisa (Bourdieu, 1993, p. 27).

Consoante o seu nível de estruturação, as entrevistas podem ser classificadas em entrevista não estruturada, semiestruturada e estruturada.

- Entrevista não estruturada: é uma forma flexível de entrevista que não segue um guião pré-definido. O entrevistador tem liberdade para fazer perguntas com base no fluxo da conversa. Uma das principais vantagens é que ela permite o aprofundamento em detalhes específicos conforme eles surgem, podendo gerar informações inesperadas e relevantes. O formato não estruturado é mais natural e pode fazer o entrevistado sentir-se mais à vontade.
- Entrevista estruturada: segue um guião fixo e pré-determinado. Todas as perguntas são pré-definidas e feitas da mesma forma para todos os entrevistados, fornece dados consistentes e comparáveis entre diferentes entrevistados, reduzindo o potencial de visão do entrevistador e facilitando a análise estatística. Não permite o aprofundamento em detalhes que não estão no guião, podendo-se perder informações úteis.
- Entrevista semiestruturada: combina características das entrevistas estruturadas e não estruturadas. O entrevistador tem uma lista de tópicos a serem abordados, mas também tem liberdade para explorar outros temas ou fazer perguntas adicionais conforme a necessidade. Combina a estrutura com a flexibilidade. Facilita a comparação entre entrevistas, uma vez que se mantém algum grau de conformidade (G. Martins, 2008).

Para escolher o tipo de entrevista foi essencial considerar o objetivo da pesquisa e a natureza da informação desejada, pelo que se optou pela utilização da entrevista semiestruturada.

A investigação abrange três grupos populacionais distintos (profissionais, crianças e familiares), pelo que foram elaborados dois guiões específicos para as entrevistas: o guião dirigido aos profissionais (Anexo C), e o guião destinado às crianças e familiares (Anexo D), garantindo uma abordagem adaptada a cada grupo.

As entrevistas foram realizadas no período de tempo compreendido entre os meses de abril e junho de 2024.

A observação participante é uma técnica essencial na pesquisa qualitativa que permite ao investigador participar diretamente no contexto estudado (Rebolo, 2021). Neste caso o investigador é parte do grupo que integra, o que lhe permite uma visão privilegiada das dinâmicas sociais, das interações e dos comportamentos das pessoas no seu ambiente natural. O investigador não apenas observa, mas também interage, enriquecendo a compreensão do fenómeno (Costa, 1986).

A análise crítica da experiência profissional consiste em uma reflexão sistemática e fundamentada sobre as vivências do investigador enquanto profissional da área em estudo. No âmbito da investigação-ação, esta análise é particularmente valiosa porque o investigador já está inserido no campo e possui conhecimentos teóricos e práticos. No entanto, houve o cuidado de garantir que a análise fosse conduzida de forma reflexiva e crítica, evitando enviesamentos e garantindo a objetividade através de triangulação com outras técnicas, como a análise documental ou a observação participante.

A análise documental foi utilizada através do exame sistemático de documentos relevantes para o contexto da pesquisa, como relatórios, políticas, registos ou orientações institucionais, e proporcionou informações históricas, estruturais e normativas que ajudaram a realizar as entrevistas e a contextualizar as práticas profissionais e os fenómenos observados (Bowen, 2009).

A articulação destas quatro abordagens: entrevista semiestruturada, observação participante, análise crítica da experiência profissional e análise documental permitiram uma análise aprofundada e compreensiva dos fenómenos estudados, e assegurar que as diferentes perspetivas (observadas, vividas, documentadas e expressas) são integradas de forma coerente e fundamentada, fortalecendo os resultados da investigação.

5.3 O contexto e os participantes do estudo

O universo de estudo da investigação são os profissionais que constituem as equipas de ambulatório que intervém com crianças na fase da adolescência, integrados na: Unidade de Pedopsiquiatria da Segunda Infância, na Clínica da Juventude e na Consulta de Pedopsiquiatria, as crianças aí acompanhadas e os seus familiares.

Historicamente, a génese destas equipas de saúde mental da infância e adolescência remontam ao Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil de Lisboa, que foi integrado no Hospital de Dona Estefânia.

Estas equipas, inicialmente, funcionavam maioritariamente em instalações fora dos hospitais, distribuídas pela cidade de Lisboa (por exemplo junto à Av. 24 julho, ou no Bairro da Encarnação), próximas da população que serviam. Com o aparecimento de novas estruturas hospitalares e a consequente redefinição da rede hospitalar, foram se extinguindo e atualmente estão integradas em hospitais: duas sediadas no Hospital de Dona Estefânia (a Unidade Pedopsiquiatria da Segunda Infância- UPSI e a Equipa de Ligação) e uma delas no Hospital Júlio de Matos (Clínica da Juventude).

A UPSI é a equipa mais recente, com dois anos, e decorre da fusão de duas equipas de apoio à segunda infância que intervinham com crianças entre os 3 e os 13 anos de idade: a Clínica da Encarnação e a Clínica do Parque. Destas duas equipas, a primeira equipa a ser transferida para o Hospital de Dona Estefânia foi a Clínica da Encarnação, em 2017, (tal como o nome indica, situada no Bairro da Encarnação, freguesia da Misericórdia), passando a denominar-se Clínica da Pedopsiquiatria e posteriormente foi transferida a Clínica do Parque (situada no Parque de Saúde de Lisboa – Hospital Júlio de Matos). As atuais instalações da UPSI são no 1.º andar e utilizam alguns gabinetes do rés do chão do edifício da pedopsiquiatria, deixado vago pelo internamento de pedopsiquiatria, junto da cerca do Hospital de Dona Estefânia.

A Consulta de Pedopsiquiatria remonta à data da integração da pedopsiquiatria no Hospital de Dona Estefânia em 1992 e responde a crianças com doença crónica que são seguidas em mais do que duas especialidades no HDE, ou que tenham estado internadas e necessitem de continuidade de cuidados, ocupa os restantes gabinetes do rés do chão do edifício da pedopsiquiatria.

A Clínica da Juventude foi criada em 1974, na altura denominada Escola dos Cedros, a terminologia para Clínica da Juventude só ocorreu em 1987 e está localizada no Pavilhão 34 do Parque de Saúde de Lisboa, no Hospital Júlio de Matos e é especializada em crianças com idades entre os 13 e os 18 anos.

Em todas as instalações das equipas os gabinetes são individuais, adstritos a um profissional, e em regra utilizados apenas por esse profissional ou em regime de exceção na sua ausência por internos de pedopsiquiatria que não possuem gabinetes associados, ou por outros técnicos das equipas que não estão a tempo inteiro, como é o caso das assistentes sociais da Consulta de Pedopsiquiatria ou da

UPSI que têm o seu gabinete em outro espaço do hospital e se deslocam à equipa para fazer o atendimento. Apenas a assistente social da Clínica da Juventude possui gabinete próprio.

As equipas são compostas por diversos profissionais, cada um contribuindo com conhecimentos únicos para responder às necessidades identificadas. Incluem frequentemente: psiquiatras e internos de psiquiatria da infância e adolescência, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, psicomotricista e professores, mas a alocação de recursos e diversidade de técnicos que as constituem, continua a ser muito limitada, uma vez que a maioria das equipas conta com profissionais que dividem o seu tempo entre diferentes funções e serviços, muitas vezes exercendo a sua atividade a meio tempo, ou por períodos ainda mais reduzidos.

Os profissionais que compõem as equipas estão distribuídos por oito categorias profissionais.

Tabela 5.1 - Recursos humanos das equipas de ambulatório de psiquiatria da infância e adolescência em 04/12/2023

EQUIPAS DE AMBULATÓRIO PROFISSIONAIS		UNIDADE PEDOPSIQUIATRIA A 2.ª INFÂNCIA (UPSI)	CLÍNICA DA JUVENTUDE	EQUIPA DE LIGAÇÃO/C. PEDOPSIQ.
PSIQUIATRA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIAS	11	4	3	4
INTERNOS DE PSIQUIATRA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIAS	7	3	4	0
ENFERMEIROS	6	1	4	1 ⁵⁶
PSICÓLOGOS	4	1	1	2 ⁵⁷
ASSISTENTES SOCIAIS	3	1	1	1
TERAPEUTAS OCUPACIONAIS	1	0	0	1
TERAPEUTAS DA FALA	1	1	0	0
PSICOMOTRICISTA	2	1	0	1
TOTAL	35	12	13	10

Por se tratar de um estudo de caso, a definição da amostra apresentou um elevado grau de complexidade, pelo que se optou por definir os critérios de elegibilidade para seleção da amostra.

Os critérios para a definição da dimensão da amostra desejável do grupo dos profissionais foram:

- pertencerem às equipas de ambulatório da psiquiatria da infância e adolescência do HDE que intervém com crianças na fase da adolescência (10 e 17 anos);
- a sua categoria profissional se integrar nas seguintes: médicos psiquiatra da infância e da adolescência, internos de pedopsiquiatria, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais ou terapeutas da fala e psicomotricistas;

⁵⁶ Enfermeiro acumula funções na Unidade de Pedopsiquiatria da Segunda Infância.

⁵⁷ Psicólogo acumula funções na Clínica da Juventude.

Para as crianças, os critérios definidos para inclusão de elegibilidade para entrevista foram:

- idade compreendida entre os 10 e os 17 anos, inclusive;
- estarem ao cuidado dos pais ou de outro familiar;
- frequentarem as consultas de pedopsiquiatria do HDE e serem acompanhados em serviços de saúde mental há mais de um ano;
- não possuírem história prévia de internamento;
- falarem fluentemente o português;
- estarem clinicamente avaliados como tendo capacidade para participar na entrevista.

Relativamente aos familiares, considera-se critério de inclusão ser mãe, pai ou familiar que acompanha regularmente a criança às consultas de pedopsiquiatria.

A amostra foi intencional, pois todos os profissionais identificados foram incluídos na amostra (Fontanella, 2021) e foi utilizada a técnica de saturação.

Não obedeceu a regras fixas, nem especificou de início o número de unidades a seleccionar. Aceitámos o princípio de que a dimensão da amostra poderia ser alterada ao longo da investigação, de forma a que fossem seleccionadas as pessoas geradoras de melhor qualidade e riqueza da informação, e a que se pudesse interromper o número de seleccionados quando se entendesse que se chegou a um ponto de saturação pela quantidade e diversidade de informação recolhida, de modo que nenhuma resposta suplementar acrescentasse informação adicional. De facto, a saturação teórica alcança-se quando o investigador (que recolhe ao mesmo que analisa a informação) entende que os novos dados começam a ser repetitivos e deixam de fornecer novas informações (Olabuénaga, s.d., p. 66).

Para garantir a participação dos intervenientes procedeu-se a um agendamento flexível e adequado às necessidades dos participantes nas entrevistas. Foram tidos em consideração os horários variados e os compromissos de cada um. No entanto, essa tarefa nem sempre foi fácil, devido à falta de tempo disponível por parte dos entrevistados, o que exigiu um esforço adicional para conciliar as agendas e minimizar os conflitos de horário.

Relativamente às entrevistas aos profissionais foram utilizadas as reuniões de equipa para explicar o propósito da investigação e o entendimento claro do objetivo da entrevista e a importância da sua contribuição para a investigação. Numa fase posterior procedeu-se ao agendamento das entrevistas, tendo os profissionais sido contactados pessoalmente, através de encontros presenciais breves, telefonemas ou e-mails personalizados.

Foram privilegiados os horários disponíveis, procurando ir ao encontro do desejo dos profissionais, aumentando a probabilidade da sua participação e diminuindo o impacto das entrevistas nas suas responsabilidades profissionais diárias.

No que concerne às entrevistas às crianças e aos familiares, foram escolhidos dias aleatórios mediante a disponibilidade da investigadora e o convite foi intermediado por um profissional da equipa de saúde mental pela qual a criança é acompanhado, que questionava diretamente às crianças e aos familiares sobre a sua vontade de fazerem parte da investigação. Os dias específicos para a realização da entrevista foram combinados entre o investigador e as equipas, por forma a estar presente nesse dia em consulta o maior número de técnicos possível.

Foi aproveitada a vinda ao serviço das crianças para a realização das mesmas e não existiu perceção de danos físicos, psicológicos, legais ou sociais para os participantes.

5.4 Os aspetos éticos e a proteção de dados

A realização desta investigação no local onde exerço a minha atividade profissional acarretou diversas questões éticas. A dualidade de funções, como assistente social e investigadora colocou alguns desafios, tendo me apoiado na teoria para estabelecer a rutura entre o que eu pensava saber e as minhas convicções e o que é o conhecimento científico.

O pedido de aprovação institucional incluiu, pedido de autorização ao responsável da Área da Pedopsiquiatria (Anexo E) e submissão do projeto de investigação ao Centro de Investigação do CHULC cumprindo todos os requisitos definidos na Circular Informativa INV. 101 (Anexo F). Adicionalmente foi solicitado o parecer da Comissão de Ética para a Saúde (Anexo G) culminando na aprovação do estudo pelo Conselho de Administração (Anexo H), garantindo assim que todas as normas e diretrizes da instituição e boas práticas de pesquisa são respeitadas.

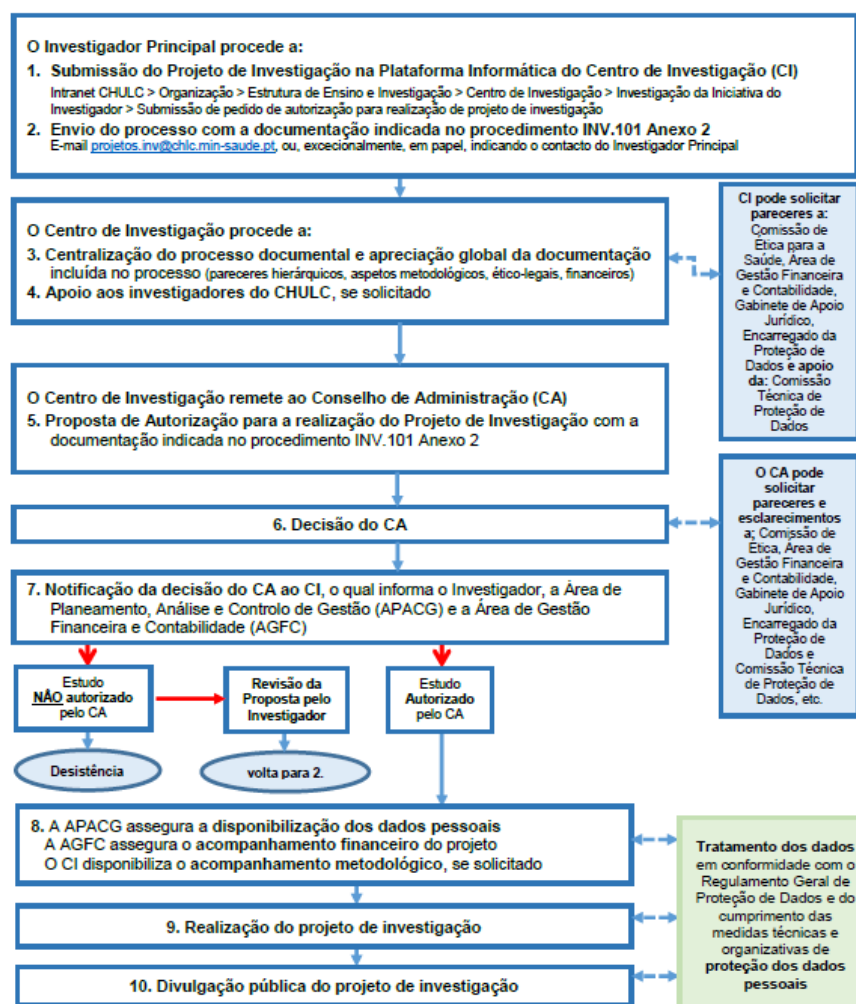


Figura 5.2 - Circuito para obtenção de autorização hierárquica⁵⁸

⁵⁸ Procedimento Multissetorial – INV101 - Realização no CHULC de projetos de investigação.

A investigação foi conduzida com honestidade e transparência, comunicando os métodos e a abordagem utilizados de forma clara e seguindo os princípios da unidade de saúde no qual me insiro.

O objetivo primário da investigação em saúde é gerar novo conhecimento útil. A finalidade da investigação jamais deve prevalecer sobre os direitos e interesses individuais da pessoa. A investigação em saúde é orientada pelo primado da pessoa, devendo os direitos a integridade, a dignidade e a vida humana prevalecer sobre os interesses da ciência (CHULC, 2022, p. 2).

O Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia, foi escrupulosamente seguido, garantindo a conformidade na recolha, processamento e armazenamento de dados pessoais. Foi considerado desde o primeiro momento que o respeito pela privacidade e a integridade dos dados dos participantes é primordial. Assim, todos os dados pessoais recolhidos e utilizados no decorrer deste estudo foram tratados com a máxima confidencialidade e segurança, em conformidade com as normativas do RGPD.

Os princípios éticos para garantir o bem-estar e o respeito pelos participantes envolvidos e a integridade da pesquisa foram adotados. A qualidade científica, o respeito pela dignidade e pelos direitos dos participantes foram encarados como fundamentais no sentido de se garantir rigor, validade e confiabilidade.

Num primeiro momento foi contextualizada as linhas gerais da investigação; objetivos da entrevista e expressa a garantia de confidencialidade dos dados e o anonimato do entrevistado (leitura e assinatura do consentimento informado), bem como a autorização para gravação áudio da entrevista.

Foram seguidos os princípios definidos pelo CHULC, explanados no procedimento multissetorial INV 103 – Consentimento informado e esclarecido para investigação (Anexo I).

Foi explicitado que a participação no estudo era inteiramente voluntária e foi garantido que todos os participantes compreenderam que a sua decisão de participarem ou não, não tem qualquer impacto na relação profissional estabelecida ou, no caso das crianças e dos seus familiares, nos cuidados de saúde mental que recebem. Por forma a garantir esta situação, todos os participantes assinaram um consentimento de participação, onde foram informados sobre o objetivo da pesquisa, a metodologia e as medidas para proteção de dados pessoais, o que é pretendido deles e que têm o direito a retirarem o seu consentimento sem qualquer consequência. Apenas foi solicitado o consentimento após a garantia de que o inquirido ficou devidamente esclarecido.

O consentimento para o tratamento de dados pessoais foi obtido por meio de formulários específicos, elaborados de forma escrita, e direcionados a três grupos distintos: profissionais e familiares (Anexo J), crianças até aos 13 anos (Anexo K) e crianças com idades entre os 14 e os 17 anos (Anexo L).

Além disso, foi solicitado o preenchimento do termo de consentimento informado, que incluía uma folha de informação ao participante com detalhes sobre o âmbito da investigação, o nome e os contatos do investigador, o tema, os objetivos do estudo, o uso dos dados e as garantias de confidencialidade. O consentimento informado também foi direcionado a três grupos distintos: profissionais e familiares (Anexo M), crianças até aos 13 anos (Anexo N) e crianças com idades entre os 14 e os 17 anos (Anexo O).

Apesar da minha posição proporcionar familiaridade com os profissionais, foi protegida a sua privacidade e confidencialidade. Também foram implementadas medidas de segurança para o armazenamento seguro dos dados recolhidos e a proteção da identidade dos participantes.

Na recolha dos dados, os dados foram pseudonimizados, as informações que poderiam ser usadas para identificar diretamente a pessoa, foram substituídas por pseudónimos ou códigos, dificultando a associação direta entre os dados e a pessoa real.

O acesso aos dados pseudonimizados foi rigorosamente controlado e limitado ao investigador principal e aos orientadores da investigação, para apenas pessoas com uma razão legítima e justificada terem acesso aos dados.

A proteção das chaves de pseudonimização e os documentos em papel passíveis de identificar os participantes foram guardados num armário fechado com chave nas instalações da ULS S. José, acessível apenas à investigadora principal, as digitalizações e o armazenamento eletrónico foram guardadas em *pen* exclusiva para o efeito, também ela guardada no armário fechado com chave. Em suma foi mantida uma abordagem proactiva para a segurança de dados que foram revistas regularmente ao longo da investigação.

Ao nível das gravações áudio, foi garantida a privacidade e a segurança dos dados, pelo que também estes dados foram armazenados em dispositivos seguros e protegidos por senha de acesso exclusivo pela investigadora principal.

Ao nível das categorias de dados foram recolhidos os seguintes dados para os:

- Profissionais de saúde: dados de características pessoais (idade e género), dados académicos (habilitações académicas) e dados relativos a emprego (profissão e número de anos de trabalho);
- Crianças: dados de características pessoais (idade, género, língua materna e constituição da família), dados académicos (habilitações académicas) e categorias especiais de dados (acompanhamento em saúde mental);
- Familiares: dados de características pessoais (idade, género, parentesco com a criança e constituição da família), dados académicos (habilitações académicas) e dados profissionais (profissão).

Não foram utilizados os processos dos doentes (SCLínico).

Em resumo, a condução de uma pesquisa no local de trabalho apresenta desafios únicos, mas que podem ser ultrapassados, garantindo a segurança dos participantes, a idoneidade e a qualidade da pesquisa.

5.5 A compreensão e análise dos dados

Efetuada as entrevistas, o próximo passo foi a transcrição e consequente análise de conteúdo, técnica fundamental para compreender a percepção dos entrevistados sobre os temas sobre os quais foram questionados e que conclusões podemos tirar do que nos foi dito. A análise de conteúdo é assim entendida como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem as inferências de conhecimentos relativos de condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2004, p. 41).

Trata-se de uma técnica de pesquisa que objetiva criar inferências válidas e replicáveis de textos (ou outro conteúdo significativo) para os contextos de seu uso” (Krippendorff, 1980, p. 10).

O tipo de análise de conteúdo efetuada foi a análise temática categorial e neste caso, segundo Bardin (1977), a organização da análise é feita através de 3 etapas cronológicas:

1. Pré-análise, é a fase em que se organiza o material que irá ser analisado, com o objetivo de torná-lo operacional e sistematizar as ideias iniciais;
2. Exploração do material, é “a administração sistemática das decisões tomadas” (Bardin, 1977, p. 101)
3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase em que se procede à leitura flutuante, “estabelecendo contacto com os documentos a analisar, e em conhecer o texto, deixando-se invadir pelas primeiras impressões e orientações” (Bardin, 1977, p. 96). É nesta etapa que podem surgir as primeiras hipóteses, ou afirmações provisórias, e é a fase em que se escolhem os documentos para a constituição do *corpus* (material a analisar).

A escolha do material a analisar foi realizada segundo as cinco regras de Bardin:

- regra da exaustividade: uma vez definido o *corpus*, deve-se esgotar a totalidade dos elementos que o compõem;
- regra da representatividade: a amostra deve representar o universo (embora não se procure uma representatividade estatística, como nas técnicas quantitativas, a ideia é que os

participantes possibilitem compreender as principais características, dinâmicas ou fenómenos do grupo em questão);

- regra da homogeneidade: os dados devem obedecer a critérios precisos, referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e serem realizadas por pessoas semelhantes;
- regra da pertinência: os documentos devem ser adaptados ao objetivo que origina a análise;
- regra da exclusividade: cada unidade de análise é classificada apenas numa categoria, sem sobreposição.

A análise temática seguiu as fases propostas por Bardin, começando pela pré-análise, que incluiu uma leitura flutuante e compreensiva dos dados para obter uma visão geral e identificar as particularidades relevantes. Em seguida, procedeu-se à transcrição e leitura exaustiva dos dados recolhidos, garantindo uma imersão detalhada no material. Na etapa de exploração do material, foram realizadas a identificação das unidades de registo, a seleção de citações significativas e a codificação das categorias analíticas, organizando os dados de forma a permitir uma interpretação aprofundada e sistemática. (Bardin, 1977).

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (Bardin, 1977, p. 117).

Para serem consideradas boas as categorias devem possuir certas qualidades:

- exclusão mútua, cada elemento da comunicação só pode existir em uma categoria;
- homogeneidade, para definir uma categoria é necessário haver só uma dimensão da análise;
- pertinência, as categorias devem dizer respeito aos objetivos da pesquisa;
- objetividade e fidelidade, se forem bem definidas e claros os índices e os indicadores que determinam a entrada de um elemento da comunicação numa categoria, não haverá distorções devido à subjetividade dos analistas;
- produtividade, serão produtivas se os resultados forem férteis em inferência e em hipóteses novas.

Nesta investigação a análise de conteúdo foi realizada com recurso ao software MAXQDA e transformou inferências em interpretações. O objetivo foi revelar o que está oculto nas comunicações, compreendendo o verdadeiro significado do discurso proferido, explorando afirmações e constatações e convertendo-as em categorias e unidades de análise extraídas das entrevistas.

Com esta ferramenta foi possível organizar e gerir as informações recolhidas de forma eficiente, através da criação de códigos e notas que ajudaram a manter o foco nos objetivos e a analisar de forma

aprofundada os dados, identificando padrões relevantes. As ferramentas de visualização de dados, como tabelas, mapas de conceitos, gráficos ou nuvens de palavras, também ajudaram a interpretar os dados de forma mais clara.

Terminada esta etapa é hora de narrar cientificamente os resultados e reportá-los.

5.6 O perfil e as características dos participantes

Como já foi dito, foi realizada a codificação dos entrevistados com o objetivo de garantir a confidencialidade e anonimato das respostas, ao mesmo tempo que facilitava a organização dos dados para a análise de conteúdo.

Para isso, cada participante recebeu um código único, permitindo a identificação do discurso sem expor suas identidades. O critério de codificação utilizado foi um sistema alfanumérico, em que cada Entrevista foi identificado pela letra "E", representando "Entrevista", seguida de um número, como "E1", "E2", "E3", e assim por diante, que não representa a sequência com que as entrevistas foram realizadas. A juntar a estes dois códigos, foi ainda associada a distinção se os entrevistas eram realizadas a profissionais médicos "Prof.M" ou não médicos identificados "Prof.NM", crianças "Cç" ou familiares "Fam".

Devido ao tamanho reduzido da amostra no que se refere às categorias profissionais, optou-se por agrupar os profissionais entrevistados em duas categorias principais: médicos e não médicos. Essa decisão foi tomada com o objetivo de proteger a identidade dos participantes, uma vez que a identificação poderia ser revelada pela especificidade das funções profissionais. Desta forma, os códigos atribuídos aos profissionais não médicos refletem uma categorização ampla, mas garante que a análise permanece fiel às diferenças profissionais relevantes para o estudo e à preservação do anonimato.

O tipo de codificação escolhido seguiu um padrão e foi aplicado de forma consistente em todo o processo de análise, garantindo que as diferenças entre os grupos fossem analisadas e comparadas sem comprometer a confidencialidade dos dados.

A título de exemplo:

- (E6 Prof.M), representa a entrevista n.º 6 dos Profissionais, Médico;
- (E11 Prof.NM) representa a entrevista n.º 11 dos Profissionais não médicos;
- (E2 Cç) representa a entrevista n.º 2 das crianças ou
- (E1 Fam) que representa a entrevista n.º 1 de Familiares.

Após a transcrição das entrevistas, os códigos foram atribuídos, sendo utilizados para rotular as falas e as categorias temáticas emergentes. Esse processo permitiu uma organização clara dos dados e facilitou a identificação de padrões, pois os códigos ajudavam a rastrear a origem das informações sem comprometer o anonimato dos participantes.

Foram realizadas entrevistas nas três equipes em dias previamente combinados, o que resultou em 43 entrevistas na totalidade, sendo 20 realizadas a profissionais, 10 a crianças e 13 a familiares (pais).

O perfil e as características dos entrevistados serão analisados separadamente, considerando três grupos distintos: profissionais, crianças e familiares.

– Profissionais

Dos 35 profissionais que constituem a totalidade dos efetivos das três equipes de ambulatório que trabalham com crianças entre os 10 e os 17 anos, foram entrevistados 20.

Tabela 2.2 - Percentagem de resposta por categoria profissional e respetiva codificação das entrevistas por profissional

Códigos de codificação dos entrevistados	Profissão	População	Amostra
Profissionais Médicos (Prof.M): (E1 Prof.M); (E5 Prof.M); (E6 Prof.M); (E8 Prof.M); (E9 Prof.M); (E10 Prof.M); (E16 Prof.M); (E17 Prof.M); (E18 Prof.M) e (E20 Prof.M)	Médicos e Internos de Psiquiatria a infância e da adolescência	18	10
Profissionais Não Médicos (Prof.NM) (E2 Prof.NM); (E3 Prof.NM); (E4 Prof.NM); (E7 Prof.NM); (E11 Prof.NM); (E12 Prof.NM); (E13 Prof.NM); (E14 Prof.NM); (E15 Prof.NM) e (E19 Prof.NM).	Enfermeiros	6	4
	Psicólogos	4	2
	Assistentes sociais	3	3
	Terap. ocupacionais	1	1
	Terap. da fala	1	0
	Psicomotricista	2	0
	Total	35	20

A profissão com maior número de profissionais entrevistados foi a dos médicos com dez entrevistados. Por se tratar de uma tese de Serviço Social, houve o cuidado de entrevistar os três assistentes sociais em funções nestas equipes. No entanto, não foi possível entrevistar terapeutas da fala e psicomotricistas devido a situações diversas: saída do hospital, aposentação e licença parental.

Relativamente à distribuição dos profissionais entrevistados por equipes, verifica-se que a equipa que mais contribuiu para o estudo foi a Equipa I, com oito participantes. Por outro lado, a Equipa III apresentou menor representatividade, com cinco profissionais entrevistados.

Tabela 5.3 - Percentagem de entrevistados por equipa

Equipas de Saúde Mental da Adolescência	População	Amostra
Equipa I	12	8
Equipa II	13	7
Equipa III	10	5
Total	35	20

Na caracterização dos entrevistados, de um total de 20 profissionais entrevistados, 17 (85%) são do sexo feminino e apenas três (15%) são do sexo masculino, revelando uma predominância de mulheres nas equipas de saúde mental da infância e da adolescência, o que vai de encontro aos dados apresentados pelo SNS em 2021 que fizeram referência a que “as mulheres representam cerca de 77.4% dos profissionais do SNS” (SNS, 2021). A média de idade dos profissionais entrevistados foi de 46.9 anos, com idades compreendidas entre os 26 e os 66 anos.

As profissões representadas são: psiquiatras e internos de psiquiatria da infância e da adolescência, enfermeiros especialistas em saúde mental, psicólogos clínicos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, o que reflete a diversidade necessária para formar equipas multidisciplinares indispensáveis para uma abordagem holística e abrangente em saúde mental. É importante destacar que os médicos chefes de equipa, das três equipas analisadas, foram entrevistados.

No que se refere às habilitações académicas, verifica-se que 11 profissionais possuem licenciatura e nove possuem mestrado.

A média de anos de exercício profissional dos entrevistados é de 22.8 anos, variando o tempo de exercício entre os dois e os 40 anos de exercício profissional. Com base nos dados apresentados, pode-se concluir que os profissionais entrevistados possuem, em média, uma trajetória profissional significativa, com mais de duas décadas de experiência no campo da saúde mental. Esse dado é indicativo de um elevado nível de especialização dos profissionais.

Em termos específicos de tempo de exercício de trabalho ao nível da saúde mental da infância e da adolescência, destaca-se que a média de anos são 18.6 e que o tempo de exercício varia entre um mês de experiência e os 40 anos, o que sugere uma diversidade geracional que pode enriquecer a intervenção promovendo diferentes formas de abordar os desafios da saúde mental.

Destaca-se que é uma equipa maioritariamente feminina, com maturidade e experiência ao nível da saúde mental da infância e da adolescência, o que sugere uma base sólida de conhecimentos e prática acumulada que pode contribuir significativamente para a qualidade dos cuidados oferecidos.

Tabela 5.4 - Dados sociodemográficos dos profissionais

Género					
Feminino			Masculino		
17			3		
Idade por faixas etárias					
26-29	30-39		40-49	50-59	60-66
3	4		2	7	4
Profissão					
Psiquiatra e Interno de psiquiatria da infância e da adolescência	Enfermeiro Especialista Saúde Mental		Psicólogo Clínico	Assistente Social	Terapeuta Ocupacional
10	4		2	3	1
Habilitações Académicas					
Licenciatura			Mestrado		
11			9		
Número de Anos de Exercício Profissional					
2-5	6-10		11-20	21-30	31-40
3	2		3	6	6
Número de Anos de Exercício Profissional em Saúde Mental da Infância e Adolescência					
Menos de 1	1-5	6-10	11-20		21-30
2	3	1	4		6
Total					20

– Crianças

Foram entrevistadas dez crianças, dos quais seis são do sexo feminino e quatro do sexo masculino. A média de idade das crianças é de 14.2 anos, com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos de idade. Ao nível da frequência escolar, observa-se que dois frequentam o 2.º ciclo do ensino básico, quatro frequentam o 3.º ciclo e outros quatro estão no ensino secundário. Estes dados sugerem uma amostra diversificada em termos de género, idade e frequência escolar, refletindo a heterogeneidade da população atendida pelas equipas de saúde mental da infância e da adolescência. Esta diversificação permite captar diferentes perspetivas, considerando as distintas etapas de desenvolvimento e a escolaridade das crianças.

Relativamente à proveniência geográfica, nove são oriundos do Distrito de Lisboa e apenas um é do Distrito de Faro. Destaca-se, ainda que apenas três das crianças pertencem à área geográfica de intervenção da ULS de S. José.

No Distrito de Lisboa, o concelho mais representado é Sintra, com três entrevistados, seguido por pelos concelhos de Loures e Vila Franca de Xira, ambos com dois entrevistados cada e Lisboa e Torres Vedras com um entrevistado.

As crianças entrevistadas apresentam alguma variedade em relação à constituição dos núcleos familiares,⁵⁹ refletindo a diversidade contemporânea. Entre os participantes, cinco estão integrados em famílias nucleares tradicionais, constituídas por mãe, pai e filho ou filhos. No entanto, também se verifica a presença de quatro crianças integradas em famílias monoparentais femininas e uma criança oriunda de uma família reconstruída.

Ao nível da presença de irmãos no núcleo familiar, destaca-se que metade dos inquiridos (cinco) não possuem irmãos enquanto três têm apenas um irmão e dois têm dois irmãos.

Em relação ao tempo de acompanhamento em saúde mental verifica-se uma grande heterogeneidade, com períodos que variam de um ano até 12 anos de seguimento. No entanto, destaca-se que a maioria dos casos (oito crianças) apresenta um seguimento inferior a seis anos.

Tabela 5.5 - Dados sociodemográficos das crianças

Género					
Feminino			Masculino		
6			4		
Idade por faixas etárias					
10-14		15-16		17	
5		3		2	
Frequência Escolar					
2º. Ciclo (5.º -6.º ano)		3º. Ciclo (7.º, 8.º e 9.º ano)		Secundário (10.º, 11.º e 12.º ano)	
2		4		4	
Concelho de Proveniência (Distrito)					
Vila Franca de Xira (Lisboa)	Vila do Bispo (Faro)	Torres Vedras (Lisboa)	Sintra (Lisboa)	Lisboa (Lisboa)	Loures (Lisboa)
2	1	1	3	1	2
Núcleo Familiar					
Casal com Filhos		Monoparental feminina com filhos		Casal reconstruído com filhos	
5		4		1	
Irmãos Coabitantes					
Sem irmãos		Com 1 irmão		Com 2 irmãos	
5		3		2	
Número de anos de acompanhamento em Saúde Mental da Infância e da Adolescência					
1 a 3		4 a 6		7 a 9	
5		3		0	
				10 a 12	
				2	
				Total	10

⁵⁹ “Conjuntos de pessoas de uma mesma família que se organizam em função de dois tipos de relações de parentesco, independentemente de serem apenas de facto ou, também, de direito: a relação conjugal e a relação paternal/maternal” (Casimiro, 2002).

– Familiares

Foram entrevistados 13 familiares, todos eles pais de crianças acompanhados pelas equipas de saúde mental. Entre eles, predominam as mães, com 10 participantes, enquanto que apenas três são pais. A média de idade dos entrevistados é 49.2 anos, com idades compreendidas entre os 33 e os 73 anos de idade.

As habilitações académicas dos pais, apresentam uma grande diversidade: um concluiu o 2.º ciclo do ensino básico, quatro o 3.º ciclo, cinco concluíram o secundário e três possuem licenciatura. Em relação à situação profissional, a maioria dos pais, está empregado, totalizando nove pessoas, enquanto que quatro se encontram inativas, em situação de desemprego, aposentação ou como doméstica.

As profissões dos pais empregados são variadas e abrangem várias categorias profissionais, de acordo com as classificações do Instituto Nacional de Estatística. Entre os empregados, três são técnicos e profissionais de nível intermédio (assistente técnico e preparadora de produtos farmacêuticos), dois são trabalhadores não qualificados (empregada doméstica ou de limpeza), um trabalha nos serviços pessoais, proteção e segurança (empregada de loja), dois são especialistas em atividades intelectuais e científicas (jurista e professora) e um é trabalhadores qualificados da indústria, construção e artigos de precisão, artesanato e trabalhos similares (serralheiro).

Esta diversidade de profissões reflete a pluralidade socioeconómica das famílias que participaram no estudo, com diferentes graus de escolaridade e diferentes contextos de trabalho.

Tal como as crianças, a maioria dos pais é oriundos dos Distritos de Lisboa (12) e de Faro (um). Os concelhos mais representativos são Sintra, com quatro entrevistados, seguido de Lisboa, com três, Loures e Vila Franca de Xira ambos com dois e Torres Vedras com um.

No que concerne aos núcleos familiares predominam os núcleos familiares com filhos, representando oito casos, seguidos pelas famílias monoparentais femininas com quatro casos e um casal reconstruído com filhos.

Sobre o acompanhamento em saúde mental da infância e da adolescência este é variável, seis famílias têm seguimentos entre um e três anos, três entre os quatro e os seis anos e um entre os sete e os nove anos e três famílias apresentam seguimentos longos de 10 a 12 anos.

Essa variação reflete a diversidade e a complexidade das trajetórias do acompanhamento das crianças e das suas famílias no contexto da saúde mental, mas também como a doença mental pode ter impacto no desenvolvimento pessoal e família ao longo do tempo, criando desafios que exigem diferentes níveis de suporte e intervenção.

Tabela 5.6 - Dados sociodemográficos dos familiares

Género							
Feminino				Masculino			
10				3			
Idade por faixas etárias							
33-39	40-49		50-59		60-69		70-73
1	7		3		1		1
Habilitações Académicas							
2º. Ciclo (5.º -6.º ano)		3º. Ciclo (7.º, 8.º e 9.º ano)		Secundário (10.º, 11.º e 12.º ano)		Licenciatura	
1		4		5		3	
Situação perante o trabalho							
Ativo				Inativo (desemprego, aposentação, doméstica)			
9				4			
Profissão							
Assist. Técnico	Empregada Limpeza	Empregada Doméstica	Empregada Loja	Jurista	Professora	Serralheiro Metalomecânica	Preparadora Prod. Farmacêuticos
2	1	1	1	1	1	1	1
Concelho de Proveniência (Distrito)							
Vila Franca de Xira (Lisboa)		Vila Bispo (Faro)		Torres Vedras (Lisboa)		Sintra (Lisboa)	
2		1		1		4	
3		1		1		3	
Núcleo Familiar							
Casal com Filhos			Monoparental com filhos			Casal reconstruído com filhos	
8			4			1	
Número de anos de acompanhamento em Saúde Mental da Infância e da Adolescência							
1 a 3		4 a 6		7 a 9		10 a 12	
6		3		1		3	
Total							13

O perfil dos participantes: profissionais, crianças e as suas famílias, permite compreender as perspetivas apresentadas e a interpretar os resultados no seu contexto. A diversidade em termos de género, idade, escolaridade, contexto familiar ou tempo de acompanhamento em saúde mental, reflete a complexidade das realidades envolvidas e permite captar diversas experiências e opiniões. Esta diversidade enriquece a análise e destaca a importância de abordagens personalizadas na saúde mental da infância e da adolescência. Além disso, a utilização de um sistema de codificação alfanumérico, garantiu a confidencialidade dos participantes e possibilitou uma análise detalhada das diferentes categorias.

PARTE III

Análise e discussão dos resultados

Organização, funcionamento e desafios das equipas de saúde mental da infância e adolescência

Neste capítulo, são apresentados os resultados referentes ao objetivo específico: perceber o funcionamento e a colaboração interdisciplinar nas equipas de saúde mental da infância e da adolescência, destacando o papel do assistente social nas tomadas de decisão e na promoção de uma cultura multidisciplinar. Com base nas entrevistas realizadas aos profissionais de saúde mental da infância e da adolescência do HDE, foram identificadas várias categorias emergentes da análise de conteúdo, consideradas essenciais para compreender a organização e o funcionamento das equipas. Estas categorias foram agrupadas de acordo com temas centrais, que refletem tanto a estrutura organizacional das equipas quanto as percepções sobre a interação entre os diferentes profissionais.

Cada uma dessas categorias será explorada em profundidade ao longo deste capítulo, com base na percepção dos profissionais entrevistados.

6.1 A estrutura e o funcionamento das equipas

A estrutura e funcionamento das equipas abrangem a composição das equipas, autonomia e especialização médica, bem como os procedimentos de intervenção que orientam as práticas diárias (rotinas). Destaca-se o papel crucial das reuniões de equipa, que funcionam como espaço formal de discussão e tomada de decisão e comunicação. Essa comunicação ocorre de forma formal, através das reuniões de equipa e sistemas clínicos (SCLínico) e de forma informal, através de interações espontâneas, como telefonemas e mensagens, que contribuem para a agilidade no funcionamento das equipas.

Tabela 6.1 - Categorias relativas à estrutura e funcionamento das equipas

Categorias:		
Estrutura e funcionamento das equipas	Composição das equipas	
	Autonomia e especialização - médica	
	Procedimentos padronizados	Reuniões de equipa
	Comunicação	Formais (reuniões de equipa e SCLínico)
		Informal (interações espontâneas, telefonemas, mensagens)

Como já demonstrámos a estrutura organizacional das equipas do HDE é definida em unidades organizacionais multidisciplinares em que profissionais de diferentes áreas trabalham de forma integrada e colaborativa. São três equipas, as quais foram intencionalmente construídas e reconstruídas e estão em permanente evolução e mudança.

Composição das equipas

As composições das equipas têm variado muito ao longo dos anos.

“Portanto, em 29 anos, dá para passar de uma equipa multidisciplinar muito alargada com técnicos de várias valências para a versão atual, que é bastante mais reduzida em termos de oferta terapêutica. Passámos de uma coisa que tinha dois professores, dois monitores e dois terapeutas ocupacionais e chegámos a ter três psicólogos e cinco psiquiatras da infância e da adolescência, e passámos para uma estrutura neste momento em que temos três pedopsiquiatras, um psicólogo e uma terapeuta ocupacional a horas, não chega a ser 20 horas. E depois, basicamente, temos neste momento uma equipa com quatro enfermeiros. Pronto, tem-se fortalecido a equipa de enfermagem por ausência de capacidade de outras profissões darem resposta. Felizmente, os assistentes sociais conseguimos sempre ter, tínhamos dois, depois passamos a uma e depois conseguimos ficar sempre com a mesma que tem sido uma mais-valia muito grande, pela forma como ela se posiciona e pela forma como a gente trabalha bem em conjunto” (E2 Prof.NM).

A diversidade de profissionais deve-se às diferentes tarefas que é necessário desempenhar ao nível da saúde mental da infância e adolescência. São equipas compostas por:

“técnicos de várias valências, médicos psiquiatras da infância e da adolescência e internos, psicólogos, enfermeiros, assistente social, psicomotricista e terapeuta ocupacional” (E1 Prof.M);

Cada profissional traz os seus contributos e conhecimentos para responder a objetivos específicos,

“reflete a abordagem multidimensional dos jovens e das famílias, indo buscar os aportes, os conhecimentos e prática a cada um destes grupos profissionais” (E1 Prof.M).

Autonomia e especialização médica- exemplo de triagem dos casos

Cada equipa e cada membro da equipa tem funções específicas, materializadas com a realização de atividades quotidianas. A eficácia está dependente do modo como a sua dinâmica, a sua estrutura e o clima organizacional influenciam o trabalho e o nível e forma de comprometimento do profissional para com a organização.

Os psiquiatras da infância e da adolescência assumem a autonomia científica que lhes permite fazer avaliações e intervenções baseadas no seu conhecimento e experiência, sem dependerem de decisões externas ou hierárquicas que possam comprometer a individualização do atendimento.

Os pedidos de consulta são triados por um psiquiatra da infância e da adolescência,

“chegam tal como está predefinido, legislado, geralmente dos centros de saúde ou de outros serviços hospitalares que não têm pedopsiquiatria. Há um médico triador que recebe os pedidos e que faz a análise da prioridade e se é da nossa área ou não e se os pais não quiserem vir ao nosso hospital é feita uma informação para o médico de família. Se for uma vontade manifesta dos pais de virem para a nossa consulta, mesmo não pertencendo à nossa área, recebemos” (E6 Prof.M).

No entanto esta autonomia nem sempre significa intervenção isolada, por vezes é exercida num ambiente em que recorre à colaboração de outros profissionais,

“claro que é avaliado sempre pelo médico, porque é o que faz a consulta na maior parte das vezes, mas que depois procura dentro de cada caso específico ver qual é o técnico que possa também colaborar nalgumas situações que os jovens trazem. E depois são encaminhados para os diferentes técnicos de acordo com as necessidades que cada um apresenta” (E15 Prof.NM).

Após triados os pedidos, estes são encaminhados para as equipas, que iniciam as consultas de duas formas distintas: as crianças são encaminhadas para um médico que convoca a equipa para lhe dar apoio sempre que sente necessidade, ou o contacto é iniciado com o serviço através de um profissional não médico que recolhe informações que são consideradas incompletas ou insuficientes pelo médico que faz a triagem.

“Depois há situações em que há necessidade de uma consulta de decisão terapêutica (consulta criada formalmente junto do CA, que é não presencial e que permite fazer vários contactos com a comunidade). Eu faço a triagem e depois acho que deve ir primeiro à psicóloga, explicando as minhas dúvidas, (o psicólogo pode até não ver imediatamente a criança), telefona aos pais, pede autorização para contactar a escola, recolhe a informação. Chama a criança e depois, quando tem a primeira consulta médica, já houve, por exemplo, a avaliação psicológica. Na bolsa de decisão terapêutica os pedidos que, independentemente da prioridade, podem ter alguma urgência, a equipa de enfermagem faz o contato telefónico com os pais e depois faz uma entrevista telefónica para detalhar melhor o pedido e para ver a prioridade real do caso. E também nós atendemos crianças que são de muito longe, temos que analisar a capacidade de se deslocarem a Lisboa, por vezes o médico de família pensa que vêm (sem conhecer a criança e o contexto social), e aí pode entrar o assistente social. E só a partir daí é que é definida a prioridade da consulta. No fundo, o atendimento é mais célere para os casos que precisam verdadeiramente. Fazemos um diagnóstico precoce, envolvemos os técnicos mais cedo e tem outros contributos para a visão do doente” (E6 Prof.M).

Em ambas as abordagens, o papel do médico na distribuição de tarefas entre os vários profissionais é central, liderando e coordenando os cuidados de saúde oferecidos às crianças por outros profissionais (Carapinheiro, 2005).

Estes profissionais possuem grande autonomia no hospital, devido à formação que possuem e, segundo Mintzberg constituem o centro operacional do hospital, o elemento principal da organização.

As estruturas destas equipas enquanto unidades da organização hospitalar, são classificadas como uma burocracia profissional, as funções, responsabilidades e procedimentos dos profissionais são rigidamente definidos por regras e normas estabelecidas.

Os médicos exercem um papel central no processo de trabalho inicial, contendo o poder sobre a condução das atividades. No entanto, ao delegarem funções, como a consulta, a outros profissionais da equipa, ocorre uma descentralização da tomada de decisões, tanto no sentido horizontal (entre profissionais de diferentes especialidades) quanto vertical (entre níveis hierárquicos).

Procedimentos padronizados – as reuniões de equipa

As três equipas possuem práticas ligeiramente diferentes, mas existem elementos chave que são essenciais no seu funcionamento.

Incluem três componentes fundamentais: a ocorrência de reuniões regulares, a apresentação de casos clínicos e a convergência nos tratamentos. A reunião é preparada previamente e envolve a seleção dos casos que serão analisados pela equipa (S. Pombo, Fonseca, & Fialho, 2021).

As reuniões semanais das três equipas realizam-se à 4.ª feira de manhã: em salas de reuniões ou no gabinete do chefe de equipa. Estes momentos são encarados como importantes para o funcionamento das equipas por todos os profissionais, proporcionando discussão de casos, planeamento e avaliação continua das intervenções.

“Nas minha antigas equipas, a verdade, era que, quase sempre, só participavam os médicos nas reuniões clínicas, na pedopsiquiatria, no serviço que eu trabalho, a verdade é que as reuniões clínicas são pensadas sobretudo interdisciplinarmente. Não é só o médico que apresenta a situação, todos de uma forma, estamos todos no mesmo patamar a pensar sobre um jovem, independentemente mesmo, diretamente implicados no projeto terapêutico ou a intervir. Todos somos convidados a pensar e refletir sobre aquele jovem” (E15 Prof.NM)

São nestas reuniões, que as equipas discutem os casos clínicos de forma detalhada, assegurando que todos os profissionais estão alinhados nas intervenções e estratégias planeadas para as crianças e suas famílias.

Este alinhamento procura responder às necessidades quotidianas das pessoas, ao mesmo tempo que promove a comunicação interpessoal, a satisfação com o ambiente de trabalho e o espírito de equipa. Como vantagem, essas reuniões fortalecem o compromisso dos profissionais com as tarefas e com a organização, contribuindo para a eficácia das intervenções e para um ambiente colaborativo (Curral & Chambel, 2011).

“Nas reuniões de equipa o objetivo é unificar um pouco o pensamento clínico” (E19 Prof.NM).

“Temos uma reunião onde tentamos sempre reagregar os intervenientes todos e que são tão variados como, para além de do médico, psiquiatra, psicólogo, clínico e enfermeira de saúde mental, a psicomotricidade, às vezes, terapeutas, terapeutas ocupacionais, o serviço social, a pediatria. Temos uma visão mais global e bem articulada e coerente em relação ao tratamento e intervenção terapêutica nos jovens, suas famílias e seu contexto sócio familiar. É uma reunião semanal” (E9 Prof.M).

São também ocasiões propícias para a formação continua, onde são discutidas novas publicações, novas pesquisas e novas práticas baseadas em evidências e de desenvolvimento de novas competências.

“Temos semanalmente uma reunião de equipa, onde alguns temas são previamente agendados, são debatidos e falados nesse momento. Agora, relativamente aos casos clínicos, é mais a gestão da semana” (E17 Prof.M).

“Reuniões que são momentos de reflexão e de apresentação de artigos recentes” (E20 Prof.M).

Para além destes momentos de formação no seio das equipas, é também destacado outro momento de formação contínua para todos os profissionais que integram as equipas, com presença obrigatória, denominado de reuniões interequipas. Mensalmente, as equipas abdicam das reuniões semanais nas suas instalações, para participarem em conjunto nesta sessão alargada, que ocorre na sala de conferências Lúcia Gama (Edifício Principal do HDE), com início logo ao primeiro tempo da manhã, (9h) e com duração de hora e meia. Durante essas reuniões uma das equipas apresenta a sua perspetiva sobre um tema previamente designado pelo coordenador no início de cada ano. As apresentações são conduzidas predominantemente pelos médicos das equipas, com a participação ocasional de outros profissionais que contribuem com os seus conhecimentos e experiências.

“Como já sabe nas quartas temos sempre a reunião interequipas. Acho que é uma ótima oportunidade também para conhecer o que é que cada um dos profissionais aqui da clínica acaba por desenvolver. E ajudar também nesta parte da saúde mental infantil e juvenil” (E10 Prof.M).

As reuniões das equipas por vezes também são utilizadas para as tarefas mais de cariz administrativo, como alocação de recursos humanos e materiais, gestão de horários, férias e substituições, distribuição e ocupação dos espaços físicos ou para planeamento de apresentações em sessões clínicas, entre outros assuntos.

“Mensalmente uma das reuniões é de planeamento e administrativa, em que discutimos todos o que estamos a fazer naquele momento, em termos dos projetos, que novos projetos, como é que podemos melhorar nosso funcionamento, e está integrado nas reuniões de quarta-feira. É realmente planeamento, são discutidos os projetos em investigação em que os internos também têm interesse em fazer e discutimos o que é que podemos fazer a seguir” (E6 Prof.M).

Estas reuniões semanais são assim fulcrais para a discussão de casos, coordenação de cuidados, formação contínua e gestão administrativa, uma vez que asseguram que todos os membros da equipa têm conhecimento das intervenções e estratégias terapêuticas. A liderança dos psiquiatras da infância e da adolescência, como chefes de equipa, é uma realidade na distribuição de tarefas, na definição de prioridades e na supervisão dos casos em acompanhamento.

Comunicações formais e informais

Para que a dinâmica das reuniões de equipa funcione de forma eficaz, a comunicação entre os diferentes elementos é essencial. Comunicações eficazes, integras e coordenadas, são fundamentais para promover a saúde mental das crianças (World Health Organization, 2017b) e o desenvolvimento de projetos terapêuticos partilhados e integrados.

A comunicação é o meio pelo qual as informações são compartilhadas entre os diferentes profissionais de uma organização e exerce uma influência direta nas decisões tomadas. É essencial para assegurar que todos os profissionais estão comprometidos com os objetivos e políticas estabelecidas pela organização e que compreendem e seguem as diretrizes definidas. Para que uma organização funcione de forma eficaz é fundamental que hajam canais de comunicação bem definidos, para que as informações cheguem de forma rápida, oportuna e precisa (Simon, 1976).

Nestas equipas, para além das reuniões de equipa programadas, o que se destaca é que as comunicações entre os diferentes elementos são realizadas através do uso do processo informatizado (SCLínico)⁶⁰ ou através de articulações informais não programadas.

⁶⁰ “O SCLínico (versão hospitalar) é um *software* evolutivo, desenvolvido pela SPMS, que une o antigo SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e o antigo SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), de forma a existir uma aplicação única comum a todos os prestadores de cuidados de saúde. O SCLínico dispõe de uma entrada única para todos os profissionais. Para além dos médicos e enfermeiros, também nutricionistas, psicólogos, técnicos e assistentes sociais podem utilizar este *software* como ferramenta de trabalho, sendo possível a partilha de informação entre todos os intervenientes” (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2019, p. 3).

O programa SClínico facilita a comunicação e o acompanhamento das intervenções, documentadas e compartilhadas entre todos os profissionais que constituem a equipa.

“Por vezes recebo pedidos de colaboração sem que consigam falar comigo a expor as suas preocupações, pelo que início a intervenção apenas com as informações que consigo retirar do SClínico” (E12 Prof.NM).

A comunicação que utiliza os documentos, os memorandos e os boletins é mais eficaz para comunicar informação que requer ação futura, comunicar informação geral e comunicar informação rotineira (Curral & Chambel, 2011).

Esta passagem da informação através dos registos clínicos pode apresentar limitações, o texto escrito pode não ser claro e objetivo e promover ambiguidades na interpretação das mensagens. Além disso, nem sempre todas as informações relevantes estão devidamente registadas, com atualizações recentes da situação ou perspetivas futuras. Estas lacunas podem originar uma visão parcial ou desatualizada do caso, comprometendo a compreensão global necessária.

As comunicações informais, são geralmente caracterizadas por serem conversas rápidas e presenciais como as que ocorrem em corredores. Estas interações mostram-se particularmente eficazes em situações como : repreender alguém, resolver conflitos, transmitir informações que exijam ação imediata, comunicar diretivas ou ordens, informar sobre mudanças importantes, ou abordar problemas que afetam as partes envolvidas (Curral & Chambel, 2011).

Os telefonemas rápidos, SMS ou mensagens de WhatsApp, são igualmente valiosos para resolver os problemas, especialmente para transmitir informações que permitam a troca rápida de informações e requerem pouca discussão (Curral & Chambel, 2011), esclarecer questões que são consideradas pelos profissionais como urgentes e que podem ser utilizadas para tomar decisões imediatas, ou para dar *feedback* de intervenções desenvolvidas.

“Claro que os telefones e os nossos telefones com acesso a tudo, permitem-nos encontrar outras estratégias que não são tão boas, mas às vezes em emergência são eficazes do que mandar emails, é o comunicar por mensagem, por WhatsApp, é o fazer um telefonema rápido, é a solução que as pessoas estão a tentar encontrar, que não é ideal” (E9 Prof.M).

As articulações informais são adaptadas às necessidades do momento e funcionam como um meio de resolução rápida de problemas, sempre que os profissionais não conseguem ter tempo para agendar reuniões formais.

“E, portanto, temos que ir encontrando outros momentos que ao fim e ao cabo são momentos informais para discutir os casos, para trabalhar as questões importantes da articulação, porque as pessoas não conseguem estar presentes em todas as reuniões” (E11 Prof.NM).

“Porque temos mais espaços de discussão informal das situações do que espaços de agenda para isso. O que quer dizer que às vezes é mesmo difícil, não quer dizer que não fazemos, mas às vezes é à noite que estamos a telefonar-nos uns aos outros. À noite porque não nos conseguimos encontrar durante o dia e estamos todos aqui, mas estamos em gabinetes. Depois vou bater à porta da Dra. X, está em consulta, a Dra. Y está em consulta, vou ter com a Z ou vêm aqui e estou em consulta, portanto, às vezes é difícil o espaço” (E14 Prof.NM).

No entanto esta metodologia acarreta riscos, uma vez que as informações importantes podem ser passadas de forma pouco precisa, com base na memória e sem evidências, e podem não ser registadas no processo único do doente. Este tipo de comunicação pode originar falhas na continuidade de cuidados prestados ao doente, na atribuição de responsabilidades nas decisões tomadas e também podem ser fonte de mal-entendidos. Este tipo de comunicações pode ainda colocar em causa a privacidade e a proteção de dados dos doentes, por serem efetuadas em ambientes onde os riscos de violação destes princípios podem ser acrescidos.

Para reduzir estas possibilidades de risco é necessário que os profissionais adotem uma série de iniciativas após a utilização desta comunicação, tais como: registar no processo clínico as informações principais, para que todos os elementos da equipa tenham acesso ao que foi discutido, comunicações concisas e claras e, na dúvida, devem pedir para repetir ou enviarem por escrito o que acabaram de dizer, por forma a que fique registado e seja entendida toda a informação verbalizada.

Deve ser ainda acautelado o espaço físico onde essas comunicações ocorrem ou que dados são enviados ou armazenados no telemóvel pessoal.

Todas as comunicações aqui descritas são inevitáveis entre profissionais de saúde, mas é essencial priorizar as comunicações seguras e adotar as políticas e procedimentos definidos para a ULS, por forma a minimizar os riscos e a melhorar a segurança das intervenções e dos dados dos doentes.

Ao longo dos anos, foi perceptível que as equipas de saúde mental da infância e adolescência do HDE têm passado por um processo contínuo de transformação, acompanhando a evolução dos seus contextos de atuação. Estes profissionais trabalham em ambientes dinâmicos e têm procurado se ajustar às mudanças e desafios emergentes.

Nesse percurso de adaptação a composição das equipas sofreu alterações significativas, incluindo a redução dos recursos humanos. Professores e monitores, que anteriormente faziam parte das equipas, deixaram de integrá-las e, atualmente, as equipas são compostas por psiquiatras ou internos de psiquiatria da infância e da adolescência, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, psicomotricistas e terapeutas ocupacionais, tendo se assistido a uma redução dos profissionais não médicos (Xavier, et al., 2024).

A autonomia médica, permanece como um fator central das equipes, com os psiquiatras da infância e da adolescência a exercerem a sua atividade com independência na triagem e na avaliação dos casos. No entanto, essa autonomia é equilibrada pela colaboração de outros profissionais, que participam de forma ativa no atendimento das crianças e das suas famílias. A descentralização da colaboração, tanto horizontalmente (entre diferentes especialidades), quanto verticalmente (entre níveis hierárquicos), permite uma abordagem mais integrada e flexível que melhora a resposta às necessidades das crianças.

As reuniões de equipe são uma prática enraizada e são encaradas como essenciais para garantir a coordenação e o alinhamento entre os profissionais. São regulares e dedicadas à discussão de casos clínicos, ao planejamento conjunto e promovem uma visão mais global e abrangente das intervenções. Além disso, essas reuniões são momentos importantes de formação contínua que enriquecem o conhecimento e as práticas dos profissionais.

As comunicações embora frequentemente informais, como conversas rápidas, telefonemas e mensagens, são eficazes, permitem a resolução imediata de problemas e agilizam o processo de decisão.

6.2 A dinâmica das equipas

Para caracterizar a dinâmica das equipas, no contexto de saúde mental da infância e da adolescência foram definidas quatro categorias principais: a colaboração, que se refere à partilha de experiências entre os profissionais, à integração de conhecimentos de diferentes áreas e à disponibilidade de apoio mútuo; a coesão, analisada através de atividades de fortalecimento da equipa, que facilitam a aproximação entre os membros e criam um ambiente de confiança e interdependência; a liderança como papel central na tomada de decisões e na participação ativa de todos os profissionais e, por fim a resolução de divergências que se manifesta através da comunicação aberta, onde as questões são discutidas de forma franca, ou através do adiamento estratégico das discussões, permitindo que as tensões sejam resolvidas num momento mais oportuno.

Tabela 6.2 - Categorias relativas à dinâmica das equipas

Categorias:		
Dinâmica das equipas	Colaboração	Partilha de experiências
		Integração de conhecimentos de outras áreas
		Disponibilidade apoio mútuo
	Coesão	Atividades de fortalecimento da equipa
		Tomada de decisão
	Liderança	Participação dos profissionais
		Comunicação aberta
	Resolução de divergências	Adiamento estratégico da discussão

A dinâmica das equipas traduz o seu *modus operandi* e que é caracterizado pela adoção de uma abordagem multidisciplinar.

“reflete a abordagem multidimensional dos jovens e das famílias, indo buscar os aportes, os conhecimentos e prática a cada um destes grupos profissionais” (E1 Prof.M).

Colaboração

A colaboração nas equipas de saúde mental da infância e da adolescência, é amplamente reconhecida, como um dos elementos de maior destaque, pois permite a integração de conhecimentos de outras áreas, partilha de experiências, disponibilidade de apoio mútuo aos membros da equipa e disponibilidade de supervisão. A colaboração é geralmente utilizada para descrever a trabalho conjunto, entre diferentes unidades e serviços, com o objetivo de melhorar a coordenação (Payne, 2000).

Este conceito envolve a integração de esforços, conhecimentos e recursos de diversos profissionais, procurando desenvolver sinergias que permitam otimizar os resultados e oferecer respostas mais eficazes e eficientes às necessidades identificadas. A integração de conhecimentos de outras áreas é encarada como um enriquecimento para uma intervenção mais eficaz com as crianças.

“Cada profissional tem o seu saber, e esse saber permite que a avaliação clínica seja muito mais enriquecida, resultando num diagnóstico e na definição de um plano terapêutico muito mais ajustado” (E12 Prof.NM).

Como um dos profissionais destacou,

“uma versão é de que o doente tem tantas versões quantos os intervenientes. Depois daquilo tudo, a gente faz a súmula” (E2 Prof.NM).

Através da colaboração, pretende-se superar barreiras organizacionais e promover uma comunicação mais fluida e consistente entre os diversos profissionais, assegurando uma compreensão da criança mais completa e permitindo intervenções mais precisas e holísticas. Cada elemento da equipa traz consigo os seus conhecimentos e vivências e, ao partilhar essas experiências, todos os envolvidos saem enriquecidos.

“Há sempre momentos em que os profissionais podem encontrar os colegas e discutir uma ou outra questão, facilitando a articulação entre todos” (E18 Prof.M).

A partilha de experiências é considerada como vital não apenas para o desenvolvimento profissional, mas também para a construção de uma prática mais coesa. A oportunidade de partilhar as angústias permite que os profissionais lidem melhor com o stress e a carga emocional do trabalho.

“Acho que nos sentimos confortáveis para expor os nossos problemas, as nossas preocupações e recebermos de volta apoio nesta questão” (E18 Prof.M).

Este sentimento de não estar sozinho proporciona sentimentos de segurança alicerçados numa rede de suporte que fortalece a resiliência individual e coletiva.

“Saber que não somos os únicos responsáveis por aquela criança ou por aquele adolescente, eu acho que é muito importante” (E3 Prof.NM).

Permite também distribuir a carga emocional e as responsabilidades. Os profissionais expressam alívio e sentimento de segurança ao entender que a responsabilidade pelo bem-estar da criança não recai exclusivamente sobre si, mas é partilhada com outros elementos da equipa.

Uma colaboração eficaz nas equipas de saúde mental da adolescência enriquece não apenas a prática, através da integração dos conhecimentos das diferentes áreas, como também fortalece a coesão entre os membros da equipa.

Coesão

A coesão é caracterizada pelo sentimento de pertença, confiança mútua e compromisso com os objetivos comuns da equipa e é um processo complexo que requer tempo e é frequentemente promovida através da interdependência entre os profissionais das equipas. Esta confiança é muitas vezes incentivada pelos chefes de equipa ou por alguns profissionais mais antigos e respeitados, que organizam momentos informais, tais como almoços temáticos ou celebração de datas comemorativas, como aniversários ou quadras festivas.

“O almoço da Primavera, fazemos às vezes, ali fora. Temos a sorte de ter aquele espaço exterior. Fazemos os momentos em equipa, fazemos sempre as festas de anos de toda a gente. Enfim, tentamos também ter assim esses momentos mais para nos aproximar uns dos outros” (E6 Prof.M).

Estas interações originam que os elementos das equipas se conheçam melhor do ponto de vista pessoal, se sintam mais à vontade uns com os outros, promovam uma comunicação mais fluida e direta e, acima de tudo, ajuda a integrar os novos elementos.

No entanto apesar de ser realçada a importância destes momentos, há um reconhecimento de que esses tipos de momentos de descontração são cada vez mais raros. Embora as equipas se esforcem para organizar eventos conjuntos, muitas vezes é difícil encontrar tempo para essas atividades, devido às exigências do trabalho. Mais uma vez, o discurso destaca a necessidade de um esforço permanente de criar e manter oportunidades de interação social, essenciais para a coesão da equipa.

“Temos poucos momentos de descontração, quando a gente consegue arranjar um bocadinho para irmos almoçar e nas épocas festivas, de contrário é difícil” (E2 Prof.NM).

Numa das equipas foi observado o esforço para preservar os almoços em conjunto. Foi valorizado este tempo, como um tempo dedicado ao relaxamento e à socialização. Durante esse almoço os membros da equipa aproveitaram para falar sobre assuntos da atualidade e de lazer, distanciando-se dos temas de trabalho. Este tempo compartilhado proporcionou uma pausa das responsabilidades diárias e foi um exemplo claro do fortalecimento dos laços interpessoais, contribuindo para um ambiente de trabalho mais leve. Quando estes tipos de momentos informais não são fomentados pelo chefe de equipa, os profissionais costumam expressar insatisfação, esperando um maior envolvimento e iniciativa.

Estes momentos informais, têm um impacto significativo na liderança dentro da equipa, uma vez que os profissionais esperam que o líder tenha a capacidade de criar e manter estes momentos de socialização, que proporcionam sentimentos de confiança e proximidade, cruciais para a coesão do grupo e para o sentimento de valorização de todos.

Liderança

A liderança é apresentada como um dos papéis fundamentais do gestor (chefe de equipa), sendo responsável pela direção e motivação dos colaboradores. Nestas condições, é esperado que ele oriente, garanta a motivação e crie um ambiente favorável para a realização do trabalho (Neves & Carvalho Ferreira, 2011).

Quando abordada a liderança de forma espontânea pelos profissionais, é destacado apenas que os chefes de equipa são sensíveis às opiniões da equipa e que as opiniões de todos os profissionais são valorizadas.

“A opinião dos diferentes técnicos ainda é muito tida em conta” (E11 Prof.NM).

É descrito que as decisões relativamente ao serviço, são tomadas com base nas opiniões de todos.

“Há abertura suficiente para nós podermos discutir e cada um manifestar a sua opinião” (E17 Prof.M).

As respostas refletem uma prática de decisão democrática e participativa, onde todas as vozes são ouvidas e consideradas, transparecendo que os membros da equipa se sentem ouvidos e que as suas sugestões são integradas nas decisões da equipa.

Ao se aprofundar a compreensão sobre como os profissionais das equipas de saúde mental da infância e da adolescência entendem a participação dos diversos profissionais para a definição do projeto terapêutico, a opinião varia consoante estamos a analisar o discurso dos profissionais médicos ou não médicos.

No quotidiano das equipas, é recorrente serem presenciados desacordos entre médicos e outros profissionais não médicos relativamente às tomadas de decisão.

Para os médicos as tomadas de decisão em equipa, são consideradas abordagens colaborativas e integradas com uma liderança horizontal.

“Eu acho que a chefe da nossa equipa, tem um estilo muito horizontal, ou seja, sinto-me completamente ouvida nas tomadas de decisão. E não posso falar pelas outras pessoas, mas também sei que há espaço para as outras pessoas darem a opinião. Sinto que em termos de liderança, temos uma equipa com um estilo muito horizontal de liderança, acho que funciona bem” (E5 Prof.M).

Neste tipo de liderança, é sentido pelos pares que o poder e a tomada de decisões são distribuídos de maneira mais equitativamente entre todos os membros da equipa em vez de estarem centralizados na figura do chefe de equipa, e que todos contribuem e influenciam as decisões.

Essa perceção é reforçada através da expressão de que é importante uma articulação frequente e efetiva com os diversos profissionais.

Consideram que as dúvidas e incertezas são geralmente resolvidas em equipa multidisciplinar, e reconhecem que o psiquiatra da infância e da adolescência sozinho não pode fazer muito sem o apoio das outras áreas.

"As questões, tentamos que elas sejam resolvidas em equipa multidisciplinar, até porque nesta especialidade o médico em si, sozinho, não faz grande coisa, digamos assim, precisamos muito das restantes áreas. Neste momento estão bastante carenciadas, mas as pessoas que aqui estão, sinto que contribuem bastante e tentam ajudar na medida do possível, mas os recursos são insuficientes." (E18 Prof.M).

Trata-se de uma abordagem que destaca a importância de uma colaboração contínua, mesmo diante da percepção de que os recursos humanos são insuficientes. Contudo, existe consenso de que todos os profissionais demonstram grande disponibilidade para apoiar e colaborar. Para que essa colaboração seja efetiva, é essencial fortalecer as relações profissionais e atuar em conjunto, reconhecendo que o problema é partilhado por todos e que o conhecimento não pode ser compartimentado entre as diferentes áreas (Lopes et al., 2012).

Relativamente ao discurso dos profissionais não médicos, quando isolados, ressalva que a estrutura de liderança é aberta ao diálogo, mas que mantém o núcleo decisório muito centralizado na figura do chefe de equipa.

Um exemplo é a percepção de como as sugestões da equipa são acolhidas:

"eu acho que as sugestões da equipa são acolhidas dentro do que é possível. Depois a decisão, eu acho que é uma decisão centrada em quem gere a equipa. Há momentos de discussão, como a reunião clínica, mas depois quem toma as decisões, naturalmente terá em conta o que é discutido, mas é centrado na pessoa que gere a equipa neste momento" (E19 Prof.NM).

Cada vez mais se reconhece que as decisões tomadas em grupo atingem níveis de qualidade superiores aos da decisão individual. Um dos aspetos potenciais de um grupo para a tomada de decisão reside na possibilidade de permitir a obtenção, interpretação e seleção de informações pertinentes, integrando a diversidade de perspetivas apresentadas. (Simões, 2011). No entanto, apesar de os membros da equipa terem autonomia para expressarem as suas opiniões, alguns membros relatam que as suas sugestões são ouvidas e consideradas, mas que nem sempre se refletem na decisão final:

"Eu acho que há discussão entre os vários elementos da equipa, às vezes não sinto é que haja necessariamente uma tradução da discussão entre os elementos da equipa. A tomada de decisão e o poder decisório não é de todos e essa discussão não influencia de nenhuma forma as decisões que estão a ser ou que vão ser tomadas" (E4 Prof.NM).

Essa dinâmica evidencia uma tensão entre a abertura ao diálogo e a centralização do poder decisório, o que pode limitar a potencialidade do grupo em integrar as diversas perspectivas e alcançar soluções mais inovadoras e abrangentes. Um profissional faz referência à tradição, explicando que o médico psiquiatra da infância e da adolescência sempre foi visto como o decisor final, que coordena e avalia em consulta, mas que atualmente se denota um esforço no sentido de valorizar o consenso do grupo, devido à dependência que o chefe de equipa tem das informações fornecidas pelos outros técnicos.

"Por tradição, nós diríamos que o médico seria o decisor final, não é? No fundo, sem a assinatura dele não vai nada. Mas o que é certo é que a maior parte dos clínicos passa pouco tempo com os doentes e os doentes passam muito mais tempo com os outros técnicos. As intervenções passam muito mais por coisas realizadas pelos outros técnicos do que propriamente pelo médico, não é? E aí, o que prevalece é o consenso do grupo. Não é aquilo que as pessoas discutem e o médico acaba por acatar" (E2 Prof.NM).

A concentração de poder no médico gera um sentimento de exclusão especialmente entre os profissionais não médicos, que frequentemente se sentem pouco ouvidos no processo decisório (Carapinheiro, 2005; Freidson, 1978), dando origem a um ambiente onde as decisões parecem ser impostas de cima para baixo, sem o devido reconhecimento das perspectivas e competências dos outros profissionais.

Durante a realização das entrevistas foi visível algum desânimo de vários profissionais não médicos, pelo frequente sentimento de desvalorização nas equipas, manifestado pela falta de reconhecimento das suas contribuições e pela total dependência das decisões médicas. Entendem que as decisões médicas condicionam ou restringem a sua autonomia, levando-os a realizar apenas um trabalho de execução (Lopes, 2006).

Quando falamos sobre as tomadas de decisão e a participação dos diversos elementos na organização e gestão do serviço, as opiniões de profissionais médicos e não médicos entram novamente em acordo e ambos os grupos descrevem que as informações são transmitidas nas reuniões de equipa sem lugar a discussão, que o poder de decisão é limitado.

O clima destas reuniões é fortemente influenciado pelo papel de liderança exercido pelos chefes hierárquicos, que determinam o que se discute e o tom adotado sobre o que se discute (Carapinheiro, 2005).

Destaca-se que relativamente à organização os superiores hierárquicos são responsáveis por tomar as decisões estratégicas e definir procedimentos, os quais posteriormente são transmitidos às equipas para serem implementados.

"Na maior parte das coisas de natureza administrativa e burocráticas, somos informados que o procedimento é este" (E14 Prof.NM).

O sentimento que impera entre os médicos e não médicos é que não têm um papel tão importante quanto deveriam.

"A nível da organização de serviço todos os elementos são consultados, mas aí não temos um papel tão importante, acho que merecemos ter, mas é um caminho" (E12 Prof.NM).

A estrutura piramidal tradicionalmente presente em muitos serviços de saúde também é perceptível nestas equipas e é reconhecida pelos diferentes elementos da equipa que consideram que a hierarquia é extremamente rígida e que poderia ser menos centralizada e hierarquizada, promovendo maior flexibilidade e autonomia aos profissionais.

"Temos uma boa estrutura hierárquica e que funciona bastante densa, se calhar demasiado hierárquica e piramidal, e que teria que ser um bocado mais horizontal" (E16 Prof.M).

O poder e a tomada de decisões são definidos no topo e à medida que se desce na pirâmide os níveis de autoridade diminuem e a maioria dos profissionais assume papéis de simples executores, com menos influência sobre as decisões estratégicas e operacionais.

Essa configuração cria um ambiente onde a hierarquia é claramente definida e visível. Os profissionais que ocupam posições mais elevadas na pirâmide são frequentemente vistos como as principais fontes de autoridade e orientação, enquanto os que estão em níveis inferiores tendem a seguir as diretrizes estabelecidas, muitas vezes com pouca participação no processo de decisão.

"A organização do Serviço? Aí não há dúvida nenhuma, é o poder médico, é o chefe de equipa que decide. Por exemplo, há coisas tão básicas como horário de funcionamento, embora tivesse havido opiniões diferentes das pessoas da equipa, qual deveria ser o horário de atendimento da equipa, o que prevaleceu na decisão final foi a decisão do chefe de equipa" (E11 Prof.NM).

Numa das equipas foi descrito que há tempos para a definição do planeamento, definição de atos administrativos e melhorias no funcionamento, mas transparece que apesar de os profissionais serem auscultados, mais uma vez as decisões finais são consideradas unilaterais

"Embora todos possam dar a sua opinião, a decisão final compete ao chefe de equipa. Claro que ouve todos, mas depois em termos da decisão, tem que ser chefe de equipa a decidir, ouvindo todos e esse é o modelo que nós usamos aqui" (E6 Prof.M).

A única exceção apurada ocorre quando há a necessidade de aumentar a eficiência de uma medida ou resolver um problema que exige uma solução imediata. Nesses momentos, a participação ativa de

todos é considerada essencial, pois promove um ambiente mais colaborativo e permite que as decisões sejam enriquecidas pelas diferentes perspetivas e experiências individuais.

“As coisas em termos de funcionamento da equipa ou mesmo até tentar perceber o que é que se pode fazer diferente ou quando está toda a gente histérica, com o tempo de espera e para dar respostas e como é que podemos agilizar isto, é uma coisa que em regra geral é falado e conversado para todos ajudarem” (E14 Prof.NM).

Numa das reuniões clínicas foi observado que o início programado para as 9h foi atrasado no tempo, “porque o chefe estava ao telefone com a administradora” (informação esta que é transmitida como se de segredo se tratasse). Enquanto isso, todos os profissionais permaneciam sentados na sala, deixando o lugar vago do chefe de equipa, aguardando a sua chegada para darem início à reunião.

Esta centralização da autoridade dentro da equipa, onde o início das reuniões está dependente da presença do chefe de equipa, demonstra que o início das discussões só é legitimado com a sua presença, o que indica uma estrutura hierárquica rígida e tradicional. Essa dependência do chefe de equipa para o início das atividades sugere que ele exerce um controlo significativo sobre a dinâmica do grupo, o que pode limitar a autonomia e a criatividade dos outros profissionais (Crozier & Friedberg, 1977).

Além disso, o comportamento dos elementos da equipa de deixarem vago o lugar destinado ao chefe de equipa, reflete o poder simbólico que essa figura de autoridade possui. A cadeira vazia, aguardando a chegada do chefe de equipa, é símbolo de supremacia (Carapinheiro, 2005). A hierarquia não é apenas funcional, mas também profundamente enraizada nas normas sociais e culturais da organização e limita a iniciativa individual em detrimento da hierarquia estabelecida.

Nas entrevistas alguns profissionais questionam a ideia do porquê de o médico ser automaticamente o líder da equipa, sugerindo que a capacidade de liderança não é necessariamente derivada de formação académica.

“Eu acho que se criou à partida esta ideia de que o profissional médico, pela sua formação específica, será a pessoa mais indicada para ser o líder da equipa, eu tenho muitas dúvidas relativamente a isso. Acho que tem que ser alguém que esteja habilitado e que tenha de facto esta capacidade de liderança que eu acho que não é uma formação académica que dá” (E4 Prof.NM).

No entanto, há reconhecimento de que as decisões passam sempre pelo chefe de equipa, mesmo que haja discussão e colaboração. O poder do chefe de equipa abrange o monopólio das funções essenciais, como a organização da equipa, a definição do projeto terapêutico e a elaboração de políticas, projetos e procedimentos que orientam o funcionamento das equipas. Este papel é desempenhado em estreita ligação com os objetivos da política hospitalar, o que significa que o chefe

de equipa não apenas lidera a equipa e define os percursos terapêuticos, como também assegura que todas as ações e diretrizes estão alinhadas com as estratégias globais da instituição hospitalar.

Este modelo de liderança é percebido como necessário em algumas situações, especialmente quando há orientações que vêm de administradores e gestores do hospital.

"Há decisões naturalmente que vêm, vêm de cima, mas são poucas, que nós vamos ter sempre que respeitar. Mas são-nos comunicadas de uma forma tranquila para podermos respeitar" (E15 Prof.NM).

No contexto descrito, embora haja abertura para discussões, nem sempre as opiniões expressas pelos membros da equipa se traduzem em decisões finais, uma vez que estas permanecem concentradas no chefe de equipa. Isso reflete uma estrutura hierárquica tradicional e piramidal, alinhada com a estrutura simples de Mintzberg, onde o líder exerce um controlo significativo sobre a organização, especialmente em decisões administrativas e burocráticas (Mintzberg, 1995). A prevalência da liderança médica, mesmo com os esforços para respeitar as orientações hierárquicas de maneira colaborativa, sublinha a centralização do poder e a dependência das decisões médicas, características típicas da estrutura simples. Essa centralização levanta questões sobre a necessidade de uma liderança que transcenda a formação académica, sugerindo que a eficácia organizacional pode depender mais da capacidade de integrar diferentes perspetivas do que de uma liderança exclusivamente técnica ou baseada em autoridade profissional.

Resolução de divergências

A resolução de divergências nas equipas de saúde mental da adolescência também é essencial para manter a eficácia e a coesão dos serviços prestados.

A análise das respostas recolhidas revela que as formas mais frequentes de resolver divergências, nas equipas de saúde mental da infância e da adolescência variam entre a comunicação aberta e imediata e o adiamento estratégico da discussão, permitindo que a questão divergente seja tratada em um momento mais oportuno.

As reuniões de equipa são muitas vezes cenário para essas discussões, permitindo que os membros expressem as suas opiniões e pontos de vista num ambiente formal onde as questões são abordadas de forma aberta, mais organizada e refletida, e onde todos os membros podem contribuir para a solução.

"Muitas destas coisas são discutidas na reunião e é aqui que resolvemos, muitas vezes estamos a discutir um caso e é aí que resolvemos, na reunião. A própria divergência surge aí" (E11 Prof.NM).

Esse formato facilita a procura de consenso, garantindo que as decisões são tomadas de forma colaborativa, com base nas diferentes perspectivas apresentadas e na construção de um entendimento comum.

"Geralmente tenta-se chegar a um consenso" (E1 Prof.M).

Este processo envolve a negociação entre os membros da equipa até que uma solução aceitável para todos seja encontrada. E o reconhecimento das diferentes perspectivas dos profissionais origina a valorização de cada área profissional.

"Há sempre casos que são mais difíceis, não há aquela resposta correta que nós estamos habituados a ter, acho que realmente as diferentes perspectivas das diferentes carreiras da psicologia, enfermagem e até da medicina, realmente traz opções e assim diferentes, mas que realmente conjugadas acabam por desenvolver o melhor cuidado à criança. Sem dúvida nós não trabalhamos sozinhos e é fundamental este trabalho interequipas, se não as coisas também não melhoram" (E10 Prof.M).

No entanto, nem todas as divergências são resolvidas no momento, algumas requerem tempo para serem abordadas de forma mais eficaz.

"Há dias em que não vale a pena dizer nada, (...) Aquilo que eu acho que joga muito a favor, é que nos conhecemos muito bem uns aos outros e, portanto, para todos os efeitos sabemos perfeitamente quando alguém está mais irritado e que não vale a pena, naquele dia, falarmos, porque não vai ser ouvido. Mas não quer dizer que fiquemos com a sensação que a nossa opinião não tem espaço, porque vai poder ser falado no dia seguinte ou vai ser falado noutra altura ou de outra maneira. Para mim isto é muito claro, mas quem entre de repente na equipa, se calhar encolhe-se completamente e sente que não pode falar. Nós já damos todos uns descontos uns aos outros, por nos conhecermos há mais tempo, basta trocarmos um olhar e percebemos que é melhor não falarmos" (E14 Prof.NM).

Este método envolve dar espaço para que as tensões diminuam antes de retomar a discussão. O evitamento é uma estratégia intencional onde as partes optam por não tomar uma posição sobre o problema, resultando num impasse. Nesta abordagem, as partes envolvidas esperam que o tempo, por si só, resolva a questão. Essa estratégia é particularmente adequada em situações em que o problema é trivial, quando as circunstâncias impedem a realização dos interesses envolvidos, ou quando é necessário um tempo considerável para reflexão antes de agir (Neves & Carvalho Ferreira, 2011).

Quando não se consegue chegar a um consenso, há casos em que o profissional toma a decisão por si, assumindo a responsabilidade pela decisão.

"Se o caso é de cada um, cada um gere consoante a sua opinião, não de haver duas pessoas que numa discussão não veem da mesma forma, mas aí o responsável do caso fica com a sua opinião" (E13 Prof.NM).

As divergências, quando surgem, são resolvidas através de comunicação e negociação e as reuniões de equipa desempenham um papel crucial neste processo, proporcionando um espaço estruturado para discussão e resolução de conflitos.

Em síntese, a dinâmica das equipas de saúde mental requer claramente a adoção de uma abordagem multidisciplinar, na qual a colaboração entre profissionais de diferentes áreas é um elemento central. Os profissionais reconhecem que a integração de conhecimentos, a partilha de experiências e o apoio mútuo são fundamentais para enriquecer as interpretações sobre os doentes, para desenvolver intervenções mais eficazes e adaptadas às necessidades específicas das crianças e beneficiam a construção e execução do projeto terapêutico. Além disso, há uma preocupação expressa em manter a coesão das equipas, promovendo momentos informais de convívio, como almoços e celebrações, que fortalecem os laços pessoais e promovem a confiança mútua (Schein, 1985). Estes momentos são valorizados, embora sejam reconhecidamente difíceis de organizar devido às exigências de trabalho.

Relativamente à liderança, esta é vista como essencial para a coordenação e motivação das equipas, sendo amplamente desejada uma liderança de estilo participativo e horizontal. Os médicos sentem-se ouvidos no que respeita às decisões terapêuticas, mas observam que, em relação à organização e planeamento do serviço, a responsabilidade recai quase exclusivamente sobre o chefe de equipa. Em contraste, os profissionais não médicos sentem que, embora as suas opiniões sejam ouvidas, raramente são incluídas nas decisões finais, tanto na definição da abordagem terapêutica, como na organização do serviço. Este sentimento contribui para a desmotivação, pois os profissionais percebem que o poder de decisão permanece centralizado no chefe de equipa, frequentemente sem partilha. Além disso, a tradição de o chefe de equipa ser sempre médico é, alvo de questionamento por alguns profissionais que defendem que a liderança deve ser baseada em competências de gestão e liderança, em vez de estar obrigatoriamente vinculada à formação académica.

A resolução de divergências nas equipas é geralmente alcançada através de uma comunicação aberta, onde as questões são discutidas de forma direta e colaborativa. Em situações de maior tensão ou complexidade, é comum recorrerem ao adiamento estratégico das discussões, de modo a que as decisões sejam retomadas em momento mais oportunos, de forma mais ponderada e eficaz. McIntyre ao citar os estudos de Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek e Rosenthal (1964) e Rahim (2001), conclui que “quando os chefes utilizam um estilo de dominação junto dos seus subordinados, estes respondem, muito frequentemente, com o estilo de evitamento” (McIntyre, 1998, p. 301).

Esta prática tem-se revelado útil para preservar a coesão da equipa e garantir que as soluções encontradas são aceitáveis para todos os envolvidos.

6.3 A interdisciplinaridade entre os profissionais

A interdisciplinaridade entre os profissionais nas equipas de saúde mental da infância e adolescência é uma estratégia essencial que promove a colaboração entre diferentes áreas de conhecimento, facilita a reflexão e a mudança comportamental dos doentes, assegura uma comunicação eficaz e permite uma coordenação de cuidados conjunta. A combinação dessas práticas resulta em intervenções mais ajustadas e eficazes, beneficiando tanto os profissionais quanto as crianças e os familiares.

A interdisciplinaridade é um conceito quase mágico, porque o invocamos sempre que nos confrontamos com os limites do nosso território de conhecimentos, ou quando procuramos um saber no qual cada domínio, cada lei, cada observação empírica, aparecesse como que na forma de um imenso tratado do mundo e do homem. Assim, também, sempre que nos surge uma nova realidade epistemológica, uma nova disciplina, cujo lugar não está ainda traçada no mapa das ciências sociais, ou quando precisamos de recorrer a perspectivas diferentes para analisar um objecto cuja complexidade não é possível interpretar por uma estrita lógica disciplinar, recorreremos à interdisciplinaridade (O. Pombo, 2004, pp. 29-30).

A interdisciplinaridade não é um fim que deva ser alcançado a qualquer preço, mas uma estratégia, um meio, uma mediação, uma razão instrumental, um permanente diálogo entre as partes e o todo e entre o todo e as partes (Paviani, 2004).

As principais categorias identificadas na análise da interdisciplinaridade entre profissionais são quatro. A organização de conhecimentos, que envolve a integração e estruturação dos saberes dos diferentes profissionais para garantir uma prática coerente e eficaz. A complementaridade na comunicação, que destaca a importância de diferentes profissionais estarem presentes no mesmo espaço de intervenção para assegurar uma comunicação clara e compreensível para o utente.

A coordenação de intervenções, que se refere à forma como as ações e estratégias dos profissionais são harmonizadas para garantir um plano de tratamento coeso. E por fim, a gestão de conflitos interdisciplinares, que se foca na resolução de divergências entre os profissionais, seja por diferenças nas abordagens de intervenção, poder e hierarquia, seja na organização dos serviços, sendo a sua gestão essencial para o bom funcionamento da equipa e consequente impacto na motivação, desempenho, qualidade e satisfação profissional.

Tabela 6.3 - Categorias relativas à interdisciplinaridade entre profissionais

Categorias		
Interdisciplinaridade entre profissionais	Organização de conhecimentos	
	Complementaridade na comunicação	
	Coordenação de intervenções	
	Gestão de conflitos interdisciplinares	Divergências sobre abordagem de intervenção
		Conflitos de poder e hierarquia
		Divergências na organização dos serviços
		Impacto na motivação da equipa
		Influência no desempenho profissional
		Efeito na qualidade da Intervenção
	Relação com a satisfação profissional	

Organização de conhecimentos

A colaboração interdisciplinar é vista como um fator central que permite integrar diferentes perspetivas dos diferentes profissionais e os seus conhecimentos, originando intervenções mais ricas e melhor ajustadas às necessidades das crianças. Envolve a integração de conceitos, teorias e métodos das diferentes áreas, exige colaboração entre os vários profissionais que as representam e resulta numa síntese que combina e enriquece o conhecimento de cada área envolvida (Colet, 2004).

Um dos entrevistados destacou a importância dessa colaboração, afirmando:

"a mim interessa claramente a articulação e há um investimento claro nesse sentido, porque é com essas perspetivas que se constrói uma visão, uma compreensão do que se está a passar, e isso enriquece imenso a intervenção. A interdisciplinaridade enriquece imenso a intervenção" (E19 Prof.NM).

Esta visão é corroborada por outro profissional que menciona a diversidade de áreas envolvidas no cuidado às crianças:

"já trabalhei com terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, psicomotricista, professores, psiquiatra da infância e da adolescência. Eu acho que tem a ver com esta ideia de, no fundo, termos um olhar comum e uma compreensão comum do que é o adolescente. O sítio donde partimos, a nossa formação base, tem olhares diferentes, mas esses olhares não se contrariam, muito pelo contrário, eu acho que se complementam" (E4 Prof.NM).

Estas intervenções conjuntas são consideradas práticas comuns e cruciais para a promoção da reflexão e mudança comportamental tanto da criança, como da sua família. Através da partilha de diferentes abordagens de várias áreas profissionais, torna-se possível abordar múltiplos aspetos relacionados com o comportamento, as necessidades ou as dinâmicas familiares, facilitando a adoção de novas perspetivas e incentivando mudanças significativas.

"Às vezes reunimos com as famílias aqui, nós e a assistente social, para trabalhar em determinados aspetos, e a coisa flui muito naturalmente. Para além de nos conhecermos muito, sabemos bem os limites, estes cruzam-se um bocadinho e tocam-se, mas sabemos muito bem os limites da intervenção de cada um e, portanto, naturalmente, por exemplo, quando estamos aqui a intervir com uma família X tem mais aquela vertente do risco, da parte mais social ou das regras e depois eu trago mais o aporte que vem da intervenção terapêutica e daquilo que eu já conheço do adolescente ou das rotinas e, portanto, complementamos muito bem os trabalhos uns dos outros, porque eu acho que acima de tudo sabemos muito bem o que é que cada um faz" (E11 Prof.NM).

A interdisciplinaridade "é uma resposta ao conhecimento fragmentado de diversas disciplinas e à distância entre os profissionais" (Louro, 2020, p. 82). Este equilíbrio entre as diferentes áreas de atuação permite que as intervenções sejam mais eficazes, complementando-se e abordando a criança e a família de forma integrada.

Complementaridade na comunicação

A comunicação eficaz com a pessoa é outro objetivo fundamental da interdisciplinaridade.

A presença de vários profissionais no mesmo espaço de consulta ou intervenção, ajuda a assegurar que a comunicação seja clara e que as mensagens sejam corretamente compreendidas, o que é particularmente importante nos contextos de saúde mental, onde a comunicação por vezes é encarada como um desafio devido à condição emocional e cognitiva dos doentes.

Um profissional ressalta a importância desta prática.

"Eu acho que faz muito sentido no âmbito da saúde mental, até porque, às vezes, a forma como se entende aquilo que nós dizemos, aquilo que o outro recebe, e a disponibilidade que apresenta para receber a informação, pode gerar algum mal-entendido. Acho que é importante, porque muitas vezes as pessoas com quem nós estamos a falar naquele momento estão, de facto, doentes, com pouca capacidade para ouvir, até para refletir sobre a sua própria vida" (E12 Prof.NM).

Essa complementaridade na comunicação é também observada em intervenções conjuntas, onde as diferentes perceções dos profissionais ajudam a alinhar as expectativas dos pais com a realidade vivida pelas crianças.

"Também relativamente às intervenções individuais, sim, porque às vezes nós temos uma perceção mais da família, que às vezes pode ser bastante desfasada da criança, não é? E isso também ajuda os pais a compreenderem porque é que nós queremos tomar determinada decisão, portanto, às vezes também faço consultas conjuntas com a psicóloga ou com a psicomotricista. Neste sentido, é fazer uma devolução aos pais " (E17 Prof.M).

Coordenação de intervenções

A coordenação de intervenções surge também como um objetivo central da interdisciplinaridade, permitindo uma gestão mais eficiente e integrada das intervenções. Esta coordenação é frequentemente realizada através da definição de planos de intervenção conjuntos, onde as responsabilidades são partilhadas entre os diferentes profissionais envolvidos.

"Com a assistente social da equipa muito frequentemente, principalmente em intervenções relacionadas com CPCJ, equipas de apoio ao Tribunal, instituições, mesmo em intervenções junto da família e junto do adolescente, nós costumamos fazer muito estas intervenções em parceria. Portanto, eu diria que faz parte da base da intervenção" (E4 Prof.NM).

A clareza na definição das responsabilidades é fundamental para o sucesso das intervenções. Essa prática não só assegura que o plano terapêutico é seguido de forma rigorosa, mas também que todos os profissionais estão alinhados nas suas abordagens, evitando duplicidades e garantindo uma intervenção mais eficaz.

Gestão de Conflitos interdisciplinares

A integração de profissionais de diferentes áreas na mesma equipa é uma das maiores riquezas da saúde mental. No entanto, inevitavelmente surgem diferentes perspetivas, abordagens e métodos de trabalho que podem dar origem a conflitos, especialmente quando os membros da equipa têm opiniões divergentes sobre a melhor abordagem para um caso específico.

Para existir conflito, há três premissas que é necessário cumprir: primeiro é essencial que ambas as partes envolvidas reconheçam a situação como um conflito e tenham consciência dessas divergências, em segundo lugar, é necessário que haja de alguma forma de oposição ou incompatibilidade e, finalmente, que exista interação entre as partes (Neves & Carvalho Ferreira, 2011).

A maioria dos profissionais não percebe a existência de conflitos significativos dentro das equipas. Encaram as divergências de opinião como parte integrante do processo de colaboração, e não como fontes de tensão.

"Não é um conflito, às vezes as pessoas não têm a mesma opinião, não é? E claro, quando as duas pessoas estão a conversar e não estão de acordo, é normal que exista assim, às vezes algum debate de ideias mais aceso, agora o conflito não" (E7 Prof.NM).

Este depoimento ilustra como as diferenças de opinião são encaradas como discussões saudáveis, capazes de enriquecer o trabalho em equipa sem que necessariamente se transformem em conflitos.

"Não, há conflitos, eu não considero que haja conflitos. Às vezes se conversa, se fala e se resolve" (E16 Prof.M).

O que também demonstra que, mesmo quando surgem desentendimentos, a cultura de diálogo e resolução dentro da equipa impede que esses momentos evoluam para conflitos. Esta abordagem colaborativa e conciliadora é refletida na maioria das respostas.

Embora a maioria dos profissionais de saúde mental não percecionem os desentendimentos como conflitos, foi possível identificar algumas áreas onde os conflitos surgiram: divergências sobre a intervenção, divergências de poder e hierarquias e divergências sobre a organização do serviço. Os conflitos sobre a divergência de opinião relativa à intervenção são encarados como naturais e importantes nas equipas multidisciplinares, dadas as perspetivas e abordagens que cada um traz.

"Já tive alguns conflitos exatamente por causa desta diferença de opinião e de tomada de posição em relação a planos de intervenção e algumas medidas a tomar, e depois acabamos por voltar a conversar sobre isso e as coisas acabam por se resolver" (E15 Prof.NM).

Essas divergências são vistas mais como debates construtivos do que como verdadeiros conflitos, contribuindo para enriquecer o processo de tomada de decisão e a formulação de projetos terapêuticos mais eficazes.

"Os conflitos na equipa na maioria deles são sobre, quando nós não concordamos sobre a evolução do doente, nomeadamente das intervenções que estamos a fazer com os doentes e que não estão a ser eficazes, têm mais a ver com isto, com a nossa não eficácia" (E9 Prof.M).

As divergências de poder e hierarquias, embora menos mencionados, também são uma área potencial de tensão.

"Temos sempre uma dificuldade acrescida para quem trabalha nas equipas, que é no fundo, nós temos sempre dois tipos de liderança associados. Nós temos o nosso líder, o nosso chefe de equipa que não corresponde à nossa classe profissional, e depois nós temos o nosso superior hierárquico da nossa classe profissional e às vezes é muito difícil de conjugar essas duas dimensões, acho que por lealdade e respeito institucional temos tendência a corresponder à nossa liderança na própria equipa, o que não significa que depois não fiquem alguns conflitos por sanar ou por resolver, até porque existem várias divergências no que é neste momento, a orientação, a linha orientadora, a direção que nós queremos para a equipa. E neste momento, aquilo que eu sinto é uma discordância relativamente a muitas coisas e que me faz sentir que a equipa se está a reduzir, a extinguir nas suas funções" (E4 Prof.NM).

A complexidade e os desafios enfrentados por profissionais que trabalham em equipes multidisciplinares, onde a liderança não é homogênea e está dividida entre diferentes hierarquias, também é apontada como foco de tensão. O profissional descreve a dificuldade de conciliar os dois tipos de liderança: a do chefe da equipe, que pode não pertencer à mesma área profissional, e a do superior hierárquico da sua própria profissão.

Devido à sua posição de charneira (Carapinheiro, 2005), os profissionais sentem-se na dependência do chefe de equipe e da chefia hierárquica da mesma categoria profissional, enfrentam o dilema sobre como equilibrar alianças e solidariedades entre ambas as lideranças. É aceite o poder instituído pela sua estrutura hierárquica ao aceitarem as decisões com queixas, mas o que sobressai é a forte solidariedade com o chefe de equipe, o que de alguma forma reforça a posição do chefe de equipe dentro da estrutura organizacional.

Essa dualidade de liderança pode gerar tensões e conflitos internos, pois as diretrizes e expectativas de cada líder podem ser divergentes. Há uma tendência natural em seguir a liderança de proximidade, no entanto, isso pode originar conflitos e divergências.

Finalmente, as divergências sobre a organização do serviço também foram identificadas como uma possível fonte de conflito. Essas divergências podem envolver a gestão de horários, alocação de recursos, ou a forma como o trabalho é distribuído entre os membros da equipe.

“É um bocadinho esta questão dos recursos humanos, dos recursos em termos de espaço físico, que provoca conflitos, mas vamos falando entre nós” (E17 Prof.M).

“Quando são conflitos com decisões da organização do serviço, com as quais as pessoas discordam efetivamente e que podem ter impacto, como, por exemplo, às vezes o horário. Quer dizer, se o chefe de equipe decide que o serviço em vez de abrir às 8:30, só pode abrir às 9 da manhã, está decidido” (E 11 Prof).

A resolução dos conflitos, tende a ser abordada através da comunicação direta, permitindo que as tensões se diluam com o tempo ou muito esporadicamente é solicitada a intervenção de um superior hierárquico.

A abordagem preferida, tal como para a tomada de decisões, também é a comunicação aberta, onde os conflitos são discutidos diretamente com a pessoa.

Os profissionais enfatizam a importância de abordar os conflitos de forma imediata e pessoal:

"Posso falar por mim, quando tenho um conflito com alguém, resolvo diretamente com essa pessoa, falo com essa pessoa, explico o meu ponto de vista, oiço o seu ponto de vista, clarificamos as coisas e chegamos ali a um entendimento, por norma vai funcionando assim" (E11 Prof.NM).

“A gente acaba logo por conversar, mas os conflitos também se resolvem da mesma forma, não é, que é tentando de alguma maneira perceber qual é que é a posição do outro e o que é que se pode fazer com isso” (E2 Prof.NM).

Essa abordagem é valorizada pela sua eficácia em esclarecer mal-entendidos e em encontrar soluções de forma colaborativa. No entanto, é reconhecido que nem todos os conflitos podem ser resolvidos instantaneamente. Para algumas situações também é necessário dar algum tempo para permitir que as tensões diminuam antes de se tentar uma resolução, promovendo um ambiente de reflexão e compreensão mútua.

“Dar um tempo mais distendido para que possa haver espaço de pensamento e depois construção em cima do que é divergência e do que é conflito, para que depois nos possamos reaproximar e olhar de novo” (E19 Prof.NM).

“São momentos pontuais, e que na minha perspectiva se vão resolvendo e depois acho que também há coisas que uma pessoa aprende e que desculpa, ok vai ser sempre assim e depois integramos” (E5 Prof.M).

Apesar da predominância do diálogo, os profissionais também reconhecem que, em casos raros, pode ser necessária a intervenção de terceiros.

“Muitas vezes pedimos a ajuda a quem acima de nós está e tem poder de decisão e isso fazemos felizmente não com demasiada frequência, mas acontece.” (E20 Prof.M).

Este tipo de resolução pode introduzir uma perspectiva de autoridade, para desbloquear impasses de decisões ou mesmo restaurar a cooperação entre os profissionais, obrigando os intervenientes a clarificar os seus argumentos. A responsabilidade da resolução passa a ser do superior hierárquico ou do chefe de equipa, cuja decisão é valorizada pelo seu conhecimento ou pela sua posição de neutralidade.

A resolução de conflitos nas equipas é marcada por uma forte cultura de diálogo e de comunicação direta, onde a maioria dos desentendimentos é solucionada através da conversa e da compreensão mútua, o que geralmente evita a necessidade de mediação externa.

Os conflitos são inevitáveis em qualquer equipa multidisciplinar e têm um impacto significativo na dinâmica das equipas. Os entrevistados reconheceram que esses conflitos se manifestam de várias formas, afetando a produtividade, a eficiência e a qualidade das intervenções, a satisfação dos profissionais, o ambiente de trabalho e a participação na tomada de decisões.

Em termos de produtividade e eficiência, conflitos não resolvidos ou mal geridos podem originar que a capacidade de concentração e dedicação ao trabalho fique comprometida, resultando em atrasos na execução das tarefas e na tomada de decisões.

“Eu às vezes posso querer estar com um adolescente às 8:30 da manhã, porque ele depois vai para a escola e não tenho outro horário. Se a equipa não pode trabalhar antes das 9 da manhã, porque o serviço abre às 9 da manhã, isto está a interferir diretamente com o meu trabalho, desmotiva” (E11 Prof.NM).

“Eu acho que nós trabalhamos muito, gastamos muitas horas e nem sempre com a maior eficiência possível. Acho que precisávamos de pensar mais em conjunto com os diferentes elementos da equipa para perceber melhor o que é que nós queremos fazer enquanto equipa ligada à adolescência” (E4 Prof.NM).

No que concerne à qualidade no desempenho das intervenções de saúde mental, também ela é afetada, uma vez que a colaboração é essencial para uma intervenção bem estruturada.

“Se nós estamos permanentemente a ter menos disponibilidade para estar juntos e a conversamos sobre os doentes com a regularidade semanal, se calhar as intervenções não estão tão sobre escrutínio e, portanto, podem estar a ser mais lentas” (E9 Prof.M).

Com a diminuição na qualidade dos cuidados prestados, as intervenções passam a ser menos coordenadas e menos adaptadas às necessidades dos doentes.

“Eu já tive um caso em que sim, tive que alterar um plano de intervenção porque o conflito não ficou resolvido. Aliás, nessa altura o conflito ficou latente, nem ficou expresso, não é? O que existiu foi um grande desconforto, sobretudo da minha parte. Porque na altura não foi respeitada a minha tomada de posição e quase que fui impedida de tomar uma posição. Eu aceitei que houvesse essa alteração no plano de intervenção. Disse que a partir daquele momento eu não voltava a acompanhar aquele caso, a não ser que fosse uma situação extrema que realmente implicasse perigo para o adolescente, mas que eu não me envolveria mais naquele processo” (E15 Prof.NM).

“Se um adolescente só pode vir às 8h30 e se a equipa não pode trabalhar antes das 9 da manhã, porque o serviço abre às 9 da manhã, isto está a interferir diretamente com o meu trabalho, ou estou a trabalhar fora de horas, não é? Não tenho a amnistia para àquela hora efetivar o meu trabalho, portanto, nesse sentido, às vezes há implicações. Claro que depois temos que nos reorganizar e reajustar, não? E perceber como é que podemos resolver isto e como é que eu posso não prejudicar o adolescente” (E11 Prof.NM).

A satisfação dos profissionais também é afetada com a presença de conflitos, que se traduzem na sensação de que a sua opinião não tem valor,

“às vezes mais do que impacto na eficácia, é o mal-estar que gera, é ver alguém que toma decisões pensar única e exclusivamente em si próprio e nas suas necessidades, sem entender as da equipa ou as dos próprios pessoas” (E 11 Prof.NM).

O que origina alterações ao nível do ambiente de trabalho, sendo frequentemente considerado como menos gratificante, o que vulgarmente se chama de “ambiente pesado”,

“já houve alturas em que já falámos entre nós, isto tem que acalmar um bocado porque está tudo a ficar demasiado tenso. Por vezes o chefe acaba por se exaltar de mais, ou vive isto com grande intensidade, o que acaba por ser mais difícil na gestão com os outros, porque quer pôr as coisas a funcionar” (E14 Prof.NM),

“Quando as coisas não ficam bem resolvidas, ou quando as coisas não correm tão bem, sente-se um clima...” (E5 Prof.M).

Os conflitos nas equipas de saúde mental têm um grande impacto. A gestão eficaz dos conflitos é, portanto, essencial para garantir que as equipas possam trabalhar de forma harmoniosa e produtiva, assegurando que os doentes recebam os melhores cuidados possíveis.

Concluindo, a interdisciplinaridade nas equipas é amplamente valorizada e reconhecida como fundamental para o sucesso das intervenções. Os profissionais destacam a importância da organização dos conhecimentos, que permite integrar diversas perspetivas e enriquecer o entendimento dos casos, promovendo decisões mais ajustadas às necessidades das crianças (Bronstein, 2003).

A complementaridade na comunicação é igualmente considerada como essencial, especialmente no âmbito da saúde mental, onde a colaboração de múltiplos profissionais assegura que as informações são transmitidas de forma sustentada, clara e compreensível. Esta abordagem não só contribui para melhorar a adesão dos doentes ao tratamento, mas também minimiza o risco de mal-entendidos por parte das famílias, garantindo que todos compreendem de forma mais eficaz, as orientações e intervenções propostas (Howe & Betts, 2011).

A coordenação de intervenções é percebida como uma estratégia essencial para assegurar que as ações realizadas pelos diferentes membros das equipas são harmonizadas, garantindo que todos os profissionais estão alinhados e que o plano terapêutico é executado de forma eficiente e eficaz. Por outro lado, a gestão de conflitos interdisciplinares, embora não seja vista como um problema significativo pela maioria, exige um esforço constante de diálogo e negociação.

Os profissionais reconhecem que as divergências de opinião, especialmente sobre intervenções, poder hierárquico e organização de serviços são inevitáveis.

No entanto, quando resolvidas de forma colaborativa são encaradas como oportunidades para enriquecer o trabalho. Apesar disso, em alguns casos, revelam desmotivação dos profissionais devido a imposições consideradas desnecessárias e pela limitada disponibilidade para reflexões conjuntas sobre as intervenções. Este cenário tem um impacto negativo na qualidade do trabalho, já que as opiniões de alguns membros são desvalorizadas, gerando um ambiente pesado dentro da equipa e prejudicando a colaboração. Ainda assim é promovida uma cultura de diálogo em prol do bem comum, que é o bem-estar das crianças e suas famílias.

6.4 O lugar do assistente social na tomada de decisões em equipa

O Serviço Social nas equipas de saúde mental tem uma longa tradição histórica, marcada pela evolução da medicina e das políticas nesta área. As responsabilidades dos profissionais, assistentes sociais, tem fronteiras bem definidas em relação às demais profissões da saúde, especialmente no que concerne às suas áreas de atuação.

O Serviço Social tem enfrentado dificuldades para ser reconhecido como uma profissão de natureza científica. Com a crescente cientifização da saúde, os assistentes sociais, outrora vistos como especialistas na área social, foram relegados a um papel secundário nas dinâmicas processuais de tratamento em saúde. Contudo, no campo da saúde mental, devido à sua complexidade sistémica, o Serviço Social destaca-se pela sua importância, sendo amplamente reconhecida a sua relevância.

Mas apesar desse reconhecimento persistem muitas desigualdades, sobretudo nas tomadas de decisão nas equipas multidisciplinares. Essas desigualdades são frequentemente manifestadas através de relações hierárquicas entre os profissionais, onde o saber médico tende a sobrepor-se às contribuições das outras áreas, inclusive do Serviço Social.

“a prática dos médicos é fundadora da técnica científica moderna na área da saúde e, portanto, núcleo do qual outros trabalhadores especializados derivam, na qual algumas profissões são “superiores” a outras, e há relações hierárquicas de subordinação entre profissionais” (Peduzzi, 2001, p. 107)

Neste contexto, será analisado o lugar dos assistentes sociais na tomada de decisões em equipa, com foco em várias dimensões fundamentais. Em primeiro lugar, a integração de conhecimentos específicos, com ênfase na componente social, nos determinantes sociais da saúde e na identificação dos fatores de risco e proteção. Para além disso, o assistente social desempenha um papel central na mobilização de recursos comunitários (mediação), no acompanhamento e capacitação das famílias e na participação ativa na intervenção. A utilização dos conhecimentos específicos, a par com o pensamento crítico e deontológico (Associação dos Profissionais de Serviço Social, 2018), garante que as decisões tomadas em equipa respeitem os princípios éticos e legais.

Tabela 6.4 - Categorias relativas ao lugar do assistente social na tomada de decisões em equipa

Categorias		
O assistente social na tomada de decisões	Integração de conhecimentos específicos	Componente social
		Determinantes sociais da saúde
		Fatores de risco e proteção da criança e jovem
	Mobilização de recursos - mediação	
	Acompanhamento familiar e capacitação	
	Participação ativa na intervenção	
	Responsabilidade ético-legal	

O assistente social assume um papel de destaque, não apenas pela antiguidade da presença nas equipas, mas pelo contributo que fornece para o entendimento das dinâmicas internas e para a construção do ambiente da equipa.

"A assistente social está desde sempre, faz parte daquele núcleo duro da equipa. Faz também parte desta dimensão global, conhece a forma como funcionamos, portanto, está sempre, tem uma função dentro da equipa, de conhecer as pessoas, ser dos técnicos que está há mais tempo na equipa" (E14 Prof.NM).

Este papel permite uma compreensão profunda das necessidades tanto da equipa quanto das crianças e familiares. O papel do assistente social na tomada de decisão é essencial e multifacetado, especialmente no contexto das equipas de saúde mental.

Integração de conhecimentos específicos

O assistente social contribui para assegurar que as decisões terapêuticas e clínicas têm em consideração a dimensão social que afeta a saúde e o bem-estar das crianças, como o contexto familiar, económico e comunitário.

Tal como outros profissionais, o assistente social apresenta uma perspetiva única e necessária, que enriquece a tomada de decisão e a intervenção com as crianças e os familiares.

"Inevitavelmente o Serviço Social faz parte da equipa multidisciplinar, tem que fazer, aqui na pedopsiquiatria temos muita componente social a influenciar o quadro clínico e às vezes é mesmo o aspeto mais evidente e tem muito impacto, acho que se impactam mutuamente, estão muito de mãos dadas" (E18 Prof.M).

O assistente social contribui com um “olhar específico” e necessário para a compreensão das realidades sociais e culturais que afetam os pacientes, o que enriquece significativamente as intervenções terapêuticas. Assegura que as necessidades sociais das pessoas são devidamente consideradas, proporcionando uma visão geral do contexto em que estes estão inseridos.

Esta ideia é claramente expressa por um dos entrevistados, que afirmou:

"A assistente social realmente faz um bocadinho de tudo e ajuda muito bem aqui a gerir as coisas, porque a verdade é que está muito associada à questão da saúde mental, condição social, portanto, acaba por ser não ser só uma presença necessária, mas fulcral. É indispensável para o funcionamento do serviço. E por acaso ela está sempre aqui, se há alguma coisa nós estamos sempre a chateá-la" (E8 Prof.M).

A presença constante e a articulação do assistente social com os diversos profissionais da equipa, revela funções claramente definidas e o respeito que cada profissional tem pela profissão.

"Acho que o assistente social aqui nesta equipa tem um papel predominante no processo e acho que é muito envolvido... o papel da assistente social está muito bem definido e é muito valorizado" (E7 Prof.NM).

"Ela tem um papel muito importante, é uma pessoa muito respeitada na equipa... é um elemento fundamental para o funcionamento da nossa equipa, não só porque tem uma dimensão comunitária muito importante, mas porque tem também esta capacidade, pois também de dialogar com os diferentes intervenientes e em diferentes níveis de risco ou de avaliação" (E4 Prof.NM).

Este respeito é um indicativo da valorização do conhecimento específico do assistente social, como profissional qualificado, devido à sua natureza e formação para realizar uma avaliação holística da criança e do seu sistema (Ribeirinho & Teles, 2022).

"É sem dúvida, o elemento a quem nós recorremos em caso de dúvida, ao nível das questões sociais e legais, portanto, quer do ponto de vista da supervisão, quer da consultoria" (E4 Prof.NM).

Esta afirmação, sublinha o papel do assistente social como "consultor especializado" sobre questões que envolvem os determinantes sociais da saúde. Enquanto consultor o assistente social tem a possibilidade de partilhar informação que irá melhorar o diagnóstico, aumentando os potenciais de tratamento de situações de doença, fomentando a abordagem biopsicossocial e uma atenção integral à criança (Dhooper, 1997).

"Nas avaliações sociofamiliares, nas intervenções também com a família, na ligação a outros órgãos envolvidos nos projetos e na vida das pessoas e das suas famílias, como comissões, tribunais... São de facto, um elemento fundamental e esta área é uma área muito relevante e a carecer de intervenção absolutamente fundamental" (E9 Prof.M).

O assistente social desempenha um papel crucial na identificação dos fatores de risco e de proteção que afetam a criança. Este profissional procura compreender o ambiente em que a criança está inserida. A sua participação é definida, pelos outros profissionais, como uma intervenção determinante, que contribui para a eficácia da definição dos projetos terapêuticos.

"A participação é valorizada como algo importante para a definição do plano terapêutico" (E12 Prof.NM).

O assistente social, ao colaborar com outros profissionais, contribui para uma abordagem interdisciplinar. Essa colaboração torna-se especialmente relevante em relações terapêuticas de longo prazo, onde o trabalho conjunto permite integrar diferentes perspetivas.

Neste contexto interdisciplinar, a intervenção e a consultoria urgem como elementos fundamentais, assegurando a troca contínua de conhecimentos e o alinhamento das intervenções.

“A intervenção terapêutica eu acho que é intervenção de intervenção. Estamos um bocadinho... nós estamos de igual para igual” (E4 Prof.NM),

Estas relações de cooperação entre profissionais facilitam a troca de conhecimentos e permitem alcançar objetivos que só são possíveis devido à união de esforços. A interdependência requer que cada profissional compreenda claramente as distinções e complementaridades entre o seu papel e o dos outros, utilizando essas diferenças de forma a alcançarem objetivos comuns (Bronstein, 2003).

Mobilização de recursos - mediação

Para além da identificação das necessidades das pessoas, é esperado que o assistente social mobilize recursos e articule com várias entidades e serviços, com o objetivo de encontrar soluções concretas para as necessidades básicas da vida, como alimentação, habitação, acesso à saúde e educação

“Não há forma de se trabalhar questões do âmbito da saúde mental sem efetivamente haver condições básicas de vida... essa percepção do que há fora, de equipas que estão no terreno e essa articulação, claramente que a assistente social tem uma visão privilegiada e de articulação” (E19 Prof.NM).

Esta ação, chamada de mediação, implica a mobilização multiníveis envolvendo tomadas de decisão relativamente à ativação de redes sociais de apoio formais, como serviços públicos, organizações não governamentais e a mobilização das redes sociais de apoio informais, como familiares e comunidade.

A articulação com a comunidade emerge como uma componente essencial para reforçar e ampliar os resultados desta colaboração interdisciplinar:

“Eu tenho uma relação próxima com a assistente social da equipa, no sentido em que quase todas as articulações que fazemos com a comunidade são através da assistente social, o contacto que queremos fazer não é tanto clínico, mas é mais de apurar outras fontes de informação ou tentar intervir na comunidade, no sentido de melhorar a dinâmica onde a criança se insere” (E17 Prof. M).

A flexibilidade do assistente social em lidar com contextos complexos e com diversas estruturas comunitárias foi ressaltada:

“É bastante interveniente porque de facto tem uma plasticidade para lidar com as estruturas comunitárias que a maior parte dos técnicos não tem” (E2 Prof. NM).

Ao se estabelecer mediações e articulações com os diversos intervenientes na comunidade, os assistentes sociais conseguem integrar conhecimentos locais e culturais que enriquecem o processo de intervenção e facilitam a promoção da saúde mental. O apoio psicossocial às crianças, o trabalho com as famílias e outras redes de suporte informais, a reabilitação, a integração social e profissional e a colaboração com instituições sediadas na comunidade, constituem áreas centrais do trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais na área da saúde mental (Fazenda, 2008).

Mas este trabalho só é possível com perseverança, frequentemente é valorizado pelos outros profissionais a abordagem persistente e determinada do assistente social, para estabelecer articulações com instituições, como outras equipas de saúde, cuidados de saúde primários, equipas da segurança social, escolas, tribunais, Comissão Proteção Crianças e Jovens -CPCJ,⁶¹ autarquias e outras organizações de ação social. Esta prática é considerada pelos outros profissionais como uma tarefa quase “herculiana”, devido às dificuldades que existem por os outros parceiros não estarem disponíveis, não devolverem chamadas, ou causas burocráticas que dificultam a cooperação.

"Tem muita resiliência, para ligar uma vez, ninguém atende, ligar uma segunda vez, ninguém atende, deixar recado, manda mail, liga para aqui, liga para acolá, até conseguir o objetivo" (E11 Prof.NM).

Acompanhamento familiar e capacitação

Outra evidência destacada pelos entrevistados é o papel do assistente social no acompanhamento sistemático das pessoas e como mediador entre a equipa clínica e as famílias,

"realmente nós não conseguimos resolver quando isso já integra a parte da família, nós não temos esse conhecimento e o assistente social acaba por ser uma ponte para a família, nós não temos essas ferramentas e acaba por ter um papel importante (E10 Prof.M).

Os assistentes sociais, são reconhecidos por serem os mediadores que facilitam o acesso aos procedimentos, normas, rotinas e informações do hospital, atuando como uma ponte essencial entre o utente, a instituição de saúde e os médicos (Guerra I. , 2019).

Desempenha ainda um papel importante na capacitação dos familiares, ajudando-os a compreender as necessidades específicas das crianças e orientando-as sobre como fornecer o apoio necessário, e como fortalecer as redes de apoio informal e formal. A atuação do assistente social, portanto, vai além de uma simples ponte; ele atua como um facilitador que capacita as famílias para desempenharem um papel ativo e informado no processo de recuperação da doença.

⁶¹ Instituições oficiais não judiciais, com autonomia funcional, que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.

A não existência de assistente social na equipa é reiterada como uma dificuldade acrescida por diversos profissionais que reconhecem que a sua ausência originaria intervenções menos abrangentes e menos eficazes.

"Era impossível o médico fazer as consultas e ter a capacidade de fazer este trabalho, que não é médico, não é? E que é muito específico e, portanto, eu acho que é absolutamente fundamental" (E17 Prof.M),

"Na tomada de decisões clínicas... eu ouço muito a Doutora X nos casos que têm uma componente social, sinto muito a falta de ter mais assistentes sociais" (E6 Prof.M).

A capacitação dos familiares envolve prepará-los e orientá-los, para que compreendam melhor as necessidades específicas das crianças em tratamento e saibam como oferecer o suporte necessário ao longo do processo terapêutico. A capacitação foca-se em várias áreas, incluindo a educação sobre a condição de saúde mental da criança, o esclarecimento das rotinas e procedimentos do hospital e o fortalecimento das redes de apoio formais e informais.

A capacitação não é apenas informativa, assenta também na promoção da confiança e no envolvimento das famílias, tornando-as participantes ativas no processo de recuperação.

Participação ativa na intervenção

A participação ativa na intervenção é a característica que é mais destacada ao nível do papel do assistente social na tomada de decisão, é vista como indispensável para garantir a articulação entre os aspetos clínicos e sociais que afetam a saúde mental das crianças. A sua contribuição vai além da mera execução de tarefas, sendo parte fundamental na definição e implementação dos projetos terapêuticos.

"Em termos de projeto terapêutico, acaba por ser muito importante, porque até nós às vezes temos projetos que funcionam bem na teoria, mas depois acaba por ser a pessoa (assistente social) que nos chama um bocado à Terra em relação até às capacidades das famílias ou as necessidades das famílias, ou conseguir adequar aqueles projetos que teoricamente funcionariam muito bem, mas se calhar depois aquela família precisa de coisas mais estruturais e mais basilares no seu funcionamento. Às vezes se calhar, nós estamos na estratosfera a pensar como é que era se houvesse consultas semanais e as pessoas precisam de dinheiro para comer, não é? Eu acho que neste sentido, em termos de assistência social, é importante para nos hierarquizar em termos de prioridades daquilo que as famílias precisam e acho que nos dá um apoio também muito grande e têm um papel importante de decisão" (E 5 Prof. M).

Contribui de forma significativa para ajustar os projetos terapêuticos às realidades das famílias, assegurando que as intervenções são viáveis e adequadas às suas condições sociais. Este papel permite que se evite decisões bem-intencionadas, mas que poderiam falhar na prática por não terem presentes as limitações estruturais enfrentadas pelas famílias.

Este reconhecimento dos outros profissionais, é evidente, para o próprio assistente social, que reconhece que é valorizado ao afirmar:

*"sinto que o meu papel e a minha opinião são bastante valorizados. Não quer dizer que estejamos sempre coincidentes com a tomada de posição que temos. Mas sinto que a minha opinião é ouvida e é respeitada mesmo que às vezes tenhamos posições divergentes."*⁶²

O reconhecimento e a valorização das tomadas de decisão dos assistentes sociais são evidentes: a experiência, o conhecimento e a resiliência dos assistentes sociais são altamente respeitados, e a sua contribuição é vista como indispensável para o sucesso das intervenções. A sua participação ativa na intervenção não acrescenta apenas outra abordagem profissional, pois também assegura que as necessidades sociais e o contexto psicossocial das crianças e das suas famílias são acautelados.

A participação é definida, pelos outros profissionais, como uma intervenção determinante, que contribui para a eficácia dos projetos terapêuticos.

"É valorizado como algo importante para a definição do plano terapêutico" (E12 Prof. NM).

A cooperação entre profissionais permite a troca de conhecimentos e alcançar objetivos que só são possíveis devido à união de esforços.

Responsabilidade ético-legal

Outra capacidade destacada é responsabilidade ética aquando de situações que envolvem dilemas legais, como nos casos de sinalizações de abuso sexual ou outras formas de violência.

"Há casos mais polémicos e que suscitam mais dúvidas na equipa, nomeadamente sinalizações à CPCJ, ou sinalizações à Polícia Judiciária, quando é uma denúncia de um abuso sexual e é necessário o levantamento do sigilo clínico e do segredo profissional e ficamos quase barricados e ambivalentes com as tomadas de decisão que são precisas. Mas acabam por aceitar a opinião e a avaliação do assistente social" (E 15 Prof.NM).

⁶² Para garantir o anonimato da entrevistada e evitar a identificação como assistente social em outras citações anteriores ou precedentes, optou-se por apresentar a frase transcrita sem associá-la à chave de pseudonimização.

Este testemunho evidencia que a influência do assistente social vai além da simples consulta; em muitos casos, assume um papel de liderança na tomada de decisões, especialmente em questões que envolvem riscos sociais. Para os profissionais a importância destas funções é tão evidente que a sua falta pode comprometer a qualidade e a eficácia das intervenções

“Precisávamos de uma assistente social a tempo completo, tínhamos trabalho para uma assistente social a tempo completo, às vezes estamos a fazer trabalho, um bocadinho sem saber como, o trabalho da assistente social” (E6 Prof.M).

Neste discurso do profissional foi possível verificar que a falta de assistentes sociais nas equipas de saúde mental da infância e da adolescência promove a sua substituição por outros profissionais. Sem a presença do assistente social a tempo completo, outros profissionais acabam por tentar realizar de maneira improvisada e sem a devida especialização o trabalho realizado pelo assistente social. A ausência de um assistente social sobrecarrega outros profissionais, que tentam, sem a devida formação, lidar com questões sociais intrincadas para as quais não estão preparados (Payne, 2011).

O assistente social desempenha um papel importante na inclusão da dimensão social nos projetos terapêuticos e nas intervenções de saúde mental e oferece uma perspetiva que nenhum outro profissional apresenta. O seu “olhar específico” proporciona uma visão ampla e integrada do contexto de vida das crianças e das suas famílias e ajuda a equipa a compreender melhor as condições sociais que influenciam a saúde mental. Além disso, o assistente social atua como consultor, ao identificar fatores determinantes de risco e proteção que enriquece as tomadas de decisão, assegurando que as intervenções contemplem não apenas os aspetos clínicos, mas também os determinantes sociais.

Uma das principais funções do assistente social é a mobilização de recursos comunitários, procura soluções concretas para as necessidades identificadas, como alimentação, habitação e acesso à educação e saúde. Ao se articular com várias entidades e serviços, integra conhecimentos locais e culturais, garantindo que as intervenções são ajustadas à realidade das crianças. O seu carácter perseverante e de ação estratégica destaca-se na busca contínua para estabelecer contactos e parcerias, mesmo quando enfrenta dificuldades burocráticas ou falta de resposta de outros serviços. O assistente social não desiste, sendo resiliente na procura de soluções que beneficiem diretamente as pessoas (Faleiros, 2002).

Além disso, o assistente social tem um papel fundamental na capacitação e acompanhamento das famílias, ajudando-as a compreender as necessidades das crianças e orientando-as sobre como apoiá-las adequadamente. No trabalhar em estreita colaboração com outros profissionais, assegura que os projetos terapêuticos consideram a realidade social das crianças e promovem uma abordagem holística.

Nas situações mais desafiantes, como casos de maus-tratos ou violência, o assistente social adota um pensamento crítico e deontológico, assumindo muitas vezes uma posição de poder na intervenção (Andrade, 2001), orientando a equipa na tomada de decisões éticas e legais para a proteção das crianças.

6.5 O assistente social como elemento promotor da cultura multidisciplinar

O papel do assistente social nas equipas de saúde mental é considerado fundamental para promover uma cultura multidisciplinar que integre diferentes perspetivas e abordagens no cuidado às crianças e às suas famílias. A intervenção do assistente social posiciona-se na articulação entre doente/família e equipa clínica, por um lado, e entre o hospital e a comunidade, por outro (I. Guerra, 2019).

A visão da prática do assistente social como promotor da cultura multidisciplinar pelos outros elementos das equipas de saúde mental da infância e da adolescência reflete-se nas seguintes categorias: avaliação e diagnóstico social, informação sobre direitos e deveres, conhecimento e articulação com os vários serviços da comunidade, implementação de projetos na comunidade e mediação cultural.

Tabela 6.5 - Categorias relativas à visão da equipa sobre o assistente social como promotor da cultura multidisciplinar

	Categorias
Visão da equipa sobre a práticas do assistente social como elemento promotor da cultura multidisciplinar	Avaliação e diagnóstico social
	Informação sobre direitos e deveres
	Conhecimento e articulação com os vários serviços da comunidade
	Implementação de projetos na comunidade
	Mediação cultural

A abordagem multidimensional é central para a prática do Serviço Social, que procura compreender a pessoa dentro do seu contexto social e familiar, como destacado por um dos entrevistados:

“Foi assim que o Serviço Social se conseguiu introduzir na área da saúde, foi efetivamente por mostrar que a multidisciplinaridade e a partilha de saberes, melhorava a definição de projetos terapêuticos. Acho mesmo que o Serviço Social, é o motor dessa partilha com os outros, porque efetivamente teve que fazer um trabalho maior para se integrar nestas equipas, porque os hospitais eram constituídos por enfermeiros e médicos” (E12 Prof.NM).

Essa citação reforça ainda o lugar do Serviço Social e do assistente social como catalisador entre as diferentes disciplinas, demonstrando que a sua atuação não só melhora a qualidade dos cuidados, como também enriquece a definição dos projetos terapêuticos.

A promoção da multidisciplinaridade pelo assistente social origina uma abordagem mais integrada e eficaz no acompanhamento das crianças. Os assistentes sociais são reconhecidos pelos profissionais entrevistados como recursos valiosos e necessários.

Com base na experiência dos profissionais que constituem as equipas de saúde mental da infância e da adolescência, é esperado que o assistente social, enquanto promotor da cultura multidisciplinar, desempenhe diversas práticas específicas, as quais são detalhadas a seguir.

Avaliação e diagnóstico social

O assistente social é responsável pela realização do diagnóstico social, considerando o contexto familiar, económico, social e cultural das crianças. Ao integrar esta perspetiva, o assistente social garante que as intervenções sejam não apenas focadas na criança, mas também nos fatores ambientais que podem afetar o seu desenvolvimento.

Para a construção do diagnóstico social, o assistente social recorre à articulação com a equipa multidisciplinar, através de pesquisa de dados e de fatores pertinentes para a preparação da continuidade de cuidados (situação clínica, grau de dependência cognitiva/motora, contexto familiar, entre outros) e com a rede de suporte social (Cabrita, Lopes, Silva, Santos, & Trigueiro, 2015).

Como um dos entrevistados observa o assistente social,

“acaba por ter uma visão bastante ampla e que toca em outros pontos. Inclui a parte bio-psico-social, em particular o social, acaba por englobar um bocadinho isso tudo. E essencialmente naquelas decisões que implicam os jovens” (E1 Prof.M).

É também solicitado que avalie as vivências das crianças em meio natural de vida.

“A intervenção ao nível da saúde mental está muito ligada às questões das vivências em meio natural de vida e a avaliação do meio natural de vida é uma das competências do trabalho do assistente social” (E12 Prof.NM).

Centrar o diagnóstico e a intervenção no superior interesse das crianças, orientada para o seu meio natural de vida, sem risco ou perigo é fundamental. Esta abordagem é sustentada pelo modelo de saúde mental comunitária, que se baseia na visão biopsicossocial, que enfatiza a importância de entender e intervir nos contextos naturais de vida das pessoas, reconhecendo que o ambiente pode ser tanto um recurso quanto um fator de risco para a saúde mental.

Ao identificar os fatores de risco e de proteção no ambiente das crianças, o assistente social desempenha um papel fulcral na formulação das intervenções mais completas e eficazes. Este processo é realizado através da construção, desconstrução e reconstrução dos acontecimentos, com o foco nos desafios específicos enfrentados pelas crianças e pelas famílias (Andrade, 2001).

“É muito importante o papel do assistente social, porque, de facto, traz-nos uma visão e traz-nos a informação que é muito importante na intervenção terapêutica. Às vezes, coisas que podem parecer muito simples ou muito intuitivas, mas trazem um aporte muito importante e um olhar que ajuda a integrar todo o olhar e toda a intervenção que temos sobre o adolescente e, portanto, enriquece muito a intervenção” (E11 Prof.NM).

O diagnóstico social é realizado com base numa abordagem colaborativa que promove a partilha de saberes e a coordenação entre profissionais de diferentes áreas. A interação dessas perspetivas diversas proporciona uma visão mais completa do contexto de vida da criança, assegurando que o projeto terapêutico é integrado, eficaz e ajustado às necessidades específicas da criança. Dessa forma, o diagnóstico social torna-se parte essencial da dinâmica multidisciplinar, considerando as dimensões social, psicológica e biológica no processo de intervenção e consequentemente numa abordagem mais holística e centrada na criança.

Informação sobre direitos e deveres

Uma das responsabilidades evocada é esclarecer as crianças e as suas famílias sobre os seus direitos. Este apoio é fundamental para promover a capacitação e o *empowerment* das famílias e das crianças, permitindo-lhes uma participação mais ativa e informada no processo terapêutico. Esta função coloca o assistente social como um defensor dos direitos das pessoas, assegurando que eles têm acesso pleno e informado aos serviços disponíveis.

“Esclarece as pessoas e os as suas famílias sobre os seus direitos e deveres na procura dos serviços” (E15 Prof.NM).

As pessoas com doença mental, devido às situações de vulnerabilidade em que se encontram, são frequentemente vítimas de violação dos seus direitos, necessitando que estes sejam promovidos. A informação sobre direitos e deveres é parte integrante da promoção da cultura multidisciplinar, todos os profissionais têm que compreender as dimensões sociais e legais envolvidas no tratamento das pessoas.

O assistente social vai além do papel de informar sobre os direitos no sistema de saúde, os deveres no processo terapêutico e os recursos disponíveis.

Ele reforça a necessidade de uma colaboração contínua e integrada entre os profissionais, mediando e contribuindo para que o plano terapêutico seja adaptado às necessidades e ao contexto da criança e da sua família, garantindo que os seus direitos e responsabilidades sejam respeitados e valorizados.

Conhecimento e articulação com os vários serviços da comunidade

Os profissionais da equipa destacaram a importância do conhecimento dos assistentes sociais sobre os recursos comunitários; e como mediador entre a equipa e as organizações da comunidade, facilitando a continuidade dos cuidados e a implementação eficaz dos projetos terapêuticos. Defendem que o assistente social deve conhecer e mobilizar os recursos da comunidade para responder de forma eficaz às necessidades das crianças e das famílias.

“O assistente social, genericamente, é a pessoa que melhor conhece, ou deve conhecer, o terreno da intervenção, sendo que para nós, agora, é um bocadinho complicado, temos uma área geográfica muito grande. Acho que conhecer é fundamental, sobretudo conhecer as zonas onde as pessoas vivem, conhecer as localidades. Não é conhecer ao pormenor, mas obviamente conhecer, sei lá, se é mais rural, se é mais urbana, que recursos tem, que tipo de população lá habita, acho que todo o contexto social é muito importante. Eu acho que o assistente social tem que andar a bater às portas e a conhecer. Tem que conhecer a comunidade e a sua especificidade” (E13 Prof.NM).

Pretende-se que o assistente social atue como um elemento que convoca os múltiplos intervenientes (sistemas), garantindo que as diferentes perspetivas e áreas de especialização são devidamente integradas (Ribeirinho & Teles, 2022). Essa integração tem como objetivo promover abordagens holísticas, reconhecidas como fundamentais para a construção de um trabalho verdadeiramente multidisciplinar.

“Tem que se articular, estão sempre a ir a diferentes serviços, têm que intervir com diferentes técnicos. Portanto, eu penso que se estiverem a fazer o seu trabalho corretamente, promovem verdadeiramente o trabalho multidisciplinar” (E9 Prof.M).

Esta flexibilidade e conhecimentos sobre como construir pontes entre os diversos serviços e a equipa de saúde mental, não só enriquece as intervenções, mas também valida o papel do Serviço Social como um componente indispensável na rede de suporte às crianças e famílias.

O conhecimento que os assistentes sociais possuem sobre os recursos e serviços disponíveis na comunidade permite-lhes oferecer soluções concretas e práticas para as necessidades das crianças. Este conhecimento é crucial para assegurar que as famílias acedam aos apoios de que necessitam, desde serviços de saúde a projetos educativos e sociais, entre outros.

Não basta conhecer a rede de suporte social, pois podem não providenciar os recursos necessários ou adequados ou apresentar escassez de recursos (Guadalupe, 2012).

Um dos assistentes sociais realçou que:

“nós somos o profissional privilegiado no contato com a comunidade, com a rede e não se consegue trabalhar famílias e jovens sem uma rede de suporte”⁶³.

Outra assistente social entrevistada refere que esta prática advém da formação, que transmite uma abordagem única no cuidado aos doentes, considerando a pessoa enquanto sistema.

“Eu acho que o assistente social foi ensinado e é convidado a trabalhar sempre na perspectiva multidisciplinar, exatamente porque, ou pelo menos na minha formação de base, eu fui formada para ver o utente enquanto sistema. E que temos que avaliar todos os diferentes setores da sua vida”⁶³

Esta teoria concebe a criança como um sistema complexo, no qual se considera os aspetos biológicos, psicológicos, mas também as relações, familiares, ambientais e sociais que influenciam o bem-estar. Trata-se de um modelo que reconhece a interdependência entre as partes e o todo, onde cada elemento é influenciado pelo conjunto (Shirley, 2015).

Uma das áreas mais enfatizadas pelos profissionais, é a articulação com a escola, um ambiente fundamental na vida das crianças.

“O assistente social faz muito essa ponte entre todos os intervenientes no processo, com a ligação também ao exterior, à escola, à comunidade, de um modo geral” (E1 Prof.M).

As escolas são vistas como sistemas críticos que influenciam o desenvolvimento das crianças, e o assistente social atua como um facilitador para garantir que as suas necessidades sejam atendidas dentro deste contexto. Esta articulação é crucial, especialmente em casos onde é necessário adaptar ou ajustar o ambiente escolar às necessidades da criança.

Outro entrevistado reforça essa ideia, afirmando que o assistente social é um interlocutor privilegiado, devido ao seu conhecimento aprofundado sobre a dinâmica da escola, incluindo as relações entre alunos, professores e famílias assim como os desafios sociais que podem interferir no ambiente escolar.

⁶³ Para garantir o anonimato da entrevistada e evitar a identificação como assistente social em outras citações anteriores ou precedentes, optou-se por apresentar a frase transcrita sem associá-la à chave de pseudonimização.

“Por exemplo, cada escola da região de Lisboa (a nossa área de intervenção) tem um interlocutor privilegiado que conhece e que faz a ponte com aquela pessoa que está mais ligada àquela criança. A Doutora X está muito integrada no meio escolar e, portanto, tem a visão, os dados daquela escola, da forma como a escola funciona, dos projetos e como é que o serviço de psicologia, como estão organizados os gabinetes de apoio à família, quem é a pessoa e quem é interlocutor privilegiado, o que é que podemos contruir com as pessoas das escolas” (E6 Prof.M).

Além disso, consideram que o assistente social desempenha um papel vital na promoção e proteção das crianças, utilizando uma rede de contactos para agilizar processos e obter uma melhor compreensão das situações.

“Às vezes, acontece-nos no contexto terapêutico, o adolescente revela-nos uma situação em que há situações de violência doméstica em casa ou houve um abuso. E, depois nós ficamos com a informação na mão, não é? E o que é que fazemos com esta informação? Não podemos ter informação e não fazer nada. Mas temos que sinalizar à polícia, reunimos com a família primeiro, é para a CPCJ? E, portanto, discutindo isto com a assistência social, rapidamente percebemos que os procedimentos são estes, estes e estes, podemos fazer desta maneira, e temos que proteger o adolescente e, portanto, traz-nos coisas muito importantes que nos ajudam a trabalhar melhor” (E11 Prof.NM),

A intervenção vai além de uma simples comunicação com os serviços da comunidade sobre situações de risco ou perigo, envolve uma coordenação ativa das intervenções.

“Se pensarmos em instituições que trabalham connosco: CPCJ, equipas de apoio ao Tribunal, é no fundo um elemento de ligação fundamental, dificilmente acontece qualquer contacto, pelo menos aqui na equipa, sem a participação do assistente social e, sinceramente, cada vez mais acho que não faz sentido de outra forma. Não quer dizer que nós não possamos falar diretamente com as equipas, mas eu acho que tem uma mais valia ser o assistente social porque tem uma orientação e tem um conhecimento completamente diferente que acho que nos ajuda até a mediar a informação que é transmitida e recebida” (E4 Prof.NM).

Esta atuação com outros serviços, mobilizando os recursos necessários para a promoção da saúde e para a proteção das crianças, é importantíssima, mas nestas afirmações não esteve presente qual o papel das crianças e dos familiares neste tipo de intervenções. São convocados para exprimirem a sua opinião e participarem? Fica a dúvida.

O assistente social, ao ter conhecimento e articulação com os vários serviços da comunidade, promove a cultura multidisciplinar, ao garantir que a equipa de saúde mental tem acesso a uma rede mais ampla de recursos e soluções. Atua como ponte entre a equipa e a comunidade, integrando segurança social, educação, habitação, justiça, saúde, entre outros setores que muitas vezes não são do conhecimento dos outros profissionais.

Essa articulação permite que as intervenções desenvolvidas no âmbito hospitalar sejam complementadas e reforçadas por soluções externas, como apoios sociais ou programas comunitários, que respondam a necessidades adicionais da criança e da sua família. Desta forma, o assistente social promove a cultura multidisciplinar, pois exige que os diferentes profissionais ajustem as suas abordagens de acordo com as informações e recursos que ele articula com a comunidade.

Implementação de projetos na comunidade

O assistente social é também visto como um parceiro natural em intervenções comunitárias, participando ativamente em programas de promoção da saúde e prevenção da doença, bem como em sessões de intervenção junto às escolas e instituições.

"Desde o início do meu trabalho que tive a sorte de trabalhar com a Doutora X e haver muito este trabalho com a comunidade, o envolvimento com as escolas, com os professores de ensino especial, com psicólogos, com os técnicos de clínicas que têm acordos com a segurança social, CPCJ, tribunais e que têm uma proximidade grande ao hospital através da Doutora X" (E17 Prof.M).

A intervenção do assistente social é orientada para evitar perdas e capacidades decorrentes da situação de doença identificada, é uma intervenção reparadora ao nível da reabilitação, neutralizando o estigma e envolvendo a comunidade por forma a proporcionar continuidade de cuidados à criança e à família (P. Silva, 2024).

"O assistente social tem essa informação, a sua intervenção permite também que os planos terapêuticos tenham uma continuidade fora do hospital, no dia a dia, na comunidade, na escola, nos campos de férias, nas instituições" (E20 Prof.M).

Esta continuidade é essencial para garantir que as intervenções realizadas no ambiente clínico são sustentadas e reforçadas nos contextos naturais de vida das crianças.

Este envolvimento contínuo com a comunidade permite envolver diferentes áreas de conhecimento na criação e execução desses projetos de prevenção, tratamento ou reabilitação, enriquecendo o projeto com uma abordagem mais ampla e diversificada.

Ao participar nestes projetos, o assistente social também integra os conhecimentos da comunidade e da equipa, ligando o ambiente hospitalar com os recursos e serviços comunitários. Isso exige que os diferentes profissionais trabalhem em conjunto para ajustar as suas intervenções às necessidades das crianças.

Mediador cultural

É descrito que os assistentes sociais trazem um conhecimento e compreensão profundos sobre a diversidade cultural, assegurando que as intervenções são culturalmente sensíveis e respeitam as tradições e valores das diferentes comunidades,

“nomeadamente nas questões mais da multiculturalidade, temos cada vez mais uma população com mais pessoas imigrantes, há particularidades do funcionamento de determinadas etnias ou determinadas comunidades que o assistente social conhece muito melhor o modo de funcionamento, e traz a informação preciosa sobre como é que aquelas famílias estão integradas nas suas microcomunidades, sobre o seu funcionamento” (E6 Prof.M).

Esta sensibilidade cultural ajuda a garantir que as pessoas migrantes ou de minorias culturais têm acesso adequado aos serviços, que as diferenças culturais são reconhecidas e que são estabelecidas relações de confiança com as famílias para garantir que as intervenções são eficazes e aceites pelas comunidades.

Trabalhar as competências culturais favorece o reconhecimento da comunicação, da relação e das representações das pessoas e permite melhorar a qualidade dos serviços, origina transformação de práticas e condutas (Julve & B., 2005).

O assistente social, ao atuar como mediador cultural, torna-se um promotor da cultura multidisciplinar, ao garantir que as diferenças culturais das pessoas são compreendidas e respeitadas por todos os profissionais da equipa. A mediação cultural envolve traduzir e contextualizar as tradições, valores e normas culturais das pessoas para os outros membros da equipa, assegurando que as intervenções sejam culturalmente adequadas e eficazes.

Ao fazer essa mediação, o assistente social facilita a comunicação entre profissionais de diferentes áreas, integrando as dimensões culturais nas intervenções terapêuticas e sociais. Isso obriga a equipa a trabalhar em conjunto, adaptando as suas abordagens às realidades culturais das pessoas. Desta forma, o assistente social fortalece a multidisciplinaridade, incentivando a integração de conhecimentos e a colaboração contínua entre os profissionais para criar um plano terapêutico sensível às necessidades culturais das pessoas.

Saúde mental, participação e *recovery*: convergências e divergências entre profissionais, crianças e familiares

A intervenção em saúde mental apresenta-se como um desafio diário devido à complexidade das mudanças psicológicas, emocionais e sociais que ocorrem durante as diferentes fases do desenvolvimento. Estas transformações exigem abordagens terapêuticas sensíveis às vivências e aos contextos das crianças, ao mesmo tempo que incentivam a participação ativa destas e de suas famílias no processo de tratamento.

Neste capítulo são descritos os resultados relacionados com o objetivo específico: entender as percepções das crianças e dos familiares sobre a intervenção das equipas de saúde mental da infância e da adolescência, realçando os significados atribuídos à saúde mental, a sua participação nas tomadas de decisão, a abordagem *recovery* e os aspetos a melhorar.

Com base nas entrevistas realizadas aos profissionais, crianças e familiares, emergiram várias categorias de análise que oferecem uma visão ampla sobre a intervenção em saúde mental e a abordagem de *recovery*. Estas categorias revelam os principais temas que foram identificados, e refletem as expectativas, experiências e desafios vividos por esses grupos no contexto da saúde mental da infância e adolescência.

7.1 A percepção das crianças e dos familiares sobre as equipas

Na percepção das crianças sobre o trabalho das equipas de ambulatório de saúde mental da infância e da adolescência, verificou-se que nenhuma fez referência direta ao trabalho conjunto da equipa multidisciplinar. Em vez disso, as crianças centraram as suas observações exclusivamente nos contactos estabelecidos com o psiquiatra da infância e da adolescência, evidenciando que as interações com o serviço se restringem exclusivamente a este profissional, que é visto como a figura exclusiva dos cuidados prestados.

Para ilustrar as respostas, das crianças entrevistadas apresenta-se a seguinte nuvem de palavras:

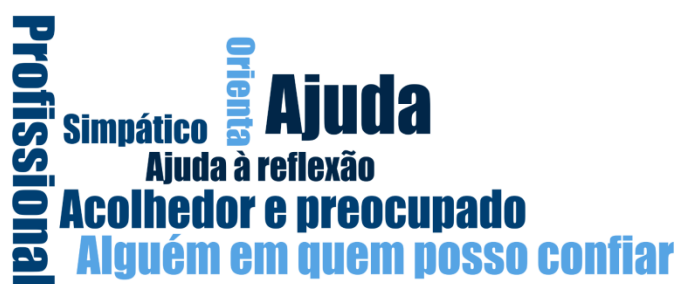


Figura 7.1 - Nuvem de palavras sobre a percepção das crianças sobre o trabalho em equipa

As palavras em maior destaque, são: "Ajuda", "Profissional", "Acolhedor e preocupado" e "Alguém em quem posso confiar". Estas características indicam que as crianças consideram o psiquiatra da infância e da adolescência como uma figura de suporte, que desempenha as funções com competência profissional e em quem podem confiar.

"Eu posso desabafar e eu sei que posso falar e ela (médica) não conta a ninguém"
(E5 Cç).

E ser "Simpático" é a característica pessoal mais mencionada. É também evidenciado que se preocupa com o bem-estar das crianças e que é capaz de fornecer orientações e promover a reflexão.

"Relativamente à doutora, eu sentia que eu podia expor os meus problemas com ela, e era muito estranho porque ela ficava assim, muito parada a olhar para mim. Eu estava ali a falar com ela, ela ficava assim a olhar para mim durante muito tempo parada e eu ficava a pensar, não sei o que ela está a pensar, o que é que está a acontecer" (E1 Cç).

A opinião dos pais sobre o trabalho das equipas multidisciplinares, segue o mesmo padrão das crianças. O foco das suas respostas recaiu na opinião que têm sobre o psiquiatra da infância e da adolescência, as categorias mais valorizadas foram: ajuda, é acolhedor e preocupado e profissional, como se ilustra na seguinte nuvem de palavras:



Figura 7.2 Nuvem de palavras sobre a percepção dos familiares sobre o trabalho em equipa

Consideram que o psiquiatra da infância e da adolescência desempenha um papel crucial no apoio e cuidado aos seus filhos. A palavra "Ajuda" sugere que os familiares valorizam a assistência e o suporte oferecido pelo psiquiatra da infância e da adolescência.

“Tem ajudado muito o meu filho com a sua agressividade, a conseguir combater. Aquilo que ele sente, os sentimentos, autoestima, melhorar a sua autoestima. A falar com os colegas, ter melhor comunicação, que era muito difícil para ele. E essencialmente para conseguir falar” (E11 Fam).

Expressam que os seus filhos são bem acolhidos e que esse profissional se importa genuinamente com o bem-estar das crianças, ao referirem "Acolhedor e preocupado". E reforçam a confiança na competência e nas aptidões profissionais com que o psiquiatra da infância e da adolescência conduz a intervenção.

“São bons profissionais, fazem o seu trabalho. Preocupam-se com os jovens” (E3 Fam).

Além disso, é referido o termo "Prestável", o que indica que os familiares apreciam a disponibilidade e a acessibilidade do psiquiatra da infância e da adolescência, facilitando o processo de tratamento e proporcionando o apoio necessário tanto às crianças como a si próprios.

Os familiares entendem o psiquiatra da infância e da adolescência como um profissional de confiança, que combina habilidade técnica com uma abordagem humanizada, sendo essencial para o cuidado e suporte às crianças.

Durante a investigação, observou-se uma tendência idêntica, as crianças e os familiares, quando questionados sobre a equipa de saúde mental que os acompanha no tratamento, centralizaram as suas repostas exclusivamente no psiquiatra da infância e da adolescência. Apenas três entrevistados fizeram referência a que, em alguns momentos passados, já tiveram contacto com outros profissionais nas equipas que frequentam, mas quando questionados sobre equipas, não o referiram, cingindo-se apenas ao presente, ao profissional com quem têm consultas.

Maioritariamente as perceções sobre o atendimento que recebem foram expressas de maneira positiva, refletindo um reconhecimento face ao acompanhamento prestado.

Os familiares, em particular, enfatizam a prontidão e disponibilidade dos profissionais em dar resposta rápida às suas solicitações, tais como marcação de consulta ou prescrição de medicação. Um familiar expressou:

“Eu tenho gostado do serviço, é como eu digo, quando é preciso alguma coisa, eu entro em contacto via e-mail ou por telefone para marcar uma consulta ou para dizer que acabou a medicação, e é logo respondido na hora” (E11 Fam).

Outro familiar destacou a continuidade do atendimento e a preocupação com o bem-estar do seu filho:

"Está a ser bem seguido há alguns anos, preocupa-se com o meu filho" (E2 Fam).

As crianças, embora mais sucintas, também expressaram uma visão positiva sobre o serviço:

"Acho que funciona bem" (E1 Cç),

"Só tenho consultas com a médica, são boas" (E7 Cç).

E trabalha muito bem, eu gostei, trabalha comigo muito bem" (E3 Cç).

Estes comentários sugerem uma percepção de satisfação com o serviço e de resposta às necessidades. A confiança no serviço também é ressaltada através de frases como:

"É impecável, por mim o meu filho ficava sempre aqui em vez de ter que ir aos 18 anos para outro sítio " (E2 Fam)

"Eu gosto muito do médico. As pessoas atendem-me muito bem. Só tenho coisas boas para falar" (E12 Fam).

Os relatos dos entrevistados, tanto dos familiares quanto das crianças, apesar de sucintos, não indicaram qualquer inibição ou relutância em expressar as suas opiniões sobre o atendimento recebido ao nível das equipas de saúde mental. Transpareceu uma satisfação genuína com os resultados alcançados, especialmente em relação à obtenção de uma consulta médica especializada, entendida por muitos como um marco significativo no percurso de cuidados recebidos pelas crianças. Um exemplo dessa satisfação é evidenciado por um familiar:

"Estou muito contente por ser seguido aqui, o hospital da minha área de residência, não tem boa fama, foi o médico de família que o encaminhou para cá" (E7 Fam.)

Esta afirmação e muitas outras já referidas revelam a satisfação com o atendimento recebido, mas também uma sensação de alívio e gratidão, em contraste com as percepções negativas que tinham sobre os serviços disponibilizados na sua área de residência.

"Se fosse atendido no hospital perto de casa, tinha uma consulta de ano a ano" (E3 Fam).

A satisfação expressa pelos entrevistados foi interpretada como uma validação do acolhimento recebido e da intervenção desenvolvida pelo profissional que os acompanha.

A consulta médica não é vista apenas como uma etapa do tratamento, mas como uma conquista significativa, especialmente quando comparada com as expectativas iniciais, baseadas em experiências anteriores ou nas reputações de outros serviços de saúde. O reconhecimento de que estão sendo seguidos numa instituição com prestígio gera um sentimento de segurança e confiança no serviço recebido, não questionando o que se está a receber.

Este sentimento de conquista é ainda mais evidente quando outro familiar revela a sua perceção sobre os tempos de espera:

“foi mais rápido que pensei, a contar com o que se ouve sobre a saúde” (E 11 Fam).

Estes sentimentos de satisfação e gratidão oferecem uma perspetiva que contrasta com as preocupações frequentemente mencionadas pelos diferentes profissionais, onde são destacados problemas como a falta de profissionais, longas listas de espera e limitação do acesso a cuidados especializados, nomeadamente em zonas mais periféricas.

Os familiares não parecem ter conhecimento de que a referenciação para um hospital em Lisboa só foi possível porque o hospital da sua área de residência não tem capacidade para prestar o serviço. As deficiências estruturais da prestação de cuidados de saúde mental para a infância e adolescência parecem passar despercebidas.

Relativamente à intervenção recebida, as crianças não conseguiram identificar nenhum aspeto que melhorasse a intervenção. Os familiares abordaram algumas questões como a falta de continuidade do psiquiatra da infância e da adolescência, não sendo claro muitas vezes no discurso se estavam a referir-se a psiquiatras ou a internos de psiquiatria da infância e da adolescência.

“A primeira médica era estagiária, a segunda médica já foi diferente, mas também era estagiária e depois desde dezembro que ficou à espera até agora e agora é que vai ter médico”. (E5 Fam).

“Já conheci foi a vários médicos, mudam muito” (E13 Fam).

Outra questão abordada foi que o foco da intervenção não devia ser apenas a criança, que a intervenção também se devia focar nos pais.

O que eu senti foi que se dá mais atenção à criança e como é óbvio, não estou a dizer que deva ser o contrário, mas acho que nós, pais ou mães, também precisamos. As pessoas que acompanham a criança também precisam de ajuda, para saberem lidar com isto. Ou seja, nós temos que trabalhar, temos que continuar a nossa vida e sempre com aquilo na nossa cabeça. Não temos ninguém se quer a perguntar como é que está a lidar com isto? Como é que está a ser para si? (E1 Fam).

E relativamente ao tempo de espera para a primeira consulta, é reforçado que a redução do tempo, é essencial para evitar o agravamento do quadro clínico.

“No meu caso é uma má experiência porque falha muito, antes desta primeira consulta, a minha filha teve um ano de espera, portanto quando aqui chegou já vinha com outro assunto bem pior” (E5 Fam).

Os entrevistados, ao focarem os cuidados de saúde mental recebidos exclusivamente no médico, pode demonstrar falta de conhecimento ou de valorização da necessidade colaborativa de várias áreas profissionais na área da saúde mental da infância e da adolescência. Quando as crianças e os seus familiares não reconhecem a importância e os contributos dos diferentes profissionais ou não são informados sobre o papel que estes desempenham na equipa, é compreensível que acabem por valorizar apenas o contacto direto com o médico, desconsiderando a relevância de uma intervenção multiprofissional

Numa das entrevistas, o investigador utilizou as informações prévias decorrentes da observação, para conduzir o diálogo, por forma a relembrar o familiar que este tinha interações com outro profissional (a assistente social).

Investigador: “Na equipa com que profissionais é que já teve intervenção?”

Familiar: “Pedopsiquiatra”⁶⁴.

Investigador: “Consegue explicar se a intervenção, que recebem é resultado do trabalho de um único profissional ou se são apoiados por uma equipa maior, por outros profissionais?”

Familiar: “A única experiência que tenho é na consulta com o Dr. X”.

Investigador: “Já estive numa sessão com mais algum profissional?”

Familiar: “Não”.

Investigador: “Desculpe, antes de entrar estava a falar com a assistente social, conhece-a?”

Familiar: “Sim, já me ajudou algumas vezes”.

Investigador: “Consegue descrever o trabalho do assistente social?”

Familiar: “Foi impecável, ajudou a apoiar com medicamentos e a tratar da insuficiência económica” (E1 Fam).

Os relatos desta entrevista ilustram uma perceção de que a intervenção em saúde mental é apenas associada ao psiquiatra da infância e da adolescência, não é expressa noção de equipa multidisciplinar.

⁶⁴ Outro nome utilizado para se referir ao psiquiatra da infância e da adolescência.

Mesmo quando outro profissional da equipa multidisciplinar, como o assistente social, desempenha um papel importante, a intervenção tende a ser vista de forma fragmentada, com foco apenas na consulta médica. Prevalece claramente a imagem da saúde, como algo essencialmente ligado aos médicos, relegando a ação dos outros profissionais eventualmente para um papel “deslocalizado”, lateral ou complementar do problema de saúde, por mais relevante que, de facto possa ser.

A razão para esta perceção está relacionada com a expectativa, por parte das crianças e dos familiares, de que a sua doença seja “tratada” exclusivamente pelo médico, dentro de um modelo tradicional, não reconhecendo competências a outros profissionais da equipa para o fazerem. Além disso, este fenómeno é reforçado pela posição subalterna que outros profissionais frequentemente ocupam em relação à ciência médica e pela prevalência da autoridade médica como elemento central no sistema de saúde.

Apesar de eventuais esforços para promover mudanças, a realidade é que, em Portugal, a autoridade médica controla todos os níveis do sistema. O modelo organizacional está estruturado de forma hierárquica, com a autoridade médica no topo da pirâmide, sendo esperado que os outros profissionais sigam essa dinâmica e assumam um papel secundário, sem autonomia.

Neste relato, embora o assistente social tenha sido reconhecido pelo seu trabalho, nomeadamente de ajuda na aquisição de medicamentos e na obtenção de um direito de a família ver reconhecida a sua situação de carência económica, a ideia que permanece está relacionada exclusivamente com o ato médico, o papel do médico sobrepõe-se ao dos outros profissionais, ao ponto de ocultar e não valorizar a intervenção integrada e colaborativa.

Esta situação não foi um caso isolado, embora apenas este familiar tenha mostrado a incongruência das informações no discurso. Outra situação foi verificada, quando após a saída da entrevista um dos pais foi questionado por um enfermeiro sobre como é que o filho estava e nos diz que aquele jovem chegou a estar nos grupos terapêuticos ou em outra ocasião em que fomos informados que a criança tinha intervenção com a terapeuta ocupacional, torna claro que não se trata de um desconhecimento do trabalho da equipa, mas das representações sobre a saúde, que leva a deixar o exclusivo da intervenção em saúde para os médicos.

No caso dos familiares entrevistados, a satisfação com as consultas parece ser tão elevada que eles não sentem necessidade de explorar ou mencionar o trabalho de outros profissionais, indicando que a experiência vivida nas consultas é o que mais importa e o que mais contribui para o bem-estar do seu filho. A análise das respostas dos revela o foco nas consultas médicas. Não é expressa a falta de outros recursos humanos ou de outras intervenções, porque o que lhes é oferecido já corresponde às suas expectativas, reforçando a ideia de que o relacionamento direto com o médico é o aspeto do tratamento representado como verdadeiramente da saúde.

Por fim, os relatos indicam que o serviço é percebido como eficiente e capaz de responder às necessidades de saúde mental das crianças, promovendo um ambiente de confiança e segurança. As respostas refletem uma experiência positiva, com os entrevistados a expressarem gratidão e apreço pelo cuidado recebido. Este feedback positivo é essencial para entender a percepção das crianças e dos seus familiares sobre o serviço, sugerindo que a qualidade do atendimento é reconhecida e apreciada, mesmo que a visibilidade do trabalho em equipa não seja diretamente mencionada.

Na realidade deste hospital e em outros contextos em Portugal, é evidente a necessidade de desenvolver e promover a participação das pessoas nos serviços de saúde e dos seus familiares. Em muitos países começa a ser consensual que os serviços devem ser orientados para a visão das pessoas e não apenas para decisões sustentadas em perspetivas técnicas e orientações políticas (Fazenda, 2008).

A integração ativa das crianças e dos seus familiares nas tomadas de decisões sobre os serviços não só melhora a qualidade do atendimento, como também os ajuda a exercitar as suas capacidades de cidadania, enquanto consumidores dos serviços de saúde. É importante capacitá-los para serem participantes ativos na gestão dos serviços de saúde, não apenas como recetores de cuidados, mas também como colaboradores informados e mais satisfeitos com o serviço prestado.

7.2 Os significados partilhados de saúde mental

A saúde mental é o conceito central da prática diária de qualquer profissional das equipas de saúde mental da infância e da adolescência ou de qualquer utente que frequente os serviços. Existe uma multiplicidade de significados para saúde mental, que são definidos pelas experiências pessoais, formações e percursos profissionais. No contexto do presente estudo de caso, realizado no Hospital de Dona Estefânia, procurou-se compreender como os profissionais, as crianças e os seus familiares definem saúde mental.

As categorias identificadas constam na tabela seguinte.

Tabela 7.1 - Categorias relativas à definição de saúde mental

Categorias		
Definição de saúde mental	Bem-estar	Felicidade
		Autoestima
		Bem-estar biopsicossocial
		Bem-estar psicológico
	Equilíbrio e estabilidade emocional	Estabilidade emocional
		Equilíbrio
	Funcionamento e flexibilidade cognitiva	Bom funcionamento cognitivo
		Flexibilidade cognitiva
		Desempenho escolar
	Resiliência	Capacidade em lidar com as adversidades
	Relações interpessoais e funcionamento	Dinâmica familiar estável
		Relações interpessoais saudáveis
		Rede de suporte
	Desenvolvimento harmonioso	Desenvolvimento
	Realização Pessoal	Objetivos de vida
	Autocontrolo	Autocontrolo
		Comportamentos adequados
	Saúde global	

Profissionais

A maioria dos profissionais consideram que a saúde mental é consensual e que a longevidade do trabalho na mesma equipa contribui significativamente para a construção de uma visão única e partilhada sobre saúde mental.

“Neste momento acho que sim. Quer dizer, tendo em conta que temos uma equipa que está junta há muito tempo, não é? Trabalhamos todos na área há muito tempo e estamos juntos aqui enquanto equipa há muito tempo e nos momentos que temos de discussão de pensamento, eu acho que acabamos por ter visões muito aproximadas” (E11 Prof.NM).

Outro fator reconhecido pelos profissionais é o entendimento comum de que o objetivo central é apoiar as pessoas a reconhecerem e a lidarem com as diversas crises que enfrentam ao longo da sua vida.

“Penso que é consensual a definição de saúde mental, está presente em todos os elementos da equipa a possibilidade de ajudar as pessoas a reconhecerem as diversas crises da sua vida” (E20 Prof.M).

A visão de longevidade do trabalho em equipa e de coesão é também considerada uma herança, que origina que todos compartilham valores e princípios teóricos semelhantes.

“Eu acho que sim, eu acho que temos a sorte de já trabalharmos juntos há muito tempo. Todos temos uma base comum, todos tínhamos vindo, ou quase todos tínhamos vindo do modelo de muita proximidade com a comunidade e com uma visão muito integrativa” (E6 Prof.M).

A saúde mental enquanto construção social evoluiu, não se cinge apenas a uma simples concordância de terminologia, foca-se também numa convergência mais profunda em termos de conceitos, objetivos, valores e princípios que orientam o seu trabalho. Mas nem todos os profissionais partilham esta visão, é referido que a dinâmica interna da equipa é influenciada pelo domínio da visão médica em detrimento de outras abordagens (Chauvenet, 1972).

“Não sei se há um consenso, acho que há uma visão mais ou menos global que todos partilhamos, há um foco face às características da especialidade e por a liderança também ser médica, há um foco essencialmente na patologia e na doença e não necessariamente na saúde mental na sua globalidade. Acho que há uma dificuldade de perceber que nós podemos trabalhar na doença, mas também apostar na prevenção. Acho que não há um consenso do ponto de vista da abordagem à saúde mental. Esta ideia da saúde mental enquanto multifatorial multidimensional, esta compreensão, eu acho que ainda continua a existir de alguma forma algum consenso” (E10 Prof.M).

Apesar do consenso sobre a definição de saúde mental ser mais representativo, há profissionais que questionam a existência de verdadeira definição consensual.

“Acredito que não, porque realmente isso é que nos faz ter diversas abordagens à saúde mental, mas que sejam também paralelas, sempre com o objetivo central do doente. Espero que não, porque assim também promove diferentes abordagens (E10 Prof.M)”.

É expresso que existe uma pluralidade de abordagens e interpretações sobre saúde mental, que enriquecem a prática, com diferentes perspetivas, cada uma convergindo para o foco central da intervenção – a criança. Outro profissional aponta que cada profissional tem a sua própria “imagem” de saúde mental.

“Não. Eu acho que cada profissional tem a sua imagem sobre a visão da saúde, o papel de cada profissional e valorização do parecer que cada técnico na sua especialidade dá. Acho que há pessoas que têm uma forma muito mais literal do ponto de vista clínico e quase terapêutico, farmacológico e outros muito mais numa intervenção psicoterapêutica, mais de intervenção com a família e com o doente” (E12 Prof.NM).

É uma visão mais crítica, que enfatiza que as diferentes visões resultam em abordagens que podem ser bastante distintas, com alguns profissionais a focarem-se numa perspetiva mais clínica: terapêutica e farmacológica, enquanto que outros numa abordagem mais psicoterapêutica, de intervenção com a família e o doente.

As diferentes considerações revelam unanimidade, ao reconhecer que a definição de saúde mental, embora variada e multifacetada, exerce influência significativa na abordagem adotada pela equipa. Apesar de as ideias serem frequentemente partilhadas de forma consensual, na prática surgem divergências, com cada profissional a fazer à sua maneira. A realidade das crianças e dos familiares, reflete a diversidade de situações, em que cada caso é um caso e exige abordagem personalizadas. Contudo, a urgência de intervir conduz, muitas vezes, a ações imediatas e centradas no “mundo da vida” priorizando respostas concretas às necessidades apresentadas. Esta abordagem nem sempre contempla uma integração mais ampla com o “mundo dos sistemas” (saúde, família, comunidade e outros contextos).

“Se avançarmos para a intervenção, aquilo que eu sinto é que se calhar se perde alguma coisa e aí sim, começamos a divergir. Os diferentes profissionais são muito esmagados pelas necessidades, e depois acabamos por funcionar quase como a economia doméstica, ou seja, quase como se fosse em modo sobrevivência e não propriamente em modo de alguém que está numa intervenção estruturada, pensada. Acho que é mais, temos que dar resposta a isto, é mais uma gestão corrente, do que propriamente uma coisa mais organizada” (E10 Prof.M).

É reconhecido que existe uma base comum de entendimento sobre saúde mental, especialmente no que diz respeito à sua natureza multifatorial e multidimensional. No entanto, essa visão comum parece ser mais teórica do que prática. O profissional aponta a influência da liderança médica, cujo enfoque é mais centrado na doença do que na saúde mental, considerando que essa orientação limita a utilização de abordagens com foco mais na prevenção e na promoção da saúde mental. A crítica é ainda mais clara quando o profissional menciona que a implementação prática diverge entre profissionais e que, muitas vezes, estes respondem às necessidades emergentes com intervenções imediatas, sem reflexão, o que compromete a eficácia e a coesão das intervenções.

A definição de saúde mental, como quadro de referência teórico e metodológico para a abordagem *recovery*, foi analisada e organizadas em diferentes dimensões, evidenciando a complexidade do conceito. Neste contexto, podemos assumir que o *recovery* enquanto intervenção focada na promoção da autonomia das crianças incorpora aspectos fundamentais da saúde mental e diferentes perspectivas sobre o seu significado. O *recovery* requer a integração de múltiplos elementos, tais como: bem-estar, equilíbrio e estabilidade emocional, funcionamento e flexibilidade cognitiva, resiliência, relação interpessoal e funcionamento social, desenvolvimento harmonioso, autocontrole e saúde global.

Das entrevistas dos profissionais emergiram as seguintes categorias:

Bem-estar

O bem-estar é uma dimensão central da saúde mental para muitos profissionais, que expressam que a saúde mental na infância e adolescência é um estado de bem-estar biopsicossocial, que envolve uma complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

“Na infância e na adolescência saúde mental é um bem-estar biopsicossocial. Isso implica muitos aspectos biológicos, determinados geneticamente, mas também modulados pelo ambiente. Eu acho que nesta interligação, nesta imbricação, em que é muito difícil separar uns fatores dos outros por estarem intrínsecos e interligados” (E16 Prof.M).

Esta visão destaca que a saúde mental não é compreendida de forma fragmentada, mas sim como uma interligação entre as múltiplas áreas da vida de uma criança e que estas interligações moldam a sua experiência e o seu bem-estar. A ausência de saúde mental não é encarada como um sintoma isolado, mas sim como uma manifestação do que acontece em várias áreas da sua vida.

“Bem-estar geral, que se reflete depois nas várias áreas da vida da criança e, portanto, idealmente ter saúde mental na infância e na adolescência no que se refere ao interior, seria estar tranquilo e também conseguir desempenhar nas várias áreas da vida” (E18 Prof.M).

O ambiente familiar, as relações interpessoais, as atividades diárias, o desempenho escolar e a forma como a criança se relaciona com o que o rodeia são elementos importantes que contribuem para o seu bem-estar.

“Bem-estar na sua vivência, no conseguir estar integrado nas vivências do dia a dia, nas suas várias atividades. Se em algum momento não conseguirmos ou sentirmos que não estamos em capazes de vivenciar ou tivermos dificuldade, então aí há questões que têm que ser trabalhadas, isso pode ser em qualquer situação, tanto do ponto de vista profissional, como no âmbito da frequência escolar, nas vivências, no meio natural de vida, com a família, com os cuidadores, com os pares, portanto,

se algum destes contextos falhar, eu acho que a saúde mental vai estar comprometida” (E12 Prof.NM).

Equilíbrio e estabilidade emocional

O equilíbrio e a estabilidade emocional são componentes essenciais da saúde mental, estão intimamente ligados à capacidade de regulação emocional e à capacidade de a criança manter o seu estado emocional equilibrado, mesmo perante situações sentidas como desafiantes ou em acontecimentos adversos.

Como mencionado por um dos profissionais:

“A saúde mental é um estado em que as coisas, as várias vertentes da vida de uma pessoa, estão num equilíbrio tal que lhes permitem conseguir estar bem com eles mesmos e com aquilo que os rodeia” (E8 Prof.M).

No entanto, o desenvolvimento típico da criança é marcado por períodos em que se observam momentos de descontinuidade, ruturas, instabilidade emocional, crises de identidade e conflitos entre gerações. Durante essas fases, o equilíbrio e a estabilidade emocional são frequentemente desafiados, e a criança pode vivenciar flutuações emocionais intensas (Monteiro & Confraria, 2014). Um dos profissionais ressalva que a estabilidade emocional é essencial para o equilíbrio em todas as áreas da vida das crianças.

“Um grande desafio, é tudo. Porque, na verdade, o que tenho percebido ao longo destes anos é que, neste momento, é o ponto central para qualquer evento. É assim que eu vejo, porque se eles (adolescentes) não estiverem de alguma forma, estáveis do ponto de vista emocional, do ponto de vista da sua saúde mental, na verdade, vai interferir com todas as outras dimensões da sua vida do ponto de vista social, do ponto de vista académico, do ponto de vista relacional, do ponto de vista familiar e, portanto, se eles não estiverem organizados e estabilizados do ponto de vista da sua saúde mental, nenhum deles vai ter um desenvolvimento harmonioso e saudável (E15 Prof.NM).

O equilíbrio e a estabilidade emocional são dimensões fundamentais da saúde mental, e desempenham um papel crucial no desenvolvimento da criança. A capacidade de regular as emoções de forma eficaz está intimamente ligada ao funcionamento saudável e harmonioso em diversas áreas da vida, incluindo as relações interpessoais, o desempenho escolar e a adaptação social.

Funcionamento e flexibilidade cognitiva

O funcionamento e a flexibilidade cognitiva são outros aspetos ressaltados pelos profissionais. Esses conceitos referem-se à capacidade de uma criança compreender e refletir sobre suas experiências e desafios, mas também de se adaptar a novas situações e mudanças. Um dos profissionais destaca a importância de:

"ter competências e capacidades para... perceber que às vezes as coisas não correm bem, por causa disto ou daquilo, ou de fatores que não estão na nossa mão intervir e alterar" (E13 Prof.NM).

Esta visão sublinha a importância de a criança reconhecer que os desafios são inevitáveis e que frequentemente estão fora do seu controlo, ainda assim, a sua capacidade de se adaptar a essas circunstâncias é fundamental, para que as crianças possam preservar uma boa saúde mental e continuar a desenvolver-se mesmo perante as adversidades que lhes surgem. Além disso, a saúde mental também envolve a

"capacidade de pensar sobre as coisas, de falar sobre as coisas" (E11 Prof.NM).

Esta capacidade reflexiva é essencial para o funcionamento cognitivo saudável, pois permite que as crianças processem as suas experiências e emoções e desenvolvam estratégias para lidar com elas. Para um profissional, a saúde mental envolve mais do que flexibilidade cognitiva, inclui funcionamento cognitivo.

"Atingir todo o seu potencial cognitivo" (E17 Prof.M),

Isso implica que a saúde mental não é apenas a ausência de dificuldades, mas também a utilização das capacidades intelectuais e criativas.

Na abordagem *recovery*, o trabalho desenvolvido pela equipa multidisciplinar com as crianças vai além do tratamento dos sintomas. A equipa adota uma perspetiva holística, centrada na criança, para promover o seu crescimento pessoal, fomentar a sua autonomia e promover a integração social. Este processo envolve o fortalecimento de competências emocionais, sociais e cognitivas, bem como o apoio na construção de estratégias para enfrentar as adversidades e alcançar os objetivos pessoais. A equipa atua como facilitadora, promovendo um ambiente de suporte que permite às crianças explorarem as suas capacidades, superar barreiras e assumir um papel ativo no seu percurso de recuperação e integração na comunidade (Duarte, 2007; Onken et al, 2002).

Resiliência

A resiliência é também uma componente fundamental da definição de saúde mental. Trata-se da capacidade de enfrentar desafios, superar adversidades e adaptar-se às mudanças, transformando as experiências negativas em oportunidades de crescimento. Permite gerir o stress em situações difíceis, permitindo às pessoas valorizar os aspetos positivos da vida, mesmo quando enfrentam circunstâncias adversas. A resiliência destaca-se pela forma como as pessoas conseguem superar e adaptar-se aos desafios da vida de maneira positiva e construtiva, promovendo o bem-estar emocional e o equilíbrio (Ordem dos Psicólogos, 2024).

“É a possibilidade de irmos resolvendo as diversas crises da vida e do crescimento de uma forma, digamos, construtiva ou não destrutiva. No fundo, é passar sempre por diversas etapas, mudanças, crises e ir enfrentando problemas e com capacidade de os resolver de uma forma construtiva. Fornecer e ajudar quem está em dificuldades” (E20 Prof.M).

A resiliência é encarada com a capacidade adaptativa de fazer face aos problemas que surgem na vida, utilizando recursos internos e externos para superá-los. Para uma boa saúde mental é esperado que crianças tenham pensamentos, tais como: gostamos de nós próprios e nos aceitamos como somos, confiamos nas nossas capacidades para resolver problemas e sentimos orgulho de quem somos e os seguintes comportamentos: propomo-nos a atingir objetivos realistas, focamo-nos no que podemos controlar, aprendemos com nossos erros, compartilhamos os nossos sentimentos, preocupações e sucessos com amigos e familiares, e pedimos ajuda quando necessário (Ordem dos Psicólogos, 2024).

Relações interpessoais e funcionamento social

As relações interpessoais e o funcionamento social são outra dimensão identificada. Refletem como a criança interage e se relaciona nos diferentes contextos da sua vida, a estabilidade e a qualidade dessas relações são consideradas cruciais para a sua saúde mental.

Um ambiente familiar estável e favorável, junto com uma rede de suporte composta por amigos, atividades e escola, são fundamentais.

“Para haver saúde mental tem que haver aqui um equilíbrio e uma estabilidade nas várias áreas, não é? É preciso haver um contexto familiar mais estável e favorável, haver uma rede de suporte fora, amigos, atividades, escola, haver capacidade de pensar sobre as coisas, de falar sobre as coisas e que lhes levem a descobrir e a ter um gosto e um prazer pela vida. Se conseguirmos ter este conjunto, acho que conseguimos ter boa saúde mental” (E11 Prof.NM).

A capacidade de criar e manter relações interpessoais fora do contexto familiar é um aspeto importante do desenvolvimento do adolescente (Monteiro & Confraria, 2014). A interação com amigos e a participação em atividades sociais são pilares do funcionamento social, a sua ausência pode afetar negativamente a vida de uma criança na fase da adolescência, prejudicando o seu bem-estar e o desenvolvimento de competências importantes na idade adulta.

Desenvolvimento harmonioso

Como já foi evocado anteriormente, os profissionais também consideram que a saúde mental está intrinsecamente ligada à capacidade de a criança atingir marcos de crescimento físico, emocional, social e cognitivo de acordo com o que é esperado para a sua idade.

“A nossa definição de saúde mental seria que as pessoas tivessem o desenvolvimento mais harmonioso possível, de acordo com a sua faixa etária” (E2 Prof.NM).

A definição de saúde mental, abrange não apenas a ausência de doença, mas também evolução contínua em todas as áreas do desenvolvimento.

Concluindo, foi possível perceber que as percepções dos profissionais sobre saúde mental são mais focadas em conceitos, tais como o bem-estar, equilíbrio e estabilidade emocional, funcionamento e flexibilidade cognitiva, desenvolvimento harmonioso e relações interpessoais e funcionamento social, o que indicia que as percepções são fundamentadas em pressupostos teóricos que advêm dos conhecimentos obtidos através da formação académica e profissional e da abordagem interdisciplinar nas equipas de saúde mental.

Crianças e familiares

As crianças e os familiares têm percepções distintas sobre o que é saúde mental, distinguindo-se das visões dos profissionais que se caracterizaram por ser mais amplas e teóricas.

Estas diferenças refletem-se nas categorias que emergem das suas opiniões e experiências, destacando dimensões específicas sobre o conceito de saúde mental:

Bem-estar psicológico

Para as crianças, a saúde mental está muito associada ao bem-estar psicológico, focando-se no seu estado mental e emocional e na capacidade de se sentirem bem consigo próprios.

“Estar bem! Psicologicamente é muito importante, porque se não estivermos bem psicologicamente, não conseguimos estar bem connosco mesmos”. (E1 Cç).

Os familiares compartilham esta preocupação, reconhecendo a importância do bem-estar psicológico para o desenvolvimento saudável dos filhos.

“Estar bem psicologicamente, saudável em termos mentais” (E8 Fam).

Funcionamento e flexibilidade cognitiva

O funcionamento e a flexibilidade cognitiva são igualmente valorizados pelas crianças e pelos seus familiares, e estão enraizados no “mundo da vida”. Reflete a capacidade prática de realizar atividades quotidianas e responder às necessidades imediatas.

“Poder fazer atividades” (E8 Cç).

Enquanto que para os familiares ela se traduz na expectativa de sucesso escolar profissional, projetando o impacto das competências e capacidades cognitivas atuais na construção de um futuro promissor.

“É ter um bom desempenho escolar, para ter uma boa profissão e ser alguém na vida” (E13 Fam).

Ambas as perspectivas destacam a importância da adaptação às adversidades e desafios de forma funcional e produtiva e refletem a forma como o "mundo da vida" influencia a saúde mental, ao conectar as experiências do presente com as aspirações futuras

Resiliência

A resiliência é identificada como um aspeto central para as crianças, está intrinsecamente ligada à capacidade de adaptação, de enfrentar tanto as pequenas frustrações do dia a dia quanto as grandes adversidades.

"claro que existem sempre problemas que são inevitáveis na vida de um adolescente, mas eu acho que é sobretudo saber controlá-los e ter as ferramentas certas para dar a volta por cima" (E1 Cç).

Novamente é referida a importância de desenvolver competências práticas para responder às adversidades que surgem no dia-a-dia.

Realização pessoal

As crianças associam a saúde mental a realização pessoal. No seu discurso é claro que se conseguirem identificar as suas necessidades e definir metas que as orientem para os objetivos de vida que pretendem alcançar, são aspetos fundamentais para sentirem que têm saúde mental.

“Perceber o que nos faz falta e em que é que podemos melhorar” (E7 Cç).

A adolescência é frequentemente um período marcado por incertezas, de procura da identidade e de “sentido” para a sua vida. Nesta fase de crescimento é comum que as crianças experienciem sentimentos de confusão e frustração, por não saberem exatamente o que desejam ou o que lhes falta.

Como verbaliza outra criança, a realização pessoal não se limita a atingir os objetivos, ela envolve o sentimento de felicidade que surge com as conquistas.

“Estar feliz, com as nossas conquistas” (E4 Cç).

Desta forma a realização pessoal para as crianças traduz-se no processo de alcançar objetivos e na satisfação do dever cumprido.

Autocontrole

Outra dimensão considerada pelos familiares é o autocontrole, é destacada a importância de

“ficar controlado, não estar agitado” (E6 Fam),

“ter bons comportamentos, não estar agitado, não ter alguma coisa no comportamento” (E2 Fam) e

“e o meu filho estar calmo, não estar agressivo” (E13 Fam).

Esta dimensão está diretamente relacionada com alguns dos sintomas que muitas vezes levam as crianças às consultas de psiquiatria da infância e da adolescência, tais como: agitação, impulsividade e dificuldades de regular o comportamento, e que são frequentemente motivo de preocupação dos familiares.

Saúde global

A saúde mental é percebida por muitos dos entrevistados como uma parte inseparável da saúde global. Uma criança descreve esta visão de forma clara:

“Saúde mental é como se fosse também saúde do nosso corpo, é saúde em geral” (E2 Cç).

Esta perspectiva destaca a compreensão de que o bem-estar mental é tão importante quanto o bem-estar físico e que ambos são interdependentes e fundamentais para uma vida equilibrada (United Nations, 2017).

A ideia é reforçada por um familiar, que enfatiza a importância da saúde mental em todas as fases da vida:

“É essencial na adolescência, na infância, na fase adulta. Sem saúde mental, não temos saúde” (E9 Fam).

As percepções das crianças e dos familiares sobre saúde mental destacam-se por estarem profundamente enraizadas no seu quotidiano. Refletem dimensões específicas tais como o bem-estar psicológico, o funcionamento e a flexibilidade cognitiva, a resiliência e a realização pessoal como aspetos cruciais da saúde mental. Os familiares dão particular ênfase ao autocontrole, apontando a importância de uma regulação comportamental adequada, especialmente em situações que envolvem agitação e impulsividade. Por fim, a saúde mental é amplamente percebida como parte integrante da saúde global, sendo considerada inseparável do bem-estar físico.

Concluindo, as percepções das crianças e dos familiares sobre saúde mental estão enraizadas no "mundo da vida", o enfoque é em realidades práticas, nas interações pessoais e nas necessidades diárias. Este enfoque contrasta com as visões dos profissionais, que frequentemente operam no "mundo dos sistemas", priorizando abordagens mais teóricas e estruturadas. A integração de ambas as perspectivas é essencial para construir intervenções eficazes, que equilibrem a experiência vivida com as estratégias institucionais e científicas, promovendo a saúde mental de forma mais holística e contextualizada.

As definições variam significativamente quando expressas pelos profissionais, pelas crianças ou pelos familiares, cada grupo aborda as suas próprias experiências, expectativas e necessidades.

A título de exemplo, os conceitos de bem-estar e bem-estar psicológico estão interligados e são complementares para uma visão completa da saúde das crianças. Os profissionais, ao abordarem o bem-estar geral, procuram expressar uma abordagem mais holística e integrada, reconhecem que a saúde mental é influenciada por vários fatores, nos quais estão incluídos os fatores psicológicos. Por outro lado, as crianças e os familiares, estão mais preocupados com as manifestações diárias do bem-estar, especialmente aquelas que afetam diretamente a sua qualidade de vida e o sucesso pessoal.

Para um acompanhamento eficaz ao nível da saúde mental, é fundamental integrar estas duas percepções, os profissionais necessitam de ter mais presentes as preocupações e as prioridades práticas das crianças e dos familiares para que as intervenções sejam melhor sucedidas e aceites, por outro lado as crianças e os familiares podem beneficiar do conhecimento dos profissionais e serem esclarecidos sobre as fundamentações teóricas envolvidas para uma boa saúde mental.

7.3 A participação das crianças e dos familiares nas tomadas de decisão

A participação, é um conceito complexo, e ao mesmo tempo paradoxal, carregado de múltiplos significados e diversas dimensões. A participação não pode ser reduzida, a uma única definição ou prática, envolve contradições internas, variações de sentido dependendo do contexto, e interage com uma variedade de fatores sociais, culturais e individuais. Para se compreender plenamente o que é participar, é necessário considerar a complexidade, reconhecendo que ela opera em múltiplos níveis e pode assumir diferentes formas e significados em diferentes situações (Morin, 1999).

A participação das crianças e dos familiares nas tomadas de decisão do serviço e nos cuidados de saúde em saúde mental da infância e da adolescência não é apenas uma questão de consulta formal, mas envolve a sua capacitação para exercerem influência real nas decisões que afetam a sua saúde mental.

Os processos participativos são percursos de aprendizagem, vivenciados como processos cognitivos, pedagógicos e comunicacionais, com implicações directas na interacção política e social, pois produzem e reproduzem novas formas de organização (reguladora e emancipadora) com repercussões nas estruturas relacionais, culturais e ideológicas (Vieira, 2015, p. 39).

As formas como as pessoas se envolvem na tomada de decisões são entendidas como oportunidades de aprendizagens e estão relacionadas com a troca de informações, com as comunicações estabelecidas, com a escuta ativa, com a negociação e com a colaboração. A participação em processos sociais e políticos revela-se igualmente fundamental para a transformação das estruturas sociais, culturais, políticas e de saúde, mas também para a saúde mental de cada um. Este entendimento ajuda a que cada um se reconheça como agente de mudança.

Para aferir a participação das crianças e dos familiares no contexto da saúde mental da infância e da adolescência, optou-se pela utilização da Escala de Participação do Cidadão de Arnstein (The Ladder of Citizen Participation) desenvolvida por Sherry Arnstein.

Esta escala foi originalmente desenvolvida em 1969, com o objetivo de avaliar a participação dos cidadãos em processos políticos e mais tarde foi utilizada no contexto da saúde para medir o nível de participação dos doentes em decisões que afetam a sua saúde. Segundo a autora, há uma diferença crucial entre a participação meramente simbólica e o ter poder real para influenciar as decisões (Arnstein, 1969). É apresentada uma tipologia de oito níveis de participação em forma de escada, em que cada degrau corresponde ao nível de poder que o cidadão tem para influenciar e tomar decisões.

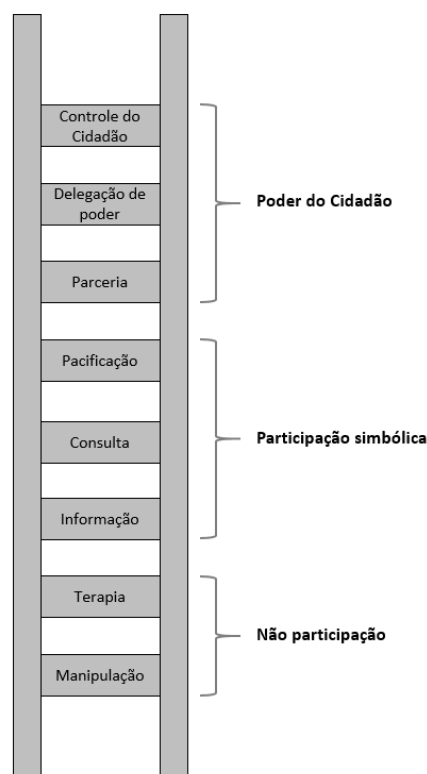


Figura 7.3 - Oito Degraus da Escala de Participação do Cidadão

No contexto do presente caso, os dois primeiros degraus da escada: a manipulação e a terapia, correspondem à não participação. Estes níveis refletem situações em que as crianças e os familiares não têm influência nas decisões tomadas (não participação).

Manipulação

No degrau da manipulação, a criança e os seus familiares são convidados a participar em órgãos decisores, com o objetivo de obter o seu apoio e legitimar decisões já tomadas pelos profissionais, mas não possuem oportunidade de influenciar as decisões.

Terapia

Na terapia, a participação também não existe e as atividades têm o propósito de trabalhar as crianças em terapia grupal, em vez de os envolver nas decisões. É utilizada para disfarçar a participação:

Its administrators - mental health experts from social workers to psychiatrists - assume that powerlessness is synonymous with mental illness. On this assumption, under a masquerade of involving citizens in planning, the experts subject the citizens to clinical group therapy. What makes this form of "participation" so invidious is that citizens are engaged in extensive activity, but the focus of it is on curing them of their "pathology" rather than changing the racism and victimization that create their "pathologies" (Arnstein, 1969, p. 220).

Da análise das entrevistas não foi possível apurar discursos que se enquadrassem na não participação.

A participação simbólica é o próximo grupo de níveis, onde as crianças e os seus familiares têm alguma expressão, mas enfrentam limitações. Os níveis incluem informação, consulta e pacificação.

Informação

Na informação, as crianças e os familiares são informados dos seus direitos, responsabilidades e opções terapêuticas pelos profissionais, mas não existe retorno ou poder de negociação. As informações são facultadas apenas no final do planeamento, as pessoas têm pouca possibilidade de influenciar o que foi definido para si.

No que concerne à opinião dos profissionais, observamos que, apesar de haver uma comunicação sobre o que é feito com as crianças, estas e os familiares têm uma participação limitada.

“E no caso das sinalizações, nem sempre é negociado, mas é apresentado porque há situações de risco ou perigo mesmo grave, portanto, não há uma negociação apresentada. Face à situação, nós somos levados a que seja feita a sinalização. Mas é lhes apresentado e não como uma retaliação de uma coisa, que eles tenham feito mal. Mas é-lhes proposto como uma outra forma de ajuda no seu plano” (E15 Prof.NM).

O profissional expressa, uma mensagem clara, de que as famílias são informadas sobre decisões já tomadas, especialmente em situações de risco. Não há espaço para negociação, apenas é realizada a comunicação da decisão, como uma medida necessária. Esta atitude reflete um processo onde as crianças e os familiares são mantidos ao corrente do que está a acontecer, mas não têm voz ativa para mudar a intervenção.

Outro profissional reflete sobre a falta de envolvimento dos familiares, dizendo

“Eu acho que está muito aquém daquilo que deveria ser. Eu acho que isso reflete de alguma forma algo mais generalizado, que é as pessoas demitem-se da participação nos serviços e da organização dos serviços. De alguma forma, eles não se envolvem, as pessoas que recorrem à consulta, neste caso ainda lhes falta muita literacia em saúde e em específico na área da saúde mental, são pessoas que do ponto de vista da escolaridade têm uma série de dificuldades. Eu acho que isso influencia também o próprio poder de decisão, a capacidade de reivindicar, de dizer o que é que seria melhor para si, o que é que procuram. Acho que lhes faltam muitos conhecimentos e falta-lhes esta capacidade de perceberem que elas são donas do seu destino, que podem questionar sem que isso tenha que afrontar o profissional de saúde, acho que questionar é saudável” (E4 Prof.NM).

Aqui, o profissional reconhece que a participação dos familiares é limitada, que são informados, mas não se envolvem, nem reivindicam frequentemente, devido à falta de conhecimentos ao nível da saúde, em especial ao nível da saúde mental, e às dificuldades associadas à falta de escolaridade. Este cenário reflete uma visão tradicional sobre as pessoas vistas como recetores passivos, dos cuidados e dos programas, incapazes de expressar as suas necessidades e desejos, e sujeitas a formas de tratamento cuja formulação e a decisão foi tomada exclusivamente por outros (Fazenda, Castelão, Costa, & Silva, 2024).

Para que as crianças e os familiares subam os degraus da participação e exerçam poder sobre as decisões que lhes dizem respeito, tratamentos, medicações, prioridades dos serviços, programas, medidas políticas, é necessário que os profissionais e os serviços contribuam para o seu *empowerment*.

Segundo Bengt Ericksson (2003) “uma parte importante do *empowerment* é o facto de as pessoas tomarem o comando da acção, individual ou colectivamente; assumindo por isso uma dimensão de poder” (Vieira, 2015, p. 129)

Em outra citação, o profissional admite que, embora as crianças sejam informadas sobre as intervenções, eles não têm poder de decisão.

“Nós falamos com os miúdos e explicamos o que é que às vezes vamos fazer, nomeadamente aqueles com problemas na escola. Explicamos que..., eles, digamos que, não sei se eles serão parte ativa, quero dizer, eles tomam conhecimento depois em que medida podem influenciar a decisão. Sinceramente, eu acho que não” (E13 Prof.NM).

A comunicação é unilateral, as crianças são meramente recetores de informações, sem influência real sobre o que acontece a seguir.

É também descrito que:

“No plano terapêutico, mesmo a partir dos 10 anos, nós damos sempre a palavra às crianças/ jovens, mas, ainda assim, o plano terapêutico passa inevitavelmente pelos pais e são eles que consentem ou não com a proposta de plano terapêutico. Ainda assim, quando os pais estão de acordo com o médico, a criança acaba por aceitar também” (E18 Prof.M).

Esta citação, mais uma vez, reflete que, embora as opiniões das crianças sejam ouvidas, a decisão final é tomada pelos pais e/ou pelos médicos. Essa dinâmica reforça o papel informativo, segundo o qual as crianças são informadas, mas o poder decisório permanece com os adultos.

O discurso dos familiares também reflete a mesma ideia de não haver poder de negociação, uma sensação de passividade em relação às decisões tomadas pelos profissionais de saúde. Por exemplo, um familiar afirma:

“Não me lembro se perguntaram em relação a ela fazer medicação, ela já vinha com uma carta a dizer que ela precisava de levar um calmante” (E4 Fam).

O familiar expressa que foi informado sobre a medicação por meio de uma comunicação escrita, sem qualquer consulta ou envolvimento prévio, caracterizando uma situação onde a criança e o familiar são apenas recetores da decisão.

Outro familiar diz:

"Pergunta sempre a opinião (a médica), nós vamos sempre dizer que o medicamento é bom." (E2 Fam).

Apesar dos familiares serem consultados, a decisão final sobre o uso da medicação está nas mãos dos profissionais, reforçando a simples natureza informativa da participação. A dificuldade das pessoas em participarem na tomada de decisões prende-se com o facto de não conseguirem argumentar com o médico, por não possuírem conhecimentos de farmacologia. A diferença do saber inibe-os de contestar.

Para além da passividade expressa no discurso, também foi possível apurar sentimentos de frustração com a falta de poder para influenciar as decisões.

“Quer dizer, a médica receita e eu não estou à altura de poder contrapor em nada. A tendência é sempre tentar ao máximo que ele não seja encharcado de químicos, mas eu sinto que ele se não tomar medicamento fica muito irascível, não se foca nas coisas, mas depois, tomando o medicamento, até tenho pena porque fica mesmo down” (E 10 Fam).

Esta afirmação indica que os familiares são informados sobre a prescrição, mas sentem que não têm capacidade de contestar ou influenciar a decisão.

Neste nível, quer as crianças, quer os familiares são mantidos informados sobre as decisões, mas as informações recebidas não se traduzem em poder para influenciarem as decisões. Os profissionais de saúde dominam o processo de decisão com explicações e informações, mas as crianças e os familiares raramente participam ativamente na construção dessas decisões. A participação limita-se à receção de informações, sem redistribuição do poder.

Consulta

O degrau seguinte da participação é a consulta. Neste degrau as pessoas são informadas e já lhe é solicitada a opinião, mas não é garantido que as suas preocupações e ideias são tidas em consideração (Arnstein, 1969). Esta realidade está bem presente no discurso de alguns profissionais quando destacam que a decisão final é sua.

“Eles poderem fazer sugestões, poderem ser ativos e participativos no seu próprio tratamento, acho que é vantajoso, e ouvir as suas famílias e ouvi-los e, portanto, nós ouvimos sempre os jovens e as famílias, mas no fim sou eu que decido” (E9 Prof.M).

O profissional enfatiza que as crianças e os familiares são ouvidos e encorajados a participar, mas não há garantia de que suas sugestões sejam devidamente consideradas.

Outro profissional reconhece a importância de auscultar as opiniões, mas também destaca as limitações:

“tenho momentos com as famílias e depois oiço sempre os adolescentes. Nem sempre decido da forma como eles queriam, por isso não quer dizer que eles não sejam ouvidos, entendo que há uma diferença entre as pessoas terem um espaço para dar a sua opinião, mas não quer dizer que se vá fazer sempre dessa maneira, mas depois pelo menos, ser explicado, que eu ouvi o que tu estavas a pensar, percebo o teu ponto de vista, mas por estes motivos pode não ser possível seguir”. (E5 Prof.M).

Este discurso ilustra o conceito de consulta, onde as opiniões são consideradas, mas o controlo final das decisões permanece com os profissionais. Na mesma linha, é descrito que:

“nós tentamos ter sempre em atenção os desejos dos jovens e das famílias, auscultamos a opinião deles. Eles participam e tentamos que as coisas sejam feitas no fundo como é que eles querem, no fundo são eles os interessados. Nós tentamos arranjar da melhor maneira, da maneira possível, que as coisas se possam realizar. Não queremos impor uma coisa, não digo ideias. Tentamos sempre que, enfim, que eles consigam, formar a sua opinião” (E1 Prof.M).

Mais uma vez é demonstrado que, embora haja um esforço para ter em consideração as preferências das crianças, a participação restringe-se apenas à consulta, onde a opinião é ouvida, mas a decisão final não está dependente dessa opinião.

Para as crianças esta noção de participação é clara.

“Eu acho que não tive que tomar decisões, mas a Doutora receitou um comprimido e perguntou-me o que é que eu achava em relação a isso” (E2 Cç).

A sua opinião é solicitada, mas a criança percebe que a decisão já está definida, a sua participação limita-se a uma opinião e não há uma decisão conjunta.

Outra criança expressa um sentimento semelhante:

“quando me pedem a opinião eu dou, mas é raro. É mais aos pais. Agora com esta idade já começo a ter opinião. Eu fiz 13 anos, acho que já tenho direito a ter a minha opinião” (E7 Cç).

A criança expressa a frustração por raramente ter um papel de consulta em detrimento da que é efetuada aos pais. Um familiar exemplifica uma situação real:

"Sou muito ouvida. Bastava eu dizer que o meu filho não estava bem, e a médica dizia logo, faça isto, vamos arranjar alguma coisa, se não der resultado a mãe entra em contacto comigo." (E11 Fam).

Esta descrição sugere que a mãe sente que as suas preocupações e opiniões são levadas em consideração pela médica de forma imediata. No entanto a resposta da médica é bastante diretiva e expressa que a decisão final e as sugestões lhe cabem a si.

Também é perceptível pelo discurso dos familiares, a evidência de mudança na dinâmica da participação ao longo do tempo de acompanhamento dos filhos.

"Parece que no início havia mais hipóteses, mais diálogo, talvez porque agora se perceba que os factos estão consumados, já esteja estabelecida a situação e talvez não se progrida mais por causa disso" (E9 Fam).

Inicialmente, a família sentia que havia mais oportunidades para o diálogo e para explorar diferentes opções, o que sugere um ambiente de maior consulta e envolvimento. Contudo, à medida que o tempo foi passando e a situação de doença da criança se foi instalando, os familiares sentiram um desinvestimento, uma diminuição do espaço para o diálogo e consequente perda de influência para alterar as decisões. Este tipo de afirmação sugere uma transição de uma fase de participação através da consulta, com as opiniões a serem consideradas, para uma situação onde as decisões já estão estabelecidas, onde a família se sente limitada para contribuir com novas ideias ou opções.

Estes exemplos ilustram uma participação ao nível de consulta, onde as opiniões são solicitadas e ouvidas, mas a influência sobre as decisões finais é limitada. O poder decisório permanece nos profissionais e a consulta, embora importante, não garante que as sugestões ou preocupações dos envolvidos sejam integradas no resultado final.

Pacificação

A pacificação é o degrau seguinte. Na opinião dos profissionais, as crianças são ouvidas e levadas em consideração, mas o poder de decisão é dos pais. Há um esforço para dar voz às crianças, mas essa participação é frequentemente mais simbólica do que efetiva, servindo principalmente para apaziguar as partes envolvidas sem que os pais e os próprios profissionais prescindam do poder real de decisão (Arnstein, 1969).

Vários profissionais de saúde expressam a importância de informar e ouvir as crianças, mas clarificam que a decisão final quase sempre recai sobre os pais.

"Acho que eles têm que estar sempre informados sobre qual é a proposta terapêutica, não é? E acho que têm direito à sua palavra, mas no final do dia aquilo que vai prevalecer, há que ser sempre a decisão que os pais tomam, não é?" (E8 Prof.M).

É reconhecido que embora as crianças tenham a oportunidade de expressarem opiniões, a decisão final permanece sempre nos pais. Essa abordagem parece ter como objetivo acalmar a criança, proporcionando-lhe a sensação de participação, ainda que essa participação tenha pouco impacto na alteração da definição do projeto terapêutico.

"Eu, sinceramente, acho que muitas das vezes os adolescentes são um bocadinho anulados, não é? O adulto é que acaba muito por tomar a decisão e é muito isso" (E7 Prof.NM).

Este é mais um exemplo da atitude da generalidade dos profissionais que facultam às crianças algum espaço para expressarem as suas opiniões ou desejos, mas que frequentemente anula ou minimiza essa mesma participação, através do controlo dos pais, o que confirma a prática de pacificação.

Na análise das entrevistas foi verificado que o nível de pacificação foi identificado exclusivamente no discurso dos profissionais de saúde e não surgiu nos discursos quer das crianças, quer dos familiares. Esta observação sugere que os profissionais estão cientes das limitações da participação oferecida às crianças e aos familiares, reconhecendo que, apesar de serem ouvidos, o poder de decisão final não é realmente compartilhado.

A ausência desta perceção por parte das crianças e familiares indica uma discrepância entre a intenção dos profissionais e a perceção das crianças e dos familiares. Essa discrepância pode levar à conclusão de que os mecanismos de pacificação estão a ser eficazes, ao criar a ilusão de plena participação, sem que haja uma real partilha de poder. Além disso, a falta de consciência por parte das crianças e familiares resulta numa aceitação passiva das decisões, sem capacidade de decidirem sobre si e sobre o seu projeto terapêutico.

No que diz respeito aos familiares, eles podem sentir que estão a ser ouvidos e que as suas opiniões são importantes, no entanto a comunicação e a expressão da opinião são conduzidas de forma a parecerem inclusivas, mesmo quando o controlo efetivo ainda reside nos profissionais. O mesmo mecanismo é replicado com as crianças, que acreditam que estão a participar de forma significativa, quanto, na realidade, o processo serve para validar decisões já tomadas pelos adultos.

Esta participação resume-se a informação unilateral e ainda não atinge uma verdadeira redistribuição de poder, serve mais para acalmar e pacificar os envolvidos do que para tomarem o controlo do poder.

Parceria

O poder do cidadão foi identificado apenas ao nível da parceria, no qual as crianças e os familiares colaboram com os profissionais num processo de decisão conjunta, a sua opinião tem peso e a influência é uma realidade.

Vários profissionais de saúde destacam situações em que a participação das crianças entra no domínio da parceria.

“Os miúdos da segunda metade da adolescência já não é assim, porque a qualidade dos argumentos e a forma como eles os expressam já faz com que tenha que haver uma negociação, não é?” (E2 Prof.NM).

O profissional reconhece que, para as crianças mais velhas, o diálogo é essencial e a negociação torna-se parte do processo decisório. Isso reflete uma dinâmica em que a criança não é apenas ouvida, como também influencia o resultado das decisões, caracterizando uma verdadeira parceria.

Outro exemplo de parceria é evidenciado na afirmação seguinte:

“Nós podemos ter ideia que aquele que um determinado tipo de intervenção terapêutica nos faz muito sentido e é o que está, digamos, preconizado, é aquilo que os manuais dizem que mostra mais evidência de sucesso, mas pode não fazer sentido para aquela família, tem que fazer sentido” (E6 Prof.M).

É expressa a disponibilidade dos profissionais de integrarem as opiniões e necessidades das famílias, no planeamento das intervenções terapêuticas. Isso vai além de ouvir, é expressa uma tentativa de ajustar as intervenções de forma que façam sentido para todos os envolvidos, o que é uma característica central da parceria.

Este tipo de sentimento não é frequente nas crianças e familiares, apenas uma criança destacou como exemplo de participação em parceria:

“Sim, sim, acho que sempre respeitaram as minhas decisões e nunca foram mais além daquilo que eu não conseguia fazer” (E1 Cç).

Este discurso sugere que as suas opiniões e os seus limites foram ouvidos e respeitados, indicando uma participação ativa no processo de decisão, característica de uma verdadeira parceria. Ilustra que em algumas circunstâncias, as crianças podem ter uma participação significativa, que respeite as suas preferências e as decisões que afetam sua vida.

É importante ressaltar que este último exemplo foi um caso único, em que a criança experimentou um nível de participação que se alinha com a parceria.

A maioria das interações de crianças com os profissionais de saúde enquadrou-se nos níveis de informação e consulta. Nestes níveis, as crianças são informadas ou consultados sobre decisões, mas não possuem o poder de influenciar significativamente o resultado final. Isso contrasta com as situações descritas acima, onde a parceria envolve uma verdadeira redistribuição de poder e colaboração na tomada de decisões.

Delegação de poder e controle do cidadão

Os níveis de delegação de poder em que os doentes possuem autoridade significativa para tomar decisão e atuam como facilitadores e o controle cidadão em que há um controle completo sobre as decisões que afetam a saúde e são gestores do seu próprio cuidado (Arnstein, 1969) não foram identificados.

Concluindo, a análise do discurso sobre participação na tomada de decisões, utilizando os oito degraus da escala de participação do cidadão de Arnstein como referência, revelou que os níveis com maior predominância estão associados a uma participação simbólica (informação, consulta e pacificação). Esta realidade é representada na nuvem de palavras gerada:



Figura 7.4 - Nuvem de palavras sobre a participação - Escala de Participação do Cidadão

Estes resultados vão ao encontro do que é referido pela OMS relativamente à relação das pessoas com os sistemas de saúde. Esta entidade defende que as comunidades, as famílias, e as pessoas devem ser incluídos nas tomadas de decisão sobre serviço, programas, políticas, independentemente da idade, sexo, cultura ou condição social. E que esta participação tem o potencial de gerar impacto nos serviços, (OMS, 2002). A participação ativa pode influenciar significativamente os serviços de saúde mental, a organização e a prestação de serviços de saúde mental, promovendo uma abordagem mais centrada nas pessoas e nas suas reais necessidades.

Ao envolver as crianças e as suas famílias, os serviços tornam-se mais permeáveis às necessidades da população, adequando os serviços às expectativas e exigências reais de quem vive com doença mental.

Além disso, a participação nas decisões de tratamento e gestão dos serviços contribui para uma maior adesão ao tratamento, melhorando a eficácia das intervenções. Quando as crianças e as suas famílias se sentem ouvidos e incluídos, eles tendem a confiar mais nos profissionais e a participar mais nos projetos terapêuticos. Esse processo de inclusão, defendido pela OMS, é um dos pilares centrais para a construção de um sistema de saúde mental mais inclusivo, acessível e alinhado com as necessidades concretas da população.

7.4 A implementação da abordagem *recovery*

Durante as entrevistas realizadas sobre a abordagem *recovery*, verificou-se um desconhecimento quase total, dos entrevistados em relação a esta abordagem. A maioria dos participantes demonstrou não ter qualquer conhecimento. Dos 43 entrevistados, apenas quatro profissionais afirmaram ter alguma familiaridade com o tema e destes, apenas um dominava o assunto.

Todos aqueles que manifestaram desconhecimento sobre a abordagem *recovery* foram informados através de um pequeno esclarecimento sobre as principais ideias desta abordagem. Após ouvirem o esclarecimento, houve unanimidade de todos os participantes em reconhecerem vantagens neste tipo de abordagens, mas não se sentiram à vontade para desenvolver o tema, limitando-se a afirmar simplesmente que:

“Sim” (E1 Fam.),

“Acho que pode ser utilizado no futuro” (E3 Prof.NM),

“Sim, penso que tinha vantagens” (E14 Prof.NM).

Como já foi referido anteriormente a abordagem *recovery*, embora não seja recente (surgiu na década de 70 do século XX), mantém-se inovadora e tem ganho protagonismo na área da saúde mental, incluindo na psiquiatria da infância e da adolescência. Trata-se de uma abordagem com impacto positivo na sociedade, em que as pessoas com perturbação mental e os seus familiares expressaram a vontade de serem incluídos nas suas comunidades, dando início a um movimento de reivindicação pela inclusão social. Com o apoio de vários profissionais de saúde, este movimento foi ganhando força e expandindo-se a nível global (Macedo, 2019).

O *recovery* reflete uma mudança do paradigma tradicional, centrado no hospital, “hospitalocêntrico”, para um modelo de intervenção comunitária, e procura ir além da simples redução de sintomas, aposta na restauração da qualidade de vida da pessoa, na esperança na recuperação, no superar os desafios, no retomar as atividades que lhe proporcionem bem-estar, no superar o estigma, na autonomia, no *empowerment* e na inclusão social. Tal como já foi dito em capítulos precedentes, é entendido como um processo individual das pessoas com doença mental, de mudança de atitudes, valores, objetivos, sentimentos, competências e papéis, que possibilita construir uma vida mais satisfatória e integrada em comunidade (Anthony, 1993; Duarte, 2007; Slade, 2011).

Em Portugal o *recovery* ganhou expressão com a desinstitucionalização das pessoas com doença mental e por influência do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, que pela primeira vez em 2008 expressa como valor da saúde mental o *recovery*, referindo que “os serviços de saúde mental devem criar condições que favoreçam a autodeterminação e a procura de um caminho próprio por parte das pessoas com problemas de saúde mental” (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008, p. 14).

Os princípios gerais de *recovery* baseiam-se em cinco eixos fundamentais (Figura 4): conexão, identidade positiva, esperança e otimismo, *empowerment* e dar significado à vida.

Estes eixos serviram como base para a definição das principais categorias identificadas, que incluem conexão, (re) estabelecimento da identidade positiva e esperança e otimismo sobre o futuro.

Tabela 7.2 - Categorias relativas à definição de *recovery*

Categorias	
Definição de <i>recovery</i>	Conexão
	(Re) estabelecimento de uma identidade positiva,
	Esperança e otimismo sobre o futuro

Estas categorias foram estruturadas para refletir os aspetos centrais de *recovery*, assegurando que as intervenções e estratégias utilizadas abordem as dimensões mais relevantes para a recuperação e autonomia das crianças. Esta abordagem representa uma transformação fundamental ao colocar a criança como protagonista da sua própria vida.

Posiciona a criança no centro dos cuidados de saúde mental e das decisões que envolvem o seu processo de recuperação, promovendo uma participação ativa e significativa. Como é referido por um profissional,

“tem a ver com os processos a nível da reabilitação, mas em que um utente é o centro do cuidar e o centro da tomada de decisão, está envolvido em todas as tomadas de decisão do princípio ao fim, porque é ele que está em causa, a vida dele é o processo dele e a recuperação dele. E isto muito ligado às estruturas da comunidade” (E11 Prof.NM).

Conexão

Um dos entrevistados destaca a importância de construir e fortalecer as redes de suporte social, como elementos essenciais da abordagem. Estas redes incluem o apoio de pares, grupos de suporte e relacionamentos significativos dentro da comunidade. Esta perspectiva reforça a ideia de que o sucesso de *recovery* está intrinsecamente ligado à existência de uma rede suporte comunitária forte e colaborativa.

“Tendo em conta o conhecimento superficial, eu acho que a construção de rede e de ligações está muito enraizado no conceito, não sei explicar muito mais., não sei teorizar muito mais, mas eu acho que deverá focar-se no trabalho em equipa, da possibilidade de construirmos em conjunto, com os adolescentes e com as famílias. É impossível ser diferente” (E19 Prof.NM).

Embora o entrevistado reconheça que o seu conhecimento teórico sobre esta abordagem não é aprofundado, ele salienta que o foco deve estar na colaboração entre profissionais, crianças e famílias, para a criação e manutenção de redes de suporte. Sugere ainda que o processo de *recovery* só pode ocorrer de forma efetiva quando é realizado de forma integrada e em parceria com os envolvidos.

(Re) estabelecimento de uma identidade positiva

O estabelecimento de uma identidade positiva também é outro aspeto destacado. Envolve a reconstrução ou redefinição de uma identidade que permite às pessoas desenvolverem conhecimentos sobre si próprias, que não se limitem à identificação com a doença mental diagnosticada e que sejam capazes de se envolver em atividades e relações interpessoais em outras estruturas da comunidade, fora do contexto dos serviços de saúde.

Um dos profissionais faz menção a que:

“é como se fosse começar de novo, é como se estivéssemos a dar aportes para que eles comecem com outros recursos, não é? Eu acho que é isso”, é dar-lhes outras ferramentas, outros recursos, quer pessoais, quer em termos de estratégias para poderem estar mais integrados na sociedade. (E15 Prof.NM).

Esta definição sublinha o processo de reconstrução da autoimagem e da vida das crianças, através de recursos adicionais oferecidos e desenvolvidos nas intervenções terapêuticas. É uma abordagem que permite que eles utilizem novas estratégias para construir novos caminhos e desenvolver a sua autonomia.

Esperança e otimismo sobre o futuro

Outro aspeto fundamental destacado é a esperança e o otimismo em relação ao futuro, onde se acredita na motivação para a mudança.

“É um tratamento muito intensivo, muito assertivo, que oferece oportunidade de recuperação para adolescentes que têm problemáticas complexas, com muita comorbidade, muitas vezes com patologia duplas, em abandono escolar, com múltiplos comportamentos de risco, abuso de substâncias e com famílias também com grandes vulnerabilidades” (E6 Prof.M).

Em síntese, a análise das percepções de *recovery* no contexto da saúde mental da infância e adolescência, evidencia o conhecimento sobre três dos cinco eixos fundamentais desta abordagem: conexão, o (re)estabelecimento de uma identidade positiva e a esperança e o otimismo sobre o futuro. Foi ainda enfatizada a importância do trabalho em rede, a necessidade de criação de novos recursos e estratégias e a possibilidade de reconstruir trajetórias de vida com base num novo sentido de identidade e autonomia. No entanto, é notório que nem todos os eixos essenciais de *recovery* foram realçados nas respostas. Em particular, os eixos relacionados com o dar significado à vida e o *empowerment*. Estas lacunas sugerem que há espaço para um aprofundamento da temática.

O conhecimento sobre os princípios poderia originar fortalecimento das intervenções terapêuticas e proporcionar às crianças cuidados de saúde multidisciplinares que promovam a colaboração e a parceria entre as crianças, as famílias, os serviços de saúde e os serviços da comunidade.

Um dos profissionais faz a comparação da situação em Portugal com o que conhece na Holanda:

“Em alguns países da Europa é feito de uma forma muito assertiva. Nós aqui temos muita dificuldade em ter equipas que funcionem nesse modelo, é preciso bastante dinheiro, recursos. Por exemplo, na Holanda trabalham intensivamente e diariamente e de cada vez cada equipa só tem 10 casos na comunidade e há uma participação do município, da autarquia. É um projeto estruturado (já há um modelo e eles seguem) e é apoiado pelas associações das equipas comunitárias e pelas equipas do modelo recovery. Têm muita proximidade com os serviços hospitalares que acompanham aqueles miúdos. Por vezes são os miúdos que têm dificuldade em se deslocar à consulta médica, tem que alguém ir a casa e perceber porque é que não está a ir à escola, por exemplo, e o que é que se pode criar de alternativa que possa interessar, em substituição” (E6 Prof.M).

Esta opinião realça que o *recovery* tem sido adotado em países europeus, como a Holanda, e que nesses países as equipas comunitárias de *recovery* trabalham de forma intensiva e estruturada com os serviços hospitalares e com as redes de suporte comunitário e que a possibilidade de implementação deste modelo em Portugal é difícil, porque ainda enfrenta muitos desafios relacionados com a falta de recursos financeiros, de equipas especializadas, suporte institucional e de instituições de doentes que influenciem as políticas adotadas. Somente com alteração da política, infraestruturas adequadas, apoio intersectorial e interministerial é possível oferecer um acompanhamento mais próximo e personalizado, tal como ocorre em outros contextos europeus.

As principais conclusões que se retiram desta análise é que há um desconhecimento generalizado sobre a abordagem *recovery* entre os profissionais de saúde mental entrevistados e um desconhecimento total das crianças e familiares. A grande maioria dos entrevistados não tinha familiaridade com o conceito e apenas uma pequena fração possuía algum conhecimento, sendo que apenas um profissional demonstrou domínio do tema. Esta lacuna revela uma necessidade clara de formação e sensibilização sobre o *recovery* no contexto das equipas de saúde mental da infância e adolescência em Portugal.

No entanto, após serem informados sobre os princípios de *recovery*, todos os profissionais entrevistados reconheceram o valor e as vantagens da abordagem. Isso sugere que, com o devido esclarecimento e formação, a abordagem *recovery* poderia ser implementada. Esta abordagem coloca as crianças no centro do processo de decisão e dos cuidados, algo que os profissionais também identificaram como benéfico para as suas práticas e incentiva a uma colaboração horizontal, onde cada profissional contribui com o seu conhecimento específico, mas sem imposições hierárquicas rígidas, valorizando a diversidade de perspetivas e fortalecendo a coesão da equipa.

No que diz respeito aos princípios fundamentais de *recovery*, os entrevistados destacaram principalmente a conexão, restabelecimento de uma identidade positiva e esperança para o futuro. Esses elementos foram vistos como essenciais para a melhoria das crianças com problemas de saúde mental. No entanto, os eixos relacionados com o *empowerment* e o dar significado à vida não foram abordados, indicando que há espaço para um aprofundamento e maior integração desses aspetos nas práticas terapêuticas.

Em síntese, é necessário investir na formação e em recursos para que o *recovery* possa ser integrado de forma eficaz nas equipas de saúde mental da infância e adolescência em Portugal. Também apontam para a necessidade de reorganizar o trabalho, aproximá-lo da comunidade, implicar novos atores como as autarquias. Embora reconhecido como uma abordagem promissora, a implementação deste modelo depende de políticas de saúde mais robustas e de um esforço conjunto para garantir a articulação entre os serviços hospitalares e as redes comunitárias, proporcionando um acompanhamento mais próximo e centrado na pessoa.

7.5 Os aspetos a melhorar no funcionamento das equipas

As experiências e reflexões partilhadas pelos profissionais, pelas crianças e pelos familiares que integram e interagem com as equipas de saúde mental da infância e da adolescência revelam desafios a melhorar no funcionamento destes serviços. Estas considerações evidenciam pontos críticos que necessitam de atenção e que, quando abordados, têm o potencial de melhorar a eficácia das equipas e a qualidade do atendimento prestado.

Para melhor compreender e abordar essas questões, os desafios identificados foram organizados em categorias, diferenciando as perspetivas dos profissionais das crianças e familiares. Esta distinção permite uma análise mais dirigida e aprofundada, proporcionando uma visão clara das necessidades de cada grupo e das áreas prioritárias de intervenção.

Este processo de organização não só reforça a relevância do envolvimento de todos os intervenientes no sistema, como também orienta para soluções práticas e sustentáveis que possam fortalecer o funcionamento das equipas e melhorar os resultados para as crianças e para os familiares.

Tabela 7.3 - Categorias relativas aos aspetos a melhorar no funcionamento das equipas

Categorias	
Aspetos a melhorar no funcionamento das equipas	Estrutura e gestão do tempo
	Articulação e colaboração com a comunidade
	Recursos materiais e humanos
	Financiamento
	Desenvolvimento profissional e inovação
	Diversificação das opções de atendimento
	Implementação da pirâmide de organização dos serviços de saúde mental
	Maior investimento no modelo comunitário de intervenção
	Promover a participação das crianças e dos familiares
	Fortalecer a colaboração interministerial para a promoção da saúde mental
	Criar novas respostas na área da saúde mental
	Acessibilidade geográfica
	Diminuição de tempos de espera para consulta e aumento da frequência e duração das consultas subsequentes
	Melhoria da acessibilidade aos profissionais e às informações clínicas

Profissionais

Os profissionais identificaram algumas áreas de melhoria que podem ser sintetizadas nas seguintes categorias:

Estrutura e gestão do tempo

Uma das perceções recorrentes entre os profissionais é a necessidade de criação de espaços dedicados à reflexão e discussão dos casos.

"Acho que uma coisa a melhorar era termos mais espaço para discussão de casos, mas também percebo que é difícil porque temos todas umas agendas complicadas."

Os desafios às vezes é vermo-nos pouco, termos poucos espaços em conjunto" (E14 Prof.NM).

Estas afirmações refletem lacunas na organização do tempo dos profissionais que limitam a sua capacidade para estarem em conjunto a refletir sobre como intervir, o que é essencial para a tomada de decisões mais segura, a coesão da equipa e para melhorar a eficácia da intervenção.

A colaboração e a interdependência entre diferentes disciplinas são fundamentais, especialmente em contextos complexos como o da saúde mental. Contudo, alguns profissionais relataram que a carga de trabalho não permite intervenções multidisciplinares e compromete a qualidade das intervenções prestadas.

"Melhorar a intervenção multidisciplinar, mas há cada vez menos tempo para fazer devidamente, exatamente pela carga de processos, pelo volume processual que temos" (E15 Prof.NM).

A falta de momentos em equipa, também é apontado por outro entrevistado:

"Sentimos às vezes falta de mais momentos em conjunto" (E20),

Este sentimento expressa uma necessidade de criar mais oportunidades para a convivência entre os profissionais, o fortalecimento dos laços interpessoais entre os vários elementos que compõe a equipa e para promover uma maior colaboração. São estes momentos informais (que podem ser pausa para café em conjunto, almoço em grupo ou simples conversas fora do ambiente das reuniões de equipa) que permitem que se conheça melhor o outro e as suas perspetivas e se desenvolva a confiança e a coesão nas equipas.

A assiduidade às reuniões semanais também emerge como uma preocupação significativa entre os profissionais. A regularidade e a importância dessas reuniões são reconhecidas, mas há uma tensão evidente entre a necessidade de participação e o efetivar de consultas.

"A assistência das reuniões é crucial, mas é prejudicada pela menor disponibilidade para estar em reuniões, ou seja, o tempo que as pessoas têm é para estarem em atividade clínica" (E9 Prof.M).

Esta escassez de tempo disponível para reuniões reflete um dilema comum nas equipas de saúde: a escolha entre o tempo dedicado à reflexão coletiva e a necessidade urgente de cumprir metas ao nível do tempo de consultas.

Articulação e colaboração com a comunidade

A articulação com a comunidade, especialmente com centros de saúde, escolas e outras instituições, é encarada como essencial, mas atualmente insuficiente devido à falta de recursos.

"Haver uma cooperação maior com os centros de saúde e voltamos a bater no problema dos recursos humanos, não há tempo para isso, e a questão dos médicos de família e de outras instituições da comunidade. A saúde mental ao nível hospitalar não se pode dividir por tudo isso e se não houver algum tipo de resposta dos centros de saúde, das escolas, de instituições como a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, torna-se mais difícil" (E1 Prof.M).

A última rede de referência hospitalar para a psiquiatria da infância e da adolescência de 2018, recomenda que além da articulação com os CSP, a maioria dos Serviços/Unidades deve desenvolver um trabalho de articulação com escolas, CPCJ, Tribunais, Instituições de Acolhimento de Crianças e Jovens e Centros Tutelares Educativos. Para que isso aconteça é essencial que o horário dos profissionais, contemple tempos dedicados a essas articulações, uma mais-valia importante para promover contextos e decisões que possam melhorar a saúde mental das crianças e a integração possível das que são portadoras de psicopatologia grave (Ministério da Saúde, 2018).

A falta de articulação com as instituições externas da comunidade origina um ambiente fragmentado, onde a continuidade do cuidado é posta em causa. A OMS tem alertado para a falta de articulação entre diferentes níveis de cuidados, o que prejudica a efetividade das intervenções e o bem-estar das pessoas (World Health Organization, 2008).

A colaboração interdisciplinar melhora a qualidade dos cuidados e promove uma compreensão mais holística dos problemas de saúde.

Recursos materiais e humanos

A gestão do espaço físico onde decorrem as consultas foi também apontado como um dos principais desafios no contexto das equipas de saúde mental, com implicações diretas na eficácia do atendimento.

"Eu identifico como o maior problema aqui a gestão do espaço físico. Acho que é assim a coisa mais desafiante. Às vezes, a inexistência de gabinetes em alguns períodos da semana, é muito difícil. Penso que ainda assim, apesar disto ser algo que não depende diretamente da equipa, se poderia gerir os tempos e os horários de atendimento de uma forma mais eficaz" (E18 Prof.M).

Esta limitação espacial, apesar de não ter sido relatada em todas as equipas, foi presenciada como um obstáculo logístico, que influencia negativamente a produtividade. Foi possível verificar internos a aguardar espaço para realizar consultas.

A gestão dos horários de atendimento surge como uma área que poderia ser otimizada para melhorar e aproveitar os recursos disponíveis. Esta sugestão aponta para a necessidade de uma abordagem diferente na alocação dos espaços, garantindo que as consultas possam ocorrer de forma contínua e sem interrupções causadas por conflitos de agenda, falta de gabinetes ou como presenciámos que gabinetes atribuídos a profissionais se encontrem vazios durante todos o período da manhã, por serem considerados pertença de um profissional.

Relativamente aos recursos humanos, são a sugestão que obteve maior expressão refletindo uma necessidade crítica e continuada do aumento do número de profissionais nas equipas de saúde mental da infância e da adolescência.

A ausência de profissionais não médicos suficientes, é uma questão referenciada pelos profissionais das três equipas.

“A necessidade de mais técnicos e outros recursos terapêuticos, não necessariamente médicos. Acho que neste momento faz tudo falta, mas os outros fazem mais falta, na minha perspetiva”. (E5 Prof.M).

Esta escassez de profissionais não médicos é vista como uma limitação crucial, que põe em causa a diversidade e a qualidade das intervenções terapêuticas (Xavier, et al., 2024) impede a equipa de alcançar seu pleno potencial, tanto no atendimento aos doentes, quanto no desenvolvimento de novos projetos e abordagens terapêuticas. A insuficiência de recursos humanos afeta as opções terapêuticas e a diversidade das terapias oferecidas.

“E precisávamos de recursos, é ter de facto pessoas com formações diferentes nas equipas. As formações diferentes trazem olhares diferentes nas formas de intervir, modelos de relação diferentes e isto só enriquece os nossos adolescentes, e diferentes é mesmo ter pessoas de outras áreas. Nós temos médicos, temos enfermeiros, temos assistentes sociais, precisamos de ter terapeutas ocupacionais, psicomotricistas, artes terapeutas, musicoterapeutas. Portanto, venham as pessoas das formações que vierem, é preciso mesmo é ter pessoas com outras formações para trazer outros olhares, para diversificar e enriquecer” (E11 Prof.NM).

Tal como é reconhecido ministerialmente, a escassez de psicólogos e de outros profissionais por vezes origina que à custa de não se efetuar intervenções psicoterapêuticas a prescrição de psicofármacos seja mais elevada (Ministério da Saúde, 2018).

Segundo um profissional refere, com mais recursos seria possível oferecer outro tipo de terapias.

“Passa inevitavelmente por termos mais recursos humanos. Pronto, acho que iria fazer uma diferença muito grande, podermos com mais facilidade, pedir um determinado apoio, (...) temos os miúdos que são mesmo aqui da área. Poderia eventualmente fazer sentido que viessem cá ao serviço ter uma determinada

terapia, o que agora não é possível, eu sinto que nós temos pouco para propor, além da medicação e das medidas mais do dia a dia. Para alguns miúdos isso é claramente insuficiente e, portanto, se tivéssemos recursos uma equipa multidisciplinar mais robusta poderíamos apresentar outras opções” (E18 Prof.M).

A presença de profissionais, com diferentes perspetivas origina uma maior diversificação das terapias e intervenções e consequentemente abordagens mais ricas e de encontro às necessidades das crianças.

É ressaltado ainda, por outro profissional, a não compreensão sobre a falta de investimento financeiro nos recursos humanos.

“Nós não precisamos de muitas máquinas, nós precisamos de recursos humanos, sem recursos humanos, não conseguimos implementar projetos e estar mais próximos das populações vulneráveis” (E6 Prof.M).

Ao contrário de outras especialidades que requerem um contínuo de investimentos em meios tecnológicos de última geração para diagnósticos ou intervenções, as intervenções em saúde mental baseiam-se apenas na interação humana e na capacidade de resposta e acompanhamento contínuo oferecido por profissionais qualificados. Sem um número adequado de psiquiatras da infância e da adolescência, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas e outros técnicos, torna-se impossível dar resposta às necessidades das crianças e das suas famílias.

Para além da escassez de recursos humanos foi também ressaltada a necessidade de terminar com a presença de profissionais com o seu tempo de trabalho dividido por mais que uma equipa. A presença de um técnico a tempo inteiro é considerada como facilitador para a continuidade de cuidados e para a construção de relações no seio das equipas.

“Acho que também ter técnicos divididos por menos equipas era importante. Nós nunca sabemos bem em que dias é que temos cá o psicólogo ou não, (...). Eu acho que isso podia funcionar, ter as pessoas menos partidas em termos de equipas, (...) E é difícil, e em termos de relacionamento interpessoal de relacionamento em equipa, isto também se constrói muito pelo dia a dia, de as pessoas estarem, se encontrarem, serem as mesmas e verem uma continuidade no trabalho” (E5 Prof.M).

A fragmentação dos horários dos profissionais pelas equipas afeta negativamente o funcionamento das equipas e é uma realidade de vários profissionais não médicos, incluindo assistentes sociais. Nas três equipas de ambulatório apenas uma assistente social se encontra a exercer funções a tempo inteiro numa só equipa. Esta situação é particularmente preocupante, uma vez que afeta negativamente a inserção dos profissionais nas equipas e consequentemente o seu desempenho.

O facto de os assistentes sociais não estarem integralmente disponíveis para a equipa, acarreta várias implicações: a continuidade do acompanhamento das pessoas pode ser prejudicada, gerando uma menor eficácia das intervenções e, por outro lado, limita a capacidade das assistentes sociais de participar plenamente nas discussões multidisciplinares e na construção de estratégias de intervenção: se não está presente nas instalações na equipa não é solicitada a sua intervenção.

A insuficiente alocação de recursos para esta área indicia uma subvalorização de diferentes áreas profissionais nas equipas e uma priorização desequilibrada no contexto hospitalar, onde é dada maior importância ao apoio prestado aos serviços de internamento, que consomem mais recursos humanos, em detrimento das consultas de ambulatório.

Financiamento

Uma alteração do financiamento dos serviços de saúde mental que valorize a prática dos profissionais não médicos é uma necessidade recorrente e há muitos anos falada, especialmente no contexto das equipas multidisciplinares de saúde mental.

“Ao valorizar adequadamente os profissionais não médicos, seria possível melhorar a qualidade do atendimento, oferecer intervenções mais completas e aumentar a coesão e motivação das equipas de saúde mental. Isso permitiria uma melhor resposta às necessidades complexas das pessoas, que muitas vezes beneficiam de intervenções terapêuticas não médicas, como acompanhamento psicossocial, terapia ocupacional e outros tratamentos especializados. Os conselhos de administração, infelizmente, não valorizam (os técnicos não médicos) porque há um modelo de funcionamento que, à partida, está errado, em que a primeira consulta médica arrasta o financiamento. No fundo, os hospitais ganham dinheiro é com as primeiras consultas médicas e suas subsequentes, e por isso se valoriza tanto a contratação dos médicos” (E6 Prof.M).

O financiamento da saúde mental em Portugal historicamente tem sido caracterizado por recursos limitados e com uma estrutura que prioriza a quantidade de atos médicos em detrimento da qualidade do cuidado prestado (carteira de serviços).

Este modelo de financiamento reflete uma visão “medicocêntrica”, onde o sucesso e a eficiência dos serviços de saúde mental são medidos em número de consultas realizadas pelos médicos, ignorando claramente a complexidade dos casos que exigem intervenções coordenadas entre os vários profissionais e, muitas vezes, intervenções “com tempo”, que não se coadunam com a quantidade de consultas requerida, baseada em atendimentos mais curtos e com menor profundidade.

Esta pressão para atingir as metas quantitativas origina que os médicos priorizem a quantidade de consultas realizadas, muitas vezes à custa de atividades igualmente importantes, como reuniões de equipa e discussões multidisciplinares, que são fundamentais para uma abordagem eficaz na saúde mental.

“É suposto produzir-se muito e quando digo produzir é fazer em atos. Não é necessariamente em qualidade e acho que essa é uma das maiores ameaças” (E4 Prof.NM).

Este método desvaloriza e negligencia a contribuição de outros profissionais não médicos, como psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, entre outros, cuja intervenção é essencial nos cuidados e na recuperação das pessoas.

A reforma do modelo de financiamento necessita incluir mecanismos que valorizem as contribuições de todos os profissionais e adotar novas formas de financiamento baseados em resultados, que reconheçam o impacto das intervenções realizadas por toda a equipa multidisciplinar, e não apenas o número de consultas médicas realizadas.

Para garantir do financiamento dos serviços de saúde mental seja mais justo e eficaz, é imprescindível reconhecer e valorizar a contribuição de todos os membros da equipa multidisciplinar. Isso exige que os recursos sejam distribuídos de forma equitativa, permitindo que todos os profissionais desempenhem plenamente as suas funções. Somente assim será possível oferecer um atendimento que responda adequadamente às necessidades complexas e diversificadas das pessoas e que valorize intervenções psicossociais e comunitárias.

Desenvolvimento profissional e inovação

Com base nas perceções dos profissionais, outro aspeto a melhorar é a criação de oportunidades de realizar formação contínua.

"Não sobra tempo para outro tipo de formações" (E9 Prof.M).

A formação contínua é fundamental para o desenvolvimento profissional, especialmente em áreas tão dinâmicas e complexas como a saúde mental.

No contexto das equipas de saúde mental da infância e da adolescência, a formação contínua permite conhecer as mais recentes evidências científicas, relativas a novas abordagens terapêuticas. Para além disso, promove o desenvolvimento de competências, facilitando a adaptação dos profissionais a novos desafios.

Os projetos, quer de investigação, quer de intervenção, também são encarados pelas equipas como essenciais para o desenvolvimento de respostas inovadoras, mais uma vez é realçada a ausência de tempo para os profissionais se dedicarem a estes projetos:

“Eu acho que é a falha aqui que nós temos, mas estamos submetidos a uma sobrecarga clínica que é difícil ter outro tipo de atividade, como a investigação” (16 Prof.M).

Também é expressa a preocupação com a forma como os profissionais são envolvidos na definição e implementação de novos projetos de intervenção nas equipas. Existe a percepção de que a construção dos projetos é predominantemente restrita à equipa de enfermagem e aos médicos.

“Quando se começa a definir a intervenção, ao nível dos projetos, quem é que é chamado? Maioritariamente a equipa médica, depois vêm os enfermeiros e os outros técnicos só vão sendo chamados gradualmente, conforme a necessidade, não constroem os projetos” (E12 Prof.NM).

Esta prática pode gerar sentimentos de desvalorização e frustração e originar quebras na coesão, criando divisões e diminuindo a colaboração interdisciplinar.

Diversificação das opções de atendimento

Um profissional entrevistado destacou a importância de utilizar intervenções cognitivo-comportamentais, considerando-as como abordagens mais eficazes, especialmente em períodos de tempo mais curtos, devido à sua estrutura e foco orientados para os resultados.

“Não há uma disponibilidade tão grande, muitas vezes, para acompanhamentos tão longos. E isso passa um bocado por intervenções, nomeadamente a nível psicoterapêutico, intervenções psicológicas mais da linha cognitivo comportamental, mais breves” (E1 Prof.M).

Atualmente, este tipo de terapias é frequentemente aplicado em crianças com problemas emocionais, comportamentais e com perturbações mentais, com elevada taxa de sucesso, e é considerada uma terapia de curta duração, possibilitando o tratamento de determinadas perturbações entre quatro e 16 sessões (Freire & Teixeira, 2014). É entendida como uma intervenção muito útil neste contexto em que os recursos são limitados, permitindo que mais pessoas recebam cuidados num curto espaço de tempo sem comprometer a qualidade do tratamento.

Implementação da pirâmide de organização dos serviços de saúde mental

A OMS desenvolveu um modelo que descreve a combinação ideal dos serviços de saúde mental, a Pirâmide de Organização de Serviços. Este modelo propõe a integração dos serviços de saúde mental nos cuidados de saúde gerais. Considera que a integração das respostas de saúde mental nos cuidados de saúde primários é fundamental, bem como o apoio prestado por outros níveis de cuidados de cariz comunitário e pelos serviços hospitalares.

Este modelo baseia-se no princípio, de que nenhum serviço pode satisfazer todas as necessidades de saúde mental da população e que é necessário apoio, supervisão, colaboração e partilha de informação entre os diferentes níveis de cuidados. O modelo assume também a importância do envolvimento das pessoas com perturbações mentais na sua própria recuperação (World Health Organization, 2009).

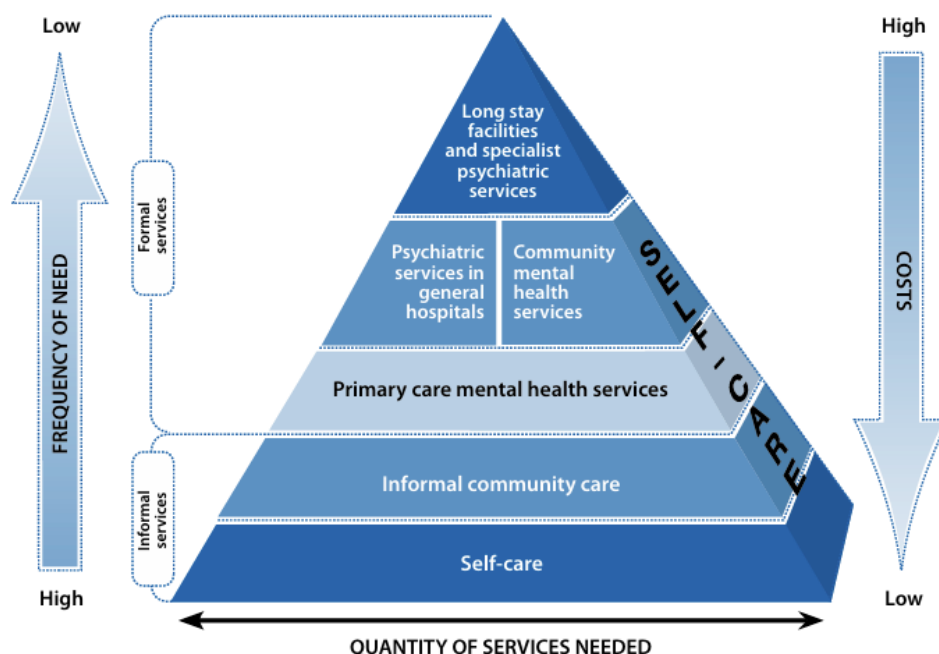


Figura 7.5 - Pirâmide de Organização de Serviços⁶⁵

A implementação eficaz da organização dos serviços de saúde mental requer uma abordagem que priorize a prevenção e a intervenção precoce, em vez de concentrar recursos e esforços predominantemente nos níveis mais altos da pirâmide, como os internamentos hospitalares e os serviços de urgência. No topo da pirâmide, os serviços de alta complexidade devem ser reservados para as situações mais graves, enquanto a base deve ser composta por estratégias preventivas e de promoção da saúde mental, que têm maior impacto em termos de custo-eficácia e resultados a longo prazo.

De acordo com um dos profissionais,

"deve haver uma cultura baseada na prevenção, e nós atuamos quando os miúdos já estão em situações gravíssimas e já passaram por múltiplas situações adversas e vamos usar o recovery, temos que começar mais cedo. A intervenção precoce e atempada é a ação com melhor relação custo eficácia e todos os governos dos países desenvolvidos sabem isto" (E6 Prof.M).

⁶⁵ (World Health Organization, 2009).

Ao se intervir em fases iniciais do cuidado, é possível evitar que muitas crianças cheguem a situações de crise, em que necessitam de internamento e tratamentos intensivos. Como é referido por outro profissional, é necessário apostar nos níveis inferiores da pirâmide.

“Os serviços hospitalares não podem ser a única resposta para o tratamento da saúde mental dos adolescentes e que a saúde pública ou a saúde dita do médico de família, a equipa comunitária, a equipa da saúde deveria ter muito mais amplitude de movimentos” (E2 Prof.NM).

Uma pirâmide da saúde mental bem estruturada coloca a maior parte dos recursos e intervenções no nível comunitário e preventivo, priorizando o apoio às famílias, as escolas e a comunidades para que estas respondam de forma mais rápida e eficaz às necessidades emocionais e psicológicas das crianças.

A leitura de um profissional, sobre a saúde mental, expressa sentimento de preocupação face ao modelo atual, considerando que este se está a mover no sentido inverso ao preconizado pela evidência científica.

“Aquilo que eu tenho sentido relativamente à área da especialidade (saúde mental da infância e da adolescência) nos últimos anos e para mim tem sido feito ao contrário, tem havido mais camas de internamento, mais investimento no serviço de urgência. E eu diria que depois isso não se vai traduzir porque acho que quanto mais camas de internamento e mais recursos forem afetos à urgência, mais as pessoas irão recorrer a esse tipo de serviços. Quando nós sabemos que o que é preciso é uma intervenção de continuidade comunitária, de prevenção” (E4 Prof.NM).

É assim destacado o desinvestimento nas interações com os cuidados de saúde primários e na intervenção comunitária. Destaca-se que nenhum dos profissionais fez menção aos cuidados prestados por serviços informais, como o autocuidado e os cuidados informais comunitários, no entanto destacaram a prevenção, que pode ser orientada para educação e sensibilização para lidar com os desafios da vida, promoção de rotinas saudáveis, apoio ao autoconhecimento, programas de saúde escolar, entre outros.

É considerado pelos profissionais que uma correta implementação da pirâmide de organização dos serviços de saúde mental, exige uma redistribuição de recursos humanos que fortaleça os níveis mais baixos, como os serviços de base comunitária e de saúde pública. No entanto, não é explícito o papel reconhecido à rede de suporte informal e às pessoas como parceiros ativos nos seus próprios cuidados.

Maior investimento no modelo comunitário de intervenção

O modelo comunitário de intervenção visa a promoção da saúde mental e bem-estar através de uma rede de apoio assente na comunidade. Pressupõe que a intervenção seja descentralizada e integrada nos contextos sociais e culturais das pessoas (Ornelas, 2015).

Como um profissional destaca:

“Precisamos de sair dos nossos gabinetes e dirigirmo-nos à comunidade, acho que a comunidade precisa de nós, mas neste momento eles também precisam de saber que recursos é que existem, as pessoas ainda continuam a achar que os serviços de saúde e, principalmente, estas consultas, penso que ainda se continua a pensar que eles vão entrar aqui numa máquina, levam dois ou três abanões e depois com dois ou três medicamentos a pessoa sai daqui melhorada e que isto é a solução para todas as dificuldades. Portanto, perceber que isto é um processo de avanços e recuos” (E4 Prof.NM).

Esta visão aponta para a urgência de criar uma ponte entre os serviços de saúde mental e a comunidade, ajudando as pessoas a compreenderem que o tratamento não é um processo rápido ou isolado, mas um caminho de avanços e recuos que requer uma rede de suporte que os apoie de forma continuada. A ideia central é que a comunidade (famílias, amigos, escolas, organizações não governamentais, entre outras) seja envolvida na construção de soluções para os problemas de saúde mental, promovendo a integração social e combatendo a exclusão.

Um profissional destaca a sua apreensão com as orientações internas no HDE, referindo que estas estão a ir na direção oposta ao que devia ser, com tendência de "fechar as equipas" e centralizar os recursos no hospital.

“Eu sinto um bocadinho em relação ao nosso departamento, que estamos a fazer o caminho inverso, enquanto os outros andam a apostar um bocadinho em abrir à comunidade, em sair para a comunidade, nós estamos a voltar exatamente ao contrário, que é fechar as equipas, reduzir as equipas, e pôr tudo no hospital, fechar todos no hospital outra vez. Eu acho que isso, para mim, não faz sentido nenhum e é um retrocesso gigantesco” (E11 Prof.NM).

As tendências atuais apontam para a expansão dos serviços para fora dos ambientes hospitalares, com o objetivo de tornar mais acessível o apoio em saúde mental. Este enfoque procura aproximar os cuidados da realidade quotidiana, promovendo uma abordagem mais integrada, preventiva e comunitária.

Promover a participação das crianças e dos familiares

A participação requer capacitação das crianças e dos familiares para se sentirem envolvidos nos processos de tomada de decisão sobre tudo o que tenha a ver com os aspetos ligados à saúde.

Incluir a visão das pessoas nos serviços de saúde mental assegura que as necessidades reais sejam tidas em consideração, que os serviços sejam acessíveis a todos e contribui para a redução do estigma associado à doença mental (Fazenda, 2008).

Segundo um dos profissionais, ainda há uma forte tendência em manter uma hierarquia entre técnicos e leigos, em que os profissionais de saúde são vistos como os únicos que "sabem o que é melhor" para os doentes, o que dificulta a inclusão da opinião dos doentes no processo de decisão.

“Para falarmos em maior envolvimento do adolescente e da família também precisamos de dizer ao adolescente e à família que, de facto, a opinião deles interessa, ainda há muito esta ideia de o poder diferencial, o poder da saúde e nós é que sabemos o que é que é melhor para as pessoas. E, portanto, as pessoas que não venham cá com invenções, que nós é que sabemos qual é que é o caminho que elas devem seguir e eu acho que isso é um longo caminho. Ou a pessoa cabe na caixa ou desencaixa” (E4 Prof.NM).

A nível individual as crianças podem participar ativamente no seu projeto terapêutico, através da discussão e tomada de decisão partilhada com os profissionais, onde definem em conjunto quais as melhores opções de cuidados. Como é dito por outro entrevistado:

“o levantamento dos interesses, perceber efetivamente as motivações, não ter os adolescentes a fazer só porque sim, porque nós, adultos, achamos que está estipulado aquilo para aquele dia. Efetivamente ouvir os adolescentes. Organizá-los, dar-lhes ferramentas para que sejam o mais autónomo no seu dia a dia. Portanto, acho que perceber o que é que eles querem e qual a sua motivação” (E7 Prof.NM).

A elaboração conjunta de um plano de cuidados com as crianças, familiares e profissionais é a única forma de garantir que as necessidades e expectativas das crianças são satisfeitas e de promover uma melhor adesão ao tratamento e, consequentemente, melhorar os resultados em saúde.

Para além desta participação, também é possível envolver as crianças, as famílias e a comunidade no planeamento e na avaliação dos serviços, através de associações de apoio às crianças com doença mental.

“Desenvolver as diferentes dimensões da comunidade, através de associações de apoio, procurar experimentar. Tenho pensado muito sobre isto, nós não temos nenhuma associação ligada à saúde mental da infância e da adolescência que no fundo dinamize e que trabalhe isto e até os próprios direitos das pessoas com doença mental e que são menores de idade e das suas famílias” (E4 Prof.NM)

Este envolvimento permite que estes contribuam com ideias e participem na tomada de decisão sobre o funcionamento dos serviços, garantindo que os serviços vão de encontro às suas necessidades (White & McCollam, 2000; Fazenda, 2008).

Neste discurso, não foi mencionada a participação das pessoas como influenciadores das políticas, uma prática que já está solidamente estabelecida em diversos países. A inclusão ativa das pessoas no processo de tomada de decisão nas áreas de saúde é essencial para garantir que as políticas respondam as necessidades reais da população e promovam abordagens centrada na pessoa com doença mental.

Fortalecer a colaboração interministerial para a promoção da saúde mental

Esta sugestão reflete o problema da necessidade de concertação para a integração da área da saúde mental em todas as políticas públicas, uma vez que esta área é profundamente afetada pela educação, habitação, emprego, família, justiça, segurança, ambiente, cultura, entre outras.

“Tem que haver saúde mental em todas as políticas, pela importância dos determinantes sociais na saúde mental das nossas crianças e adolescentes. Tem que haver uma maior coesão interministerial, que é uma coisa muito difícil em Portugal. Nós fazemos reuniões, fazemos parcerias, fazemos as nossas propostas e depois saem as propostas legislativas sem parecer da saúde mental, portanto, não funciona em Portugal. Penso que é na Noruega, há um ministério da criança e da família que integra a saúde, educação e a segurança social. Tem que haver um mistério, da criança, do jovem e da família. Tem que haver maior intervenção dos vários ministérios que têm várias pastas. Tem que haver saúde mental presente na cabeça dos políticos. Uma dificuldade atroz, tem sido uma dificuldade enorme, porque há uma bandeira, supostamente toda a gente concorda com a defesa da saúde mental, mas depois implementar... do fazer sentido ao aprovar no papel vai uma distância gigante” (E6 Prof.M).

A saúde mental da infância e da adolescência está presente em quase todas as áreas governativas e o sucesso de uma boa estratégia para a saúde mental, depende da coordenação e colaboração entre estas diferentes áreas. É também considerado pelo profissional anteriormente citado o exemplo da Noruega, que possui um Ministério dedicado à infância, juventude e família, como uma hipótese a considerar, para alcançar estes objetivos de pensar a criança como um todo.

Criar novas respostas na área da saúde mental

A falta de repostas em saúde mental e os desafios atuais da sociedade, como o uso excessivo de novas tecnologias, o isolamento social e as incertezas globais, causadas por desastres ambientais e guerras, entre outros, exigem abordagens criativas e inovadoras.

As respostas tradicionais por vezes, já não conseguem responder às novas exigências, pelo que são destacadas pelos profissionais entrevistados, novas respostas, complementares às já existentes. Um exemplo disso é a necessidade de criar hospitais de dia, com terapias intensivas para crianças com perturbações da personalidade.

“Por fim a última sugestão: necessidade de um hospital de dia (com terapias intensivas), porque cada vez são mais os problemas de personalidade, que depois se consolidam em perturbações da personalidade, mas que já aparecem sinais e podemos fazer o diagnóstico a partir dos 14 anos, por exemplo, de perturbação da personalidade borderline, que está aparecendo nos adolescentes com uma frequência muito elevada e nós não temos uma resposta. Nós queremos atender essa área, porque está sendo uma área muito complicada, com tentativas de suicídio e ingestões medicamentosas e a resposta para esse tipo de problemas é um hospital de dia e nós perdemos os recursos e está tudo parado” (E16 Prof.M).

Outro exemplo é a introdução da figura de gestor de caso, para melhor coordenação entre os diferentes serviços e profissionais envolvidos nos cuidados às crianças,

“Esta figura de gestor de caso era mesmo muito importante. Se conseguisse que alguém centralizasse as informações da rede... não conseguimos ter rede porque ninguém centraliza isto, perde-se o papel, perdem-se os contactos, perdem-se telefonemas, perde-se tudo. Eu acho que isso é muito importante” (E5 Prof.M).

Ainda uma terceira sugestão, ampliação das estruturas de ambulatório fora dos hospitais, por forma a reduzir o número de internamentos,

“era criar aquelas estruturas, não só as terapêuticas que estão em falha crassa em Portugal e que são fundamentais para os doentes, para tirar os doentes dos internamentos. Os doentes querem-se o mínimo possível internados. Apenas para situações de crise, intensificar os ambulatórios em várias destas intervenções terapêuticas (E9 Prof.M).

Em conclusão, as sugestões apresentadas pelos entrevistados destacam a urgência de aumentar os recursos humanos, diversificar as formações dos profissionais e criar novos serviços, especialmente nas áreas mais carenciadas em termos de profissionais. A necessidade de uma mudança no modelo de financiamento, que valorize todos os profissionais de saúde é vista como crucial para garantir maior empenho e motivação de todos os profissionais e, por sua vez, um atendimento mais completo e eficaz.

Além disso, a implementação de um modelo comunitário de intervenção com base na pirâmide de serviços de saúde mental da OMS, que enfatize a prevenção e a intervenção precoce evitando a sobrecarga dos serviços hospitalares, a proximidade geográfica dos serviços, a criação de novos recursos, como hospitais de dia, adesão ao modelo de gestores de caso e a integração das políticas de saúde mental com outros ministérios, são fundamentais para respostas de maior qualidade e mais eficientes.

A participação das crianças e dos familiares nas decisões sobre os cuidados de saúde mental surge também como um fator essencial para melhorar os cuidados prestados e a aceitação das intervenções. Esta inclusão, aliada a uma colaboração interministerial eficaz, poderá permitir uma abordagem mais holística e ajustada às necessidades reais das crianças e das famílias.

A criação de novas respostas inovadoras e centradas nas necessidades das crianças e das suas famílias é vital para garantir o futuro da saúde mental da infância e da adolescência.

Crianças e familiares

Neste estudo, ao abordar as percepções das crianças e das suas famílias sobre o funcionamento das equipas, procurámos identificar os principais aspetos que necessitam de melhorias, para oferecer um atendimento mais eficaz e alinhado com as necessidades expressas. As seguintes categorias sintetizam as áreas de melhoria identificadas:

Recursos materiais e humanos

Relativamente ao espaço físico onde decorrem as consultas foi mencionado que

"devem mudar a cor, é sempre a mesma cor nas salas e as janelas também podiam ser diferentes" (E5 Cç).

E relativamente à sala de espera:

"Gostava que a sala de espera tivesse jogos" (E10 Cç).

Embora possam parecer observações simples, estas sugestão sublinham a importância do ambiente físico para as crianças. A cor e a disposição do espaço têm um elevado impacto no estado emocional das crianças e na consequente adesão ao serviço. Deve ser prestada atenção às pinturas das paredes, aos cartazes afixados, à limpeza, ao espaço de espera, número suficiente de cadeiras, entre outros aspetos (World Health Organization, 2022d).

A inclusão no espaço da sala de espera, de materiais que vão ao encontro dos gostos e interesses das crianças, como jogos, reflete também a importância de criar um ambiente mais acolhedor. Ter atividades que crianças apreciam enquanto aguardam pela consulta, ajuda a melhorar a experiência de espera, mas também torna o espaço mais adaptado às suas preferências, contribuindo para uma sensação de conforto e bem-estar num ambiente que muitas vezes pode originar sentimentos de incerteza e ansiedade.

No que concerne aos recursos humanos, um familiar expressou a necessidade de investimento em recursos humanos na área da saúde mental, apresentando uma proposta ambiciosa de apetrechar as escolas com profissionais de saúde mental,

"Eu acho que toda a gente, praticamente todas as crianças, hoje em dia, deviam ser acompanhadas em saúde mental. Acho que devia haver técnicos nas escolas" (E5 Fam).

Esta sugestão sublinha a importância da intervenção precoce, defendendo a presença de profissionais de saúde mental alocados às escolas como uma medida preventiva. Tal medida permitiria, desde cedo, o acompanhamento do desenvolvimento das crianças, com especial atenção às mais vulneráveis, por forma a que pequenos problemas não evoluíssem para questões mais graves.

Esta constatação é reforçada pelo Conselho Nacional de Saúde que menciona a necessidade de investimento em profissionais qualificados, devido à escassez de pessoal em várias regiões do país, sobretudo de profissionais não médicos, considerados essenciais para a constituição de equipas multidisciplinares em saúde mental (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

Acessibilidade geográfica

A proximidade aos serviços de saúde mental da infância e da adolescência foi a sugestão mais mencionada pelos familiares. Mais de metade deles não residem no concelho de Lisboa ou nas freguesias de Loures que pertencem à área de influência do HDE, o que origina dificuldades acrescidas para os familiares se deslocarem às consultas. A necessidade de longas deslocações tem repercussões na organização diária das famílias, dificultando a conciliação entre a vida laboral e a manutenção dos acompanhamentos. Como um familiar refere,

"Sou de Sintra tive que sair à hora de almoço para vir para aqui, não dá para ela vir sozinha. À psicóloga é mais perto, vai sozinha" (E5 Fam).

A ausência de cuidados na comunidade impõe uma sobrecarga acrescida em termos económicos e de tempo para manter o acompanhamento terapêutico. Segundo um familiar

“O nosso hospital mais perto de casa não tem este apoio ao nível da pedopsiquiatria e por vezes era muito difícil faltar ao trabalho para eu ou o pai irmos com ela para Lisboa” (E1 Fam).

A situação de falta de acompanhamento torna-se ainda mais complexa em regiões periféricas de elevada distância, como é o exemplo do Algarve situado no extremo sul do país.

“As distâncias também são grandes (Algarve), tenho um hospital perto de casa, podia estar na minha área e tenho que vir para fora” (E7 Fam).

Estas desigualdades não garantem às crianças acesso equitativo ao acompanhamento em saúde mental, pelo que as sugestões de muitos familiares passam por descentralizar e expandir as redes de serviços de saúde mental da infância e da adolescência, em todas as regiões, para que usufruam de acesso mais próximo e regular aos cuidados de saúde que necessitam.

A equipa de coordenação responsável pela implementação do Plano Nacional de Saúde Mental considera que para mitigar estes efeitos é necessário descentralizar os cuidados, dotando os Serviços Locais de Saúde Mental dos hospitais mais periféricos de condições para que possam prestar cuidados de proximidade à população por eles servida, melhorando o acesso e evitando deslocações desnecessárias (Xavier, et al., 2024).

Esta falta de proximidade pode comprometer a continuidade dos cuidados, dificultar a adesão aos planos terapêuticos e aumentar as desigualdades no acesso à saúde. As populações com vulnerabilidade económica são as que mais sofrem com essa realidade.

Diversificação das opções de atendimento

A diversificação das opções de atendimento foi outro aspeto bastante valorizado pelos familiares das crianças. Consideram que é necessário implementar novas estratégias que deem resposta às necessidades por si sentidas, tais como a implementação de consultas não presenciais.

“Devia haver consultas através de teams ou teleconsulta” (E10 Fam).

Este tipo de consultas tornou-se uma realidade após a pandemia de COVID-19 e tem sido utilizado numa das equipas para efeito de triagem, mas ainda não é utilizado como prática corrente, no entanto é consensual que permite um acompanhamento mais regular e reduz o absentismo às consultas.

Além das consultas é também dito que deveria haver uma linha de apoio a funcionar durante o dia que servisse para situações de emergência ou de dúvidas.

“Durante o dia devia haver uma linha de apoio que permitisse fazer uma simples pergunta sobre a situação que está a acontecer, era bem mais simples” (E10 Fam.).

Este tipo de ferramenta, identificado pelos familiares, é encarado com um recurso para os momentos de maior necessidade e de extrema valia para situações de crise, pois permite a orientação do profissional em tempo real.

O suporte e acompanhamento aos pais é expresso pelos familiares como uma necessidade premente.

“Acho que deveria haver mais acompanhamento aos pais” (E1 Fam).

Os familiares reclamam mais investimento nas intervenções dirigidas à família para conseguirem lidar com os comportamentos e as crises das crianças.

Diminuição dos tempos de espera para primeira consulta e aumento da frequência e duração das consultas subsequentes

Os tempos de espera prolongado para uma primeira consulta tem um impacto negativo e profundo no bem-estar das crianças e das suas famílias e pode agravar as condições de saúde mental.

Como vários familiares mencionaram,

“os encaminhamentos são demorados. O tempo de resposta tem que ser mais curto” (E5 Fam).

“Meses, anos para termos consultas, nesse meio tempo as coisas vão agravando, não é bom para as crianças e para os pais” (E7 Fam).

“A minha filha está a aguardar há imenso tempo, nós lá (Algarve) não temos qualquer apoio (E3 Fam)

Embora os tempos médios de resposta para uma primeira consulta tenham registado algumas melhorias, ainda se verifica, unidades do SNS, que registam tempos médios de resposta acima dos tempos máximos de resposta garantidos (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

O desafio passa por assegurar igualdade de acesso em todas as unidades do SNS, garantindo que os tempos de espera respeitam os tempos máximos de resposta preconizados.

Uma criança, também apontou a duração e a frequência das consultas subsequentes como uma hipótese a melhorar, afirmando que:

“faz sentido as sessões serem mais próximas umas das outras [...] estamos mesmo muito mal e o médico também tem que fazer o seu trabalho, mas muitas vezes há outra consulta marcada e nós temos que ir embora” (E1 Cç).

Este discurso revela o desejo de que a duração da consulta seja ajustada às necessidades individuais e que estas ocorram com mais frequência, refletindo a preocupação com o tempo dedicado ao acompanhamento e continuidade de cuidados.

Relativamente ao tempo, as sugestões passam pela redução dos tempos de espera para a primeira consulta, aumentar o número de consultas subsequentes e garantir que as consultas são realizadas com a frequência e duração adequadas para as necessidades individuais de cada criança.

Melhoria da acessibilidade aos profissionais e às informações clínicas

O acesso direto aos profissionais é considerado frequentemente como limitado, o que dificulta a comunicação, como um familiar referiu:

“temos dificuldades em passar pelo setor do atendimento ou do médico para nós. Eu acho que um e-mail, qualquer coisa para a gente ter sempre em situações urgentes. Pedem-nos para contactarmos a urgência, mas não é caso de ir à urgência, às vezes é uma dúvida só do pai ou de uma mãe” (E9 Fam).

Este familiar faz menção a situações de cariz clínico não urgente, mas que requerem contacto com o médico, e que ficam sem resposta porque este não tem espaço em agenda para este tipo de intervenção, que pode por vezes evitar idas à urgência. É também demonstrada a necessidade de melhorar o acesso às informações clínicas.

“Melhoria do acesso a informações clínicas. Eu acho que a gente tem pouco acesso a algumas informações. Eu precisei de uma ficha clínica e eu não consegui, nem sei porquê, na gestão de doentes, mas é uma burocracia muito grande e eu falei com o médico que eu precisava de mostrar isso para a psicóloga da escola, é como se fosse um laudo⁶⁶. Eu acho que esse acesso que é muito difícil, é muito burocrático. Muitas vezes a gente não consegue exatamente o que a gente precisa, não recebi até hoje o médico não passou. A psicóloga da escola não tem acesso à informação, não consegue realmente nem um contacto com um médico” (E12 Fam).

Nesta situação o acesso a informações clínicas é fundamental para a continuidade dos cuidados, especialmente, em casos relevantes, como são a articulação com a escola.

Apesar de as informações clínicas estarem consagradas na legislação⁶⁷ como propriedade do próprio e que podem ser acedidas a qualquer momento ou ser partilhadas com outros profissionais, é perceptível que o seu acesso é dificultado por excessiva burocracia. A simplificação do acesso facilitaria a vida das pessoas e proporcionaria maior controlo sobre a sua saúde, uma vez que

⁶⁶ Expressão utilizada no Brasil, refere-se a um documento formal, técnico e detalhado, elaborado por um profissional qualificado, que apresenta pareceres. É o equivalente a um relatório clínico.

⁶⁷ A Legislação aplicável é a seguinte: Lei n.º 58/ 2019, de 08 agosto, Lei n.º 12/ 2005 de 26 janeiro e Lei n.º 26/2016, de 22agosto.

“as unidades de saúde são meros depositários da informação de saúde, devendo permitir ao utente o acesso à sua informação de saúde, salvo em circunstâncias excepcionais em que seja inequivocamente demonstrado que esse acesso pode prejudicar gravemente a sua saúde” (Entidade Reguladora da Saúde, 2024).

A acessibilidade, quer a profissionais, quer a informações clínicas, vai muito além de uma mera facilidade, trata-se de um direito que fortalece uma relação mais de igual para igual entre as pessoas e as instituições de saúde, permitindo que todos os envolvidos sejam parte integrante nas tomadas de decisão.

Criar novas respostas na área da saúde mental

A implementação do “cheque saúde mental” para crianças surge como uma resposta inovadora. Esta ideia tem como objetivo garantir que todas as crianças tenham no mínimo, a oportunidade de ter uma consulta de pedopsiquiatria preventiva.

“Como há agora os cheques dentista, cheques para a saúde mental, todos os adolescentes deviam ir lá, pelo menos a uma consulta” (E4 Fam).

Acordos com outros subsistemas de saúde para financiar terapias complementares, para que os custos sejam mais reduzidos, à semelhança do que acontece com a ADSE, são também mencionados.

“Haver convenção para as terapias, onde pudesse ir fazer motricidade, desde que houvesse convenção por exemplo com a ADSE” (E10 Fam).

As perspetivas futuras, relacionadas com a intervenção em saúde mental da infância e da adolescência, transmitem a necessidade de mudanças estruturais significativas.

As perspetivas das crianças e dos seus familiares sobre os aspetos a melhorar nas equipas de saúde mental destacam a importância de um ambiente físico acolhedor, de boa acessibilidade geográfica e da diversidade nas opções de atendimento, refletindo a necessidade de uma maior proximidade entre os serviços e as reais necessidades das pessoas.

A criação de espaços mais confortáveis, com recursos adequados e de fácil acesso, é percebida como fundamental para uma experiência de atendimento mais centrada na criança.

As sugestões dos familiares sublinham a urgência em descentralizar os cuidados e em garantir uma acessibilidade mais equitativa aos serviços, sobretudo em regiões periféricas, onde as deslocações longas e a falta de recursos locais dificultam o acompanhamento regular e a continuidade dos cuidados. A necessidade de novos modelos de atendimento, como consultas online e linhas de apoio em tempo real, é vista como uma solução prática para melhorar a acessibilidade e o acompanhamento, que evita deslocações desnecessárias e garante um suporte mais imediato em momentos de crise.

O feedback sobre a necessidade de mais profissionais nas escolas e a ideia de um "cheque saúde mental" refletem o desejo de uma abordagem mais preventiva e de longo alcance, que promova a saúde mental das crianças desde cedo e com um acompanhamento mais constante. Essas propostas vão ao encontro de um modelo mais preventivo e comunitário, que envolve diretamente os contextos de vida das crianças e oferece suporte contínuo.

As percepções das crianças e dos seus familiares oferecem uma visão clara de que a melhoria dos serviços de saúde mental passa pela personalização, proximidade e diversificação das abordagens terapêuticas. As suas sugestões apontam para a necessidade de um sistema de saúde mais acessível, inclusivo e focado nas reais necessidades daqueles que mais precisam de cuidados contínuos e preventivos.

Para concluir, destacam-se algumas diferenças significativas nas prioridades apontadas pelos profissionais e pelas crianças e familiares.

Os profissionais enfatizam a necessidade de reforçar os recursos humanos, diversificar a formação e adotar modelos de cuidados comunitários, com foco na prevenção e intervenção precoce, como recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Apontam também a importância de criar novos recursos, como hospitais de dia, e integrar políticas interministeriais, promovendo uma abordagem sistêmica para atender melhor às necessidades das crianças.

As crianças e os seus familiares, por sua vez, realçam a necessidade de personalizar os cuidados, garantindo que estes sejam ajustados às suas realidades individuais. Destacam ainda a relevância da proximidade geográfica dos serviços, de abordagens terapêuticas diversificadas e de uma comunicação mais próxima e empática.

Em síntese, enquanto os profissionais sublinham mudanças estruturais e organizacionais, as crianças e as famílias focam-se na personalização dos cuidados e na acessibilidade, evidenciando que a conjugação dessas perspectivas é essencial para um sistema de saúde mental mais eficaz e inclusivo.

A participação ativa nas decisões é vista por este grupo como essencial para aumentar a eficácia e a aceitação das intervenções propostas.

Discussão

Esta investigação centra-se na saúde mental na infância e adolescência. Nela se procurou demonstrar como as equipas de saúde mental do Hospital de Dona Estefânia, funcionam e colaboram para promover o *recovery*. Neste processo procurou-se destacar o papel do assistente social nas tomadas de decisão e na promoção de uma cultura multidisciplinar propondo sugestões de melhoria para fortalecer e otimizar o desempenho destas equipas e para garantir uma melhor resposta às necessidades das crianças e das suas famílias.

Ao longo desta investigação evidencia-se que os conceitos de saúde e doença mental têm evoluído significativamente ao longo dos anos, sendo a saúde mental profundamente influenciada por fatores biopsicossociais e culturais. A adolescência surge como uma fase crucial no desenvolvimento humano, marcada por vulnerabilidades e riscos, mas também por oportunidades únicas para intervenções precoces que podem ter impacto duradouro. Nesse contexto, a abordagem *recovery* destaca-se como uma estratégia inovadora, que promove o *empowerment*, a autodeterminação, a inclusão social e a esperança, adaptando-se de forma sensível às necessidades específicas de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental.

As políticas de saúde mental em Portugal refletem esta evolução, transitando de um modelo de segregação para uma abordagem centrada na pessoa e na comunidade. Reformas marcantes, como a desinstitucionalização após o 25 de abril, o reforço dos cuidados para a infância e adolescência e a priorização da saúde mental em resposta à pandemia de COVID-19, evidenciam um compromisso crescente com a humanização dos cuidados, a integração social e a promoção de abordagens multidisciplinares. Dentro deste panorama, o Serviço Social assume um papel essencial, articulando intervenções integradas entre saúde, educação, justiça e redes de apoio, para responder de forma abrangente às necessidades psicossociais, especialmente na infância e na adolescência.

O Hospital de Dona Estefânia, enquanto referência histórica na saúde pediátrica em Portugal, reflete a complexidade das equipas de saúde mental, caracterizadas pela integração multidisciplinar e pelas dinâmicas de poder e saber entre os profissionais. Essa configuração sublinha tanto a riqueza como os desafios de assegurar uma colaboração eficaz entre as diversas especialidades envolvidas no cuidado às crianças e suas famílias.

A metodologia desta investigação incluiu uma abordagem de investigação-ação que integra prática e teoria, com a utilização de entrevistas semiestruturadas, observação participante e análise documental.

Os dados foram analisados com rigor, seguindo métodos de análise de conteúdo e apoiados por ferramentas como o MAXQDA, assegurando uma interpretação robusta e organizada das informações. O estudo, de caso intrínseco e descritivo, concentrou-se nas equipas multidisciplinares de saúde mental da infância e adolescência do Hospital de Dona Estefânia, bem como nas crianças acompanhadas e nos seus familiares. A amostra intencional garantiu a inclusão de diversas perspetivas, promovendo uma visão rica e abrangente. Para assegurar a ética e a integridade da investigação, foram adotadas medidas rigorosas de proteção de dados, como o consentimento informado, a pseudonimização das informações e a implementação de medidas de segurança.

Este percurso metodológico e investigativo reafirma a importância de integrar abordagens humanizadas e centradas na pessoa, em contextos de saúde mental, especialmente no atendimento a crianças e adolescentes, reforçando a necessidade de políticas inclusivas e práticas que promovam a autonomia, o bem-estar e a qualidade de vida.

Os resultados demonstram que as equipas de saúde mental da infância e da adolescência são caracterizadas por integrarem um grupo de profissionais de mais do que uma área, que coordenam os seus conhecimentos para a prestação de cuidados aos doentes (Farrel, Schmitt, & Heinemann, 2001), ou diferentes profissionais que partilham objetivos comuns, mas dão uma contribuição diferente e complementar (M. Marshall, Preston, Scott, & Wincott, 1979). Apresentam um funcionamento que valoriza a interdisciplinaridade, onde a colaboração dos diferentes profissionais é assumida como essencial.

A perceção dos profissionais acerca da saúde mental transcende o âmbito exclusivamente clínico, patológico, sendo entendida como uma construção social que reflete as dinâmicas culturais, sociais e económicas do contexto em que as crianças se inserem, assim como as políticas desenvolvidas para responder a essas problemáticas. Esta perspetiva evidencia a necessidade de uma abordagem integrada, em que os contributos de diversas áreas do conhecimento se complementam para oferecer cuidados de saúde mais abrangentes e eficazes.

Ao longo dos anos, as equipas multidisciplinares têm-se adaptado para responder aos desafios impostos pela evolução das políticas de saúde mental e pela crescente complexidade das situações vivenciadas pelas crianças e suas famílias. Estas transformações refletem a necessidade de adaptação das equipas a novas exigências incorporando um modelo comunitário sistémico (Marques, Maia, Ratinho, & Correia, 2023; Xavier, et al., 2024), de prestação de cuidados diferenciados em saúde mental da infância e da adolescência, enquanto procuram conciliar as limitações dos recursos disponíveis com as necessidades emergentes.

Neste contexto a interdisciplinaridade assume um papel importante nestas dinâmicas, sendo necessário recorrer a diferentes perspectivas disciplinares para perceber a complexidade das situações, objetivo de discussão (O. Pombo, 2004). A interdisciplinaridade é um fator integrador do conhecimento e dos diagnósticos e um fator promotor da colaboração dos profissionais na equipa, com impactos positivos nas crianças e nas suas famílias.

Embora a interdisciplinaridade seja fundamental, também é fonte de desafios. Alguns destes desafios prendem-se com conflitos acerca das intervenções, os quais podem gerar desequilíbrios de poder, comprometer a qualidade dessas mesmas intervenções e ter impacto negativo na motivação e na satisfação dos profissionais. A análise do funcionamento das equipas de saúde mental da infância e adolescência só é possível se conhecermos quem lá trabalha, as suas funções, como é que se relacionam e a liderança (Carvalho Ferreira, Neves, & Caetano, 2011).

As equipas de ambulatório de saúde mental da infância e da adolescência do Hospital de Dona Estefânia revelam uma constante adaptação e evolução, impulsionada pela diversidade de profissionais que as constituem e pela complexidade das situações com que as equipas se deparam.

Os resultados demonstram que a interdisciplinaridade é um pilar fundamental das equipas, uma vez que integra os conhecimentos especializados das diferentes áreas profissionais, e evidencia a relevância da partilha de saberes e da cooperação entre as diferentes áreas do conhecimento (abordagem holística).

A colaboração interdisciplinar ultrapassa a simples divisão de tarefas, não depende apenas da competência técnica de cada profissional, mas do diálogo constante e da capacidade de trabalharem em conjunto, sempre com o foco nas necessidades das crianças e das suas famílias (Friedman, 1987).

Apesar dos benefícios evidentes da interdisciplinaridade, a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos e materiais e a ausência de tempo para reflexão coletiva tornam-se barreiras recorrentes. Estas dificuldades têm impacto negativo na qualidade da comunicação entre profissionais, restringindo momentos para reuniões regulares ou interações mais informais que poderiam facilitar o alinhamento de estratégias. Esta limitação torna-se um desafio num contexto onde a colaboração é essencial para lidar com a complexidade das situações.

Adicionalmente, a centralização do poder decisório nos médicos, na forma de produção de cuidados, na divisão do trabalho e na organização do serviço, uma herança da cultura hospitalar (Carapinheiro, 2005), mantém-se como um fator de desmotivação e frustração para os profissionais não médicos, reduzindo a sua participação nas tomadas de decisão, especialmente quando se trata de produção de cuidados, divisão do trabalho e organização e gestão do serviço.

Embora exista esforços para promover um ambiente participativo, a percepção de que os chefes de equipa (médicos) nem sempre possuem características eficazes de liderança, perpetua a insatisfação. É esperado que haja um coordenador que promova a colaboração no seio da equipa, que analise o funcionamento da equipa (Marques, Maia, Ratinho, & Correia, 2023), promova o diálogo entre as diferentes áreas garantindo que todos os profissionais, independentemente da sua área de especialização, têm a oportunidade de contribuir plenamente com as suas competências e experiências (D'Amour & Oandasan, 2005) e defenda a interdisciplinaridade.

Essa estrutura hierárquica e a divisão de funções refletem-se também na dinâmica interna das equipas, dificultando a integração plena das contribuições de outros profissionais, como os assistentes sociais.

A hierarquização do conhecimento e a predominância do saber biomédico limitam a visibilidade do Serviço Social, frequentemente visto como um suporte adicional em vez de uma componente central das estratégias de cuidado. Tal percepção é reforçada pela tendência das crianças e das famílias associarem os cuidados de saúde mental exclusivamente aos médicos, negligenciando as contribuições dos assistentes sociais e de outros profissionais.

Contudo, a relevância do Serviço Social é inquestionável, especialmente devido à sua capacidade de lidar com a complexidade inerente às intervenções em saúde mental, que envolvem fatores individuais, familiares e comunitários (P. Silva, 2024).

Neste contexto as responsabilidades do assistente social nas tomadas de decisão e na promoção da cultura multidisciplinar, são evidentes. Estes profissionais destacam-se pela capacidade em mobilizar recursos e mediar relações entre as crianças e as suas famílias e as redes sociais de suporte informais e formais, proporcionando funções essenciais como o apoio emocional, o aconselhamento, a interação positiva, o reforço da confiança, a orientação, a expressão de sentimentos de pertença, a socialização, a integração social, a ajuda material, a informação, a partilha de atividades, entre outras (Guadalupe, 2009). Estas responsabilidades estão incluídas nos atos profissionais do assistente social⁶⁸, conforme estabelecido pela Lei que regula a Ordem dos Assistentes Sociais (Associação dos Profissionais de Serviço Social, 2018).

As competências profissionais nesta área permitem-lhe identificar as necessidades específicas de cada criança e relacioná-las com os recursos mais adequados, garantindo que as diferentes dimensões: económica, cultural, familiar, escolar, comunitária, entre outras, são considerados nas estratégias de apoio (Almeida, 2001).

⁶⁸ No Art.º 64-A da Lei n.º 66/2023 de 07 de dezembro, Alteração à Lei n.º 121/2019, 25 setembro, que cria a Ordem dos Assistentes Sociais e aprova o respetivo Estatuto.

A sua intervenção é direcionada para “ajudar” as pessoas e os seus ambientes a ultrapassar obstáculos que inibem o desenvolvimento de capacidades. É uma ação estratégica que procura respostas para as necessidades individuais, que emergem no mundo da vida, ao mesmo tempo que medeia e transforma as relações no âmbito dos sistemas formais, que constituem o mundo dos sistemas (Faleiros, 2002). Este processo também exige o reconhecimento de que o bem-estar das crianças não pode ser alcançado sem se considerar as influências exercidas pelos sistemas sociais, culturais e ambientais, adaptando-os para melhor responderem às realidades vividas pelas pessoas (Gitterman & Germain, 2008).

A finalidade da intervenção dos assistentes sociais é a capacitação das crianças e das famílias para lidarem com problemas do seu quotidiano e para terem capacidade de encontrar estratégias para os resolver, sobretudo nas questões relacionadas com a educação, comportamento, reforço dos laços entre as redes formais e informais, entre outros. A capacitação só pode ser alcançada promovendo a participação ativa das crianças e das suas famílias, envolvendo-as na definição do projeto terapêutico e na avaliação das intervenções, sempre com respeito pela sua vontade e autonomia. A responsabilidade ética, neste contexto, é um pilar essencial em todo o processo de intervenção. Trata-se de uma ação profissional ética não só de promoção de direitos e de justiça social, mas também de proteção, de cuidar, de olhar (Associação dos Profissionais de Serviço Social, 2018).

Concomitantemente o assistente social tem um papel fundamental na dinâmica processual da equipa quando contribui para a realização do diagnóstico social, assume a defesa dos direitos das crianças e das famílias, responsabiliza-se pela intervenção, efetua mediações multiníveis entre as redes pessoais e profissionais, participa na implementação de projetos comunitários e na mediação cultural.

A participação dos assistentes sociais nas equipas de saúde mental oferece uma abordagem do todo, em que a complementaridade de saberes, incluindo nomeadamente os que respeitam à dimensão social, proporciona soluções mais ajustadas às realidades complexas das crianças.

Uma das áreas identificada como de maior contribuição do assistente social é o trabalho em rede e a mobilização de recursos comunitários (Ribeirinho & Teles, 2022), que permite que as intervenções sejam mais concretas e direcionadas às necessidades básicas das crianças. O assistente social é reconhecido pelos demais profissionais como alguém persistente e com uma forte capacidade de articulação interinstitucional, que atua como um facilitador indispensável entre o sistema de saúde, as famílias e a comunidade, garantindo uma rede de suporte que vai além do hospital. A intervenção do Serviço Social é plural e por isso não se foca só na identificação / avaliação das necessidades das crianças, mas também colabora nas decisões previamente tomadas por outros membros da equipa.

Em algumas situações, o assistente social pode simplesmente adotar as diretrizes estabelecidas pela equipa ou por outro profissional, sem ter plena autonomia para propor intervenções. Esta ambiguidade sugere que, embora o assistente social tenha um papel importante na articulação de recursos e no apoio às crianças e famílias, a sua capacidade de influenciar diretamente as tomadas de decisão pode ser limitada, funcionando mais como um executor das decisões coletivas da equipa multidisciplinar ou da sua chefia.

O assistente social é também destacado como um elemento crucial ao assumir uma participação ativa na intervenção e na tomada de decisão, muitas vezes com um papel de consultor e até de liderança, especialmente em situações que envolvem dilemas éticos e legais relacionados com a proteção da criança. No entanto, a responsabilidade pela proteção de crianças e jovens em perigo deve ser assumida de forma partilhada por todos os intervenientes no processo, em vez de se criar uma dependência excessiva do assistente social. Este, ao definir e tentar “controlar” o processo de intervenção, pode inadvertidamente reforçar uma dinâmica de centralização da responsabilidade, o que, por sua vez, facilita a desculpabilização dos outros profissionais pelo que não foi feito. Essa centralização pode desviar a responsabilidade coletiva que deveria ser partilhada por toda a equipa, enfraquecendo a abordagem multidisciplinar e colaborativa que é essencial para uma proteção eficaz e integral dos menores em risco (Bandeira, 2017).

O assistente social procura que as decisões tomadas em equipa sejam equilibradas, considerando tanto as necessidades clínicas quanto as condições sociais dos utentes, promovendo assim uma abordagem verdadeiramente biopsicossocial. Além disso, a sua atuação como mediador cultural é fundamental para garantir que as intervenções realizadas pela equipa respeitem as tradições, os valores e as particularidades das diferentes comunidades. Este papel enriquece a abordagem multidisciplinar e promove uma compreensão mais profunda da diversidade cultural, contribuindo para uma intervenção mais inclusiva e eficaz.

A visão da equipa sobre o papel do assistente social reflete a importância deste profissional na construção e sustentação de uma verdadeira cultura multidisciplinar. Através da sua mediação e articulação o assistente social não só facilita a integração das diferentes abordagens, mas também contribui para que o foco do trabalho em equipa permaneça centrado nas necessidades globais e complexas crianças e das suas famílias.

Já no que diz respeito às perceções dos profissionais, das crianças e dos familiares sobre a intervenção das equipas de saúde mental, os significados atribuídos à saúde mental, a participação das crianças e das famílias na tomada de decisão, a abordagem *recovery* e os aspetos a melhorar, foi evidente que embora existam significados partilhados entre estes grupos também emergem diferenças substanciais nas suas perspetivas.

Nos significados de saúde mental, os profissionais da equipa tendem a adotar uma visão mais holística e técnica, realçando o bem-estar biopsicossocial, equilíbrio emocional e resiliência. Já as crianças e familiares focam-se em aspetos mais práticos, como o bem-estar psicológico, autocontrolo e o desempenho nas suas atividades quotidianas. Esta disparidade reflete as diferenças de experiências e expectativas, sugerindo que uma intervenção eficaz deve articular ambas as perceções para promover um atendimento mais centrado na criança.

Além de articular estas diferentes perceções, é fundamental reconhecer que a inclusão ativa das crianças e das suas famílias no processo de definição do conceito de saúde mental promove uma abordagem mais colaborativa e centrada na pessoa, em que as intervenções são personalizadas e sensíveis à individualidade da criança e da sua família (Slade, 2011). A colaboração ativa no processo de tratamento aumenta a probabilidade de sucesso, especialmente quando os utentes percebem que as suas preocupações e prioridades são respeitadas. Isto pode ser feito através de consultas regulares, sessões de feedback e momentos formais de partilha de informação, em que as crianças e as suas famílias possam expressar as suas preocupações e dificuldades, ajudando a ajustar o projeto terapêutico.

Ao adotar-se uma abordagem integrada, que combine os conhecimentos dos profissionais com a visão prática e imediata das crianças e das suas famílias, os serviços de saúde mental podem não só melhorar a qualidade do atendimento, mas também aumentar a eficácia das intervenções (Deegan, 1997).

A perceção das crianças e familiares sobre as equipas revelou que, apesar da natureza multidisciplinar das mesmas, a maioria dos entrevistados associa o acompanhamento exclusivamente à medicina, ao psiquiatra da infância e da adolescência. Esta visão limitada indica que a contribuição de outros profissionais, como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas, muitas vezes não é compreendida. Isso pode ser atribuído à visão de que cuidados de saúde mental da infância e da adolescência são prestados em consultas médicas, com crianças e familiares a desconhecerem a existência de outras formas de intervenção terapêutica complementar.

As famílias reconhecem os contributos de outros técnicos e a sua importância, mas não os classificam como “tratamento” ou “terapia”, visto como competência exclusiva dos médicos. Esta perceção sugere a necessidade de se apostar na comunicação sobre a estrutura e funcionamento das equipas, de modo a clarificar a intervenção de cada profissional. Uma forma possível de abordar esta questão seria oferecer, no início do acompanhamento, informação acessível sobre a carteira de serviços existentes, incluindo as funções e intervenções específicas de cada membro da equipa multidisciplinar.

No estudo efetuado foi também possível perceber que a participação das crianças e das suas famílias nas tomadas de decisão, é incipiente. A análise demonstrou que, embora estes sejam informados sobre os projetos terapêuticos, participação ativa ainda é limitada. As crianças são consultadas, mas não influenciam as decisões, pois esta permanece sobretudo nas mãos dos profissionais e dos familiares, especialmente quando analisamos as crianças mais novas. Este cenário revela um desequilíbrio que limita o protagonismo das crianças no seu próprio processo de recuperação, algo que contraria os princípios da abordagem *recovery*, que propõe uma participação mais ativa e emancipadora (Friesen, 2007; Oswald, 2006).

No que diz respeito às responsabilidades das equipas de saúde mental no processo de *recovery*, constatou-se um desconhecimento sobre o conceito, quase generalizado entre os profissionais e total entre as crianças e famílias. Embora os princípios desta abordagem como a conexão, o estabelecimento de uma identidade positiva e a esperança no futuro, tenham sido expressos pelos profissionais, eles acabam por se diluir na prática, especialmente o *empowerment* e o significado mais profundo de recuperação. Este cenário sugere que para implementar o *recovery* de forma eficaz, é indispensável não apenas sensibilizar as equipas, mas também criar condições estruturais e formativas que viabilizem a sua prática (Fazenda, Castelão, Costa, & Silva, 2024).

A implementação de *recovery* requer mudanças na forma de intervir, no modelo de intervenção, passando de um modelo psicodinâmico para um modelo sistémico. É importante fomentar a curiosidade sobre as interações entre as pessoas e entre estas e o ambiente, com foco no que está a acontecer e no que pode ser transformado, em vez de se atribuir responsabilidades sobre quem deveria ser alterado (Gitterman & Germain, 2008). Este ajuste implica orientar a intervenção para a promoção de uma participação ativa e significativa das pessoas, indo além do mero controle dos sintomas. Tal abordagem exige que as equipas adotem uma cultura que valorize o protagonismo das crianças no seu próprio processo de recuperação, algo que atualmente parece limitado pela centralização das decisões nos profissionais. Assim, torna-se fundamental que as instituições de saúde mental invistam em formação contínua, capacitando os profissionais para trabalharem sob este paradigma e desenvolvendo estruturas que integrem o *recovery* como parte essencial do tratamento, permitindo que as pessoas adquiram maior autonomia e voz ativa nas suas trajetórias de saúde.

Além disso, verifica-se uma lacuna no envolvimento da sociedade civil e uma participação insuficiente nos serviços de saúde mental. Para enfrentar este desafio, os serviços deveriam promover a criação de mecanismos que assegurassem a participação direta das crianças e das famílias, como reuniões específicas, onde as crianças e os familiares possam expressar as suas preocupações e influenciar diretamente os processos de tomada de decisão.

Os profissionais estão conscientes da necessidade urgente de mudanças, destacando a importância de repensar o modelo de funcionamento das equipas de saúde mental, através de uma maior aposta no envolvimento comunitário, descentralização dos serviços, revisão do financiamento, maior alocação de recursos humanos e consequente diversificação das formações dos profissionais, participação ativa das crianças e das suas famílias e descentralização de cuidados, de acordo com a perspetiva sistémica, e em alinhamento com o conceito de *recovery*.

Para que as equipas de saúde mental da infância e adolescência possam atingir todo o seu potencial, é necessário continuar a investir no fortalecimento da cultura de cooperação, na valorização de todos os profissionais e na promoção de um modelo de cuidados que vá além das paredes do hospital. Este modelo deve se focar na prevenção, no acompanhamento contínuo e na integração com a comunidade, melhorando assim a qualidade de vida das crianças e das suas famílias.

A descentralização dos serviços e a integração de cuidados comunitários podem ser viabilizadas através de parcerias com instituições locais, iniciativas de prevenção em saúde mental nas escolas e protocolos que garantam comunicação eficaz entre os serviços hospitalares e as redes de apoio. O reforço do financiamento, com maior alocação de recursos, permitirá melhorar a formação contínua, diversificar as equipas multidisciplinares e melhorar o acesso a ferramentas para um acompanhamento mais personalizado e centrado na pessoa.

Promover a participação ativa das crianças e das suas famílias nas tomadas de decisão é crucial. Isso pode ser operacionalizado por meio da criação de espaços de diálogo, como reuniões familiares e “grupos de pais” participativos, ferramentas de comunicação digital, como consultas por videoconferência e linhas de apoio, que aumentam a acessibilidade e o envolvimento.

Por fim, as sugestões de melhoria identificadas pelas crianças e pelos familiares evidenciam a necessidade de descentralizar os cuidados, melhorar a acessibilidade geográfica e diversificar as formas de atendimento, como consultas online e linhas de apoio. Integrar estas mudanças poderá transformar as equipas de saúde mental, tornando os serviços mais inclusivos, acessíveis e centrados nas necessidades reais das crianças e das suas famílias.

A implementação da abordagem *recovery* nas equipas de saúde mental da infância e adolescência enfrenta diversos desafios estruturais, organizacionais e culturais. Um dos principais obstáculos é o funcionamento das equipas em contextos hospitalares, centrados no modelo clínico, o que contrasta com a visão comunitária de *recovery* (Deegan, 1997; Duarte, 2007), que enfatiza a integração social e a inclusão ativa das crianças nos seus contextos de vida.

Adicionalmente, o número reduzido de técnicos e horários de profissionais a tempo parcial nas equipas, dificultam a formação de equipas multidisciplinares completas, comprometendo a continuidade e a qualidade dos cuidados.

A hierarquização rígida, onde o médico assume a liderança nas decisões clínicas e administrativas, limita a participação de outros profissionais (Carapinheiro, 2005) e prejudica uma abordagem mais inclusiva e colaborativa, essencial ao *recovery*.

Outro desafio significativo é a falta de interdisciplinaridade efetiva, devido à sobrecarga de trabalho, falta de tempo para reflexão coletiva e interação entre os profissionais. Embora a interdisciplinaridade deva, em teoria, promover uma intervenção holística, a ausência de coesão e diálogo compromete a aplicação de abordagens integradas, como aquelas centradas no contexto, nas narrativas individuais e nos determinantes sociais (Khoury, 2020).

Para integrar a abordagem *recovery*, é necessário descentralizar o poder nas equipes, permitindo que profissionais como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas assumam papéis mais relevantes nas decisões terapêuticas. Este esforço deve ser acompanhado por um reequilíbrio do poder (Jacobson & Greenley, 2001), entre os diferentes profissionais e as crianças e as famílias, através do reforço da participação ativa destas últimas e reconhecendo-as como parceiras ativas e informadas sobre as decisões clínicas, organizacionais e políticas (Organização Mundial de Saúde, 2002).

Além disso, é urgente enfrentar barreiras estruturais, como a falta de articulação com serviços comunitários e a ausência de modelos integrados de acompanhamento. A criação de redes de apoio comunitário, a implementação de consultas online e linhas de apoio são passos importantes para melhorar a acessibilidade e promover intervenções adaptadas às dinâmicas das famílias e comunidades.

Este modelo deve abranger não apenas dimensões clínicas, mas também sociais e comunitárias, garantindo cuidados mais humanizados, inclusivos e centrados nas necessidades reais dos utentes, como preconizado pela abordagem *recovery*.

Neste estudo, foram identificadas tanto potencialidades quanto limitações, refletindo a complexidade de analisar as práticas e dinâmicas das equipes de saúde mental da infância e adolescência. Uma das principais contribuições da investigação reside na capacidade de revelar uma realidade que, até agora, tem permanecido amplamente oculta, inacessível e pouco explorada. Focando-se no contexto específico do Hospital de Dona Estefânia, a investigação fornece uma compreensão detalhada e crítica das práticas, dinâmicas e desafios vivenciados pelas equipes de saúde mental da infância e da adolescência e pelas crianças e famílias que aí recorrem.

Ao abordar questões frequentemente negligenciadas, esta investigação contribui significativamente para a ampliação do conhecimento científico, oferecendo uma nova perspectiva sobre os desafios enfrentados por profissionais, crianças e suas famílias no campo da saúde mental. Para além disso ao destacar esta realidade, a investigação cumpre um papel fundamental na sensibilização da comunidade científica e dos decisores políticos para a necessidade de investir em práticas mais inclusivas, acessíveis e eficazes.

Esta abordagem não apenas destaca a relevância das equipas multidisciplinares, mas também evidencia lacunas e oportunidades de melhoria, criando um espaço para a discussão de políticas públicas mais robustas e de modelos de intervenção mais adaptados às necessidades das crianças e das suas famílias.

No entanto, como se trata de um estudo de caso, há limitações que devem ser consideradas ao interpretar os seus resultados. A investigação foi realizada num contexto específico, o que impede a generalização dos resultados para outros serviços de saúde mental ou regiões do país. As dinâmicas das equipas multidisciplinares podem variar de instituição para instituição consoante os diferentes recursos e políticas organizacionais.

Adicionalmente, as restrições de tempo e recursos para a realização deste estudo, limitaram a possibilidade de um acompanhamento longitudinal, que poderia oferecer uma visão mais aprofundada sobre a evolução das equipas multidisciplinares e a integração das práticas de *recovery*. Esta limitação sugere a necessidade de futuras investigações que aprofundem a produção de conhecimento, permitindo explorar de forma mais detalhada a implementação dessas práticas e a sua eficácia ao longo do tempo ou formas de fortalecer a participação das crianças e das suas famílias, de modo a assegurar que as suas vozes são devidamente integradas na organização dos serviços e nos projetos terapêuticos.

Por fim o facto de ser investigadora a exercer funções numa equipa de saúde mental, originou uma oportunidade única para confrontar as “aparências do senso comum” provenientes da minha prática e a necessidade de “uma verificação cientificamente controlada” (Capucha, 2024), permitindo um conhecimento mais aprofundado da realidade estudada e facilitando o acesso ao campo da investigação.

Para alterar o atual cenário da saúde mental e promover uma transformação significativa, é essencial implementar mudanças estruturais e organizacionais, em forma de propostas que abranjam múltiplos níveis, desde o macro até ao micro.

A nível macro, que corresponde ao contexto social mais vasto, que tem impacto no microsistema da criança, determina os contextos sociofamiliar, cultural e ambiental em que a criança se desenvolve (Howe & Betts, 2011), é fundamental implementar transformações sistémicas e políticas, começando pela implementação das políticas públicas de saúde mental, da escrita à realidade. Reconhecer a saúde mental como um direito universal, acessível a todos., integrando-a nas principais esferas da sociedade, como educação, emprego e serviços da comunidade. Isso requer um investimento robusto em infraestruturas, formação de equipas multidisciplinares, com profissionais adstritos a tempo inteiro que proporcionem uma carteira de serviços abrangentes e garantindo que existam assistentes sociais em número suficiente para responder às crescentes necessidades das famílias.

Além disso é indispensável promover a colaboração interministerial e intersectorial, saúde, educação, trabalho, segurança social e justiça para garantir uma resposta mais integrada e uma melhor articulação entre as políticas e os serviços. Também se deve priorizar estratégias de prevenção em saúde mental, com o foco não apenas na redução do impacto da doença no futuro, mas também na melhoria da qualidade de vida e na criação de bases sólidas de saúde mental para as futuras gerações.

A nível meso, refere-se à interação e às relações entre os diferentes elementos do microsistema (Howe & Betts, 2011), torna-se importante fortalecer redes locais eficazes. Parcerias entre os serviços de saúde mental e organizações locais, como escolas, associações e outras instituições comunitárias, devem ser incentivadas para promoverem intervenções conjuntas e de proximidade. A integração do Serviço Social nos protocolos de funcionamento das equipas multidisciplinares deve ser uma prioridade, assegurando que estes profissionais participem ativamente das decisões clínicas e terapêuticas. É também necessário envolver a comunidade em ações de prevenção da saúde mental, de promoção da literacia em saúde mental e ações de sensibilização que reduzam o estigma associado à doença mental e incentivem a procura de apoios.

A nível micro, corresponde ao ambiente imediato da criança (Howe & Betts, 2011), sendo essencial promover a participação das crianças e das suas famílias nesse contexto. Espaços de diálogo, como reuniões de utentes e grupos de apoio familiar, devem ser criados para garantir que crianças e familiares sejam ouvidos e participem das decisões terapêuticas. O acompanhamento personalizado, adaptado às necessidades individuais e baseado nas narrativas dos utentes, deve ser priorizado, reforçando o *empowerment* e o protagonismo no processo de recuperação.

A capacitação contínua das equipas de saúde mental é crucial para fortalecer a interdisciplinaridade e aplicar modelos centrados na pessoa, integrando tecnologias como consultas online e linhas de apoio para ampliar a acessibilidade e promover a continuidade dos cuidados. Os profissionais devem receber formação contínua, não apenas em competências técnicas, mas também em habilidades de colaboração e autocuidado.

A supervisão e a intervenção devem ser práticas regulares, oferecendo espaços de reflexão coletiva para lidar com casos complexos e prevenir o *burnout*. É importante que os profissionais tenham apoio para gerir as múltiplas exigências, reuniões de equipa e intervenções em diferentes contextos estratégias para melhorar a eficiência e equilibrar a organização dos tempos de trabalho. Garantir capacitação e supervisão contínua para os assistentes sociais, com programas de formação que contemplem novas metodologias e práticas inovadoras em saúde mental.

Paralelamente, deve-se aumentar a autonomia dos assistentes sociais nas decisões terapêuticas e organizacionais, reduzindo a dependência de validações hierárquicas. Isso incentivará uma abordagem mais proactiva e criativa por parte dos profissionais. A proximidade com as famílias deve ser intensificada, criando espaços regulares de diálogo para compreender melhor as suas necessidades e expectativas, promovendo assim uma intervenção mais personalizada e centrada no *empowerment*.

Outro ponto essencial é o desenvolvimento de projetos específicos que favoreçam a inclusão social das crianças e suas famílias, como atividades culturais, desportivas e educacionais adaptadas às realidades locais. Estas iniciativas podem promover o bem-estar e combater o isolamento social, reforçando as competências das crianças para lidar com os desafios do dia a dia.

Ao implementar estas mudanças de forma integrada, será possível avançar para um sistema de saúde mental mais humanizado, inclusivo e centrado na criança. Este objetivo requer esforços coordenados nos níveis macro, meso e micro, valorizando tanto as políticas públicas e estratégias comunitárias e as práticas quotidianas das equipas, bem como a experiência vivida pelas crianças e pelas suas famílias. A adoção da abordagem sistémica, que enfatiza a interação recíproca entre as crianças, as famílias e a comunidade, reforça a importância de uma intervenção integrada e adaptada às realidades vividas (Gitterman & Germain, 2008).

O Serviço Social desempenha um papel crucial como mediador entre o mundo dos sistemas e o mundo da vida, promovendo interações recíprocas que possibilitam a adaptação dos sistemas à realidade vivida pela criança e o fortalecimento das redes sociais de suporte comunitário. Por fim, a monitorização e avaliação contínua são indispensáveis para assegurar que as mudanças implementadas resultam em melhorias efetivas para o bem-estar das crianças e das famílias.

Conclusão

Este estudo trouxe importantes contribuições ao conhecimento sobre o funcionamento das equipas de saúde mental na infância e adolescência, com foco na interdisciplinaridade, no papel do Serviço Social e nos desafios e potencialidades da abordagem *recovery*. As análises realizadas evidenciaram aspetos inovadores e desafiantes que merecem atenção no contexto de investigação e prática em saúde mental.

Reconhecimento do Serviço Social como elemento central, mas subvalorizado. Uma das principais inovações deste estudo foi a ênfase na relevância do Serviço Social como um elemento fundamental nas equipas multidisciplinares de saúde mental. Historicamente associado ao suporte complementar, este estudo destacou o potencial do Serviço Social como mediador entre as necessidades individuais das crianças e famílias (o "mundo da vida") e as respostas institucionais e políticas (o "mundo dos sistemas"). O papel do assistente social foi reconhecido como essencial para promover conexões entre serviços hospitalares, redes comunitárias e familiares, garantindo que dimensões como a económica, cultural, escolar e comunitária sejam integradas nas estratégias de apoio. Contudo, o estudo revelou uma subvalorização das competências dos assistentes sociais nas equipas, frequentemente vistos como executores de orientações de outros profissionais, em vez de participantes ativos no processo de decisão. Esta constatação chama a atenção para a necessidade de redesenhar os modelos de intervenção, atribuindo maior autonomia e visibilidade ao Serviço Social.

Barreiras estruturais à interdisciplinaridade, embora a interdisciplinaridade seja amplamente reconhecida como um pilar das equipas de saúde mental, o estudo revelou que a sua implementação enfrenta barreiras significativas. A centralização do poder nos médicos, que muitas vezes acumulam funções de chefia, contribui para uma hierarquia rígida que dificulta a verdadeira colaboração entre as diferentes áreas profissionais. Essa hierarquia, juntamente com a sobrecarga de trabalho e a escassez de recursos humanos e materiais, reduz os momentos de reflexão coletiva e diálogo interprofissional, limitando o potencial de uma abordagem verdadeiramente integrada e holística. Este estudo mostrou a necessidade de uma liderança mais horizontal, que promova a participação ativa de todos os membros da equipa, independentemente da sua área de especialização, e que valorize as perspetivas complementares como ferramentas indispensáveis para um cuidado centrado na criança e na família.

Outro ponto inovador foi a análise da aplicação da abordagem *recovery* no contexto das equipas de saúde mental na infância e adolescência. A investigação revelou que, embora os princípios de *recovery*, como a autonomia, a esperança e a integração social, sejam reconhecidos como desejáveis, a sua implementação prática é limitada por fatores estruturais e culturais. O estudo identificou que as equipas, ao estarem localizadas em hospitais e centradas num modelo clínico, apresentam falta de ligação à comunidade, o que contraria a essência do *recovery*, que enfatiza o *empowerment* e a participação ativa das crianças no seu processo de recuperação. Além disso, constatou-se um desconhecimento generalizado entre os profissionais, crianças e familiares sobre os princípios e práticas de *recovery*, apontando para a necessidade de formação específica e de um esforço para integrar essa abordagem nas rotinas das equipas.

Participação das crianças e dos familiares: uma lacuna a preencher. A inclusão ativa das crianças e das suas famílias nas tomadas de decisão foi outro elemento destacado como uma lacuna significativa nas práticas atuais. Apesar de informados sobre os projetos terapêuticos, a participação das crianças no processo de decisão ainda é limitada, com as escolhas a serem amplamente centralizadas nos profissionais e, em muitos casos, nos pais. Esta limitação reflete uma cultura de poder diferencial, onde o saber técnico é privilegiado em detrimento da valorização das experiências e perspetivas dos utentes. O estudo sublinhou que um maior envolvimento das crianças e das suas famílias pode resultar em melhores índices de adesão ao tratamento e em intervenções mais eficazes, ao permitir a personalização dos cuidados e a cocriação de projetos terapêuticos mais ajustados às suas necessidades.

Necessidade de um modelo comunitário e sistémico. O estudo destacou a importância de adotar um modelo que defenda a integração de várias disciplinas e a mediação de trocas recíprocas entre as crianças, as suas famílias e os contextos comunitários, promovendo uma intervenção que vá além do contexto hospitalar e que responda às necessidades emergentes de forma inclusiva e proativa. A ausência de equipas comunitárias de saúde mental foi apontada como um entrave significativo à efetividade das intervenções. O estudo sublinhou a necessidade de expandir os serviços para além das “paredes” do hospital, promovendo ações preventivas e fortalecendo as redes de suporte locais, como escolas e organizações da comunidade a colaborarem para se alcançar um impacto mais profundo e duradouro.

Sugestões práticas para melhoria. Entre as sugestões apresentadas, destaca-se a necessidade de revisão do financiamento para garantir recursos humanos e materiais adequados, a promoção de formação contínua para os profissionais e o fortalecimento da articulação intersectorial. A criação de espaços para supervisão e intervisão, que permitam a partilha de experiências e a reflexão conjunta sobre os casos, também foi enfatizada como uma medida essencial para promover a coesão e a eficácia das equipas.

Além disso, foi proposto um investimento em redes de apoio comunitário e na descentralização dos serviços, aproximando as equipes das realidades locais. A inclusão de tecnologias digitais, como consultas online e linhas de apoio, foi apontada como uma solução para ampliar a acessibilidade e oferecer suporte mais ágil e eficaz.

Concluindo este estudo inovou ao colocar em evidência a centralidade das dinâmicas interprofissionais, do papel do Serviço Social e das lacunas na implementação de *recovery* nas equipes de saúde mental da infância e adolescência. Ao propor mudanças estruturais, culturais e organizacionais, a investigação aponta para a construção de um modelo mais inclusivo, participativo e centrado na criança e na sua família, capaz de responder aos desafios do presente e de garantir um futuro mais promissor para os cuidados de saúde mental.

Bibliografia

- 4-H. (24 de junho de 2020). *Teen Mental Health*. Obtido de 4-H:
<https://4-h.org/wp-content/uploads/2020/06/4-H-Mental-Health--Report-6.1.20-FINAL.pdf>
- Abreu, L. (2009). A Misericórdia de Lisboa, o Hospital Real e os Insanos: notas para uma introdução. Em (. Natália Guedes, *Museu São João e Deus Psiquiatria e História*. Lisboa: Editora Hospitalidade.
- Academia das Ciências de Lisboa. (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*. Lisboa: Verbo.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Guia de referenciação para as unidades e equipas de saúde mental da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Afonso, P. (2015). A história da psiquiatria em Portugal. *Revista Portuguesa de Psiquiatria*, 2(2), pp. 97-101.
- Almeida, H. N. (2001). *Conceptions et Pratiques de la Médiation Sociale - Les modèles de médiation dans le quotidien professionnel des assistants sociaux*. Coimbra: Fundação Bissaya-Barreto.
- Alves, F. (2011). *A Doença Mental Nem Sempre é Doença. Racionalidades Leigas sobre a Saúde e Doença Mental - Um Estudo no Norte de Portugal*. Porto: Edições Afrontamento.
- Alves, F., & Silva, L. F. (2004). Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflex. *Actas dos Ateliers de Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Ação* (pp. 56-64.). Atelier Saúde.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (s.d.). *American Psychiatric Association*. Obtido em 24 de agosto de 2015, de <http://www.appi.org/>
- American Psychiatric Association. (06 de abril de 2024). *DSM History*. Obtido de American Psychiatric Association: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm/history-of-the-dsm>
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 4 (16), 11-24.
- Areosa, J., & Carapinheiro, G. (2008). Quando a imagem é profissão. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 57, 83-108.
- Arnstein, S. R. (July de 1969). A Ladder of Citizen Participation. *JAIP*, 35 (4), 216-224.
- Assembleia da República. (1976). *Constituição da República Portuguesa*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.

- Associação dos Profissionais de Serviço Social. (2004). Assistente Social: Identidade e Associativismo.,. *Boletim da Associação dos Profissionais de Serviço Social*, 3, pp. 14-15.
- Associação dos Profissionais de Serviço Social. (2018). *Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal*. Lisboa: APSS.
- Associação dos Profissionais de Serviço Social. (22 de 09 de 2024). *Ética no Serviço Social - Declaração de Princípios*. Obtido de International Federation of Social Workers: https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/ifsw-cdn/assets/ifsw_80111-4.pdf
- Associação dos Profissional do Serviço Social e Comissão Instaladora da Ordem dos Assitentes Sociais. (2024). *Orientações para a Organização do Serviço Social* . Direção Executiva do SNS.
- Audit Commisson - Gov.UK. (1998). *Child and adolescent mental health services*. London: HMSO.
- Bailey, D. (2002). Mental Helath. Em R. Adams, L. Domineli, & P. Payne, *Critical practice in social work* (pp. 325-329). Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Ballester, A. R. (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. Valencia: Prowolibro.
- Ballesteros-Urpi, A. &. (2019). Conceptual framework for personal recovery in mental health among children and adolescents: a systematic review and narrative synthesis protocol. *BMJ Open*. doi:10.1136/bmjopen-2019-029, 9:e029300.
- Bandeira, N. (2017). Tecer a Prevenção: Um Projeto Aberto para a Proteção de Crianças e Jovens: Conceito, Planeamento e Prática Integrada. Em F. Xarepe, I. Freitas e Costa, & M. (. Morgado, *O risco e o perigo na criança e na família* (pp. 191-213). Lisboa: Pactor.
- Banks, S. (2006). *Ethics and Values in Social Work*. Basingstoke: Palgrave.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barreto, F. B. (1935). A assistência aos loucos em Portugal : solução do problema . *I Congresso da União Nacional* (pp. 143-149). Lisboa: União Nacional.
- Barrias, P. (2014). Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice da Atenção. Em P. Monteiro, *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (pp. 115-136). Lisboa: Lidel.
- Beresford, P. (2013). Social Work and a New Social Order: Challenging Neoliberalism's Erosion of Solidarity. *Journal of Social Work*, 13(3), 255-267.
- Berg-Weger, M., & Schneider, D. (1998). Interdisciplinary collanoration in Social Work education. *Journal of Social Work Education*, 34(1), 97-107.
- Bilhim, J. (1996). *Teoria Organizacional: Estruturas e Pessoas (2.ª ed.)*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Artes Gráficas.
- Blau, P. M., & Scott, W. R. (1976). *Organizações formais*. S. Paulo: Atlas.
- Bliss, S. (1985). *The new holistic health handbook*. Lexington: Massachusetts: The Stephen Greene Press.

- Bourdieu, P., Chamboredon, J., & Passeron, J. (1968). *Le Métier de sociologue*. Paris: Éditions de l'EHESS.
- Bowen, G. A. (2009). Document Analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27-40.
- Branco, F. (2009). A profissão de assistente social em Portugal. *Locus Soci@l*, 61-89.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. MA: Harvard University Press.
- Bronstein, L. (2003). A Model of Interdisciplinary Collaboration. *Social Work*, 48(3), 297-306.
- Buitelaar, J. (2012). Adolescence as a turning point: for better and worse. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 21, 357-359.
- Burns, T., Creed, F., Fahy, T., Thompson, S., T. P., & White, I. (1999). Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. UK 700 Group. *Lancet*, Jun 19 353 (9171), 2185-2189.
- Cabrita, I., Lopes, M. A., Silva, P. T., Santos, R., & Trigueiro, S. (2015). A Intervenção social com crianças e famílias por acontecimento adverso em saúde. Em M. I. Carvalho, *Serviço Social com famílias* (pp. 141-161). Lisboa: Pactor.
- Caldas de Almeida, J. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Candeias, A., Sá, L., & Esteves, A. (2018). A enfermagem e a inauguração do Hospital de aleenados do Conde de Ferreira (1883). Em C. R. Coordenação: Carolina Esteves Soares, *Phármakon: Do Combate da Enfermidade à Invenção da Imortalidade* (pp. 229 - 242). Porto: Centro de Investigação Transdisciplinar Cultura, Espaço e Memória.
- Capucha, L. (2024). Em I. Casquilho-Martins, & J. Fialho, *Planeamento da Intervenção Social* (pp. 41-52). Lisboa: Edições Sílabo.
- Carapinheiro, G. (2005). *Saberes e Poderes no Hospital*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Carvalho Ferreira, J. M. (2011). Abordagem política das organizações. Em J. M. Carvalho Ferreira, J. Neves, & A. Caetano, *Manual de Psicossociologia das organizações* (pp. 119-147). Lisboa: Escolar Editora.
- Carvalho, M. I. (2003). Reflexões sobre profissão do Serviço Social em contexto hospitalar. *Intervenção Social*, 28, 29-55.
- Carvalho, M. I. (2012 a). *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carvalho, M. I. (2012b). *Serviço social, desafios do passado e do futuro -Perspetivas*. Madrid: Editorial académica española.

- Carvalho, M. I., & Albuquerque, C. (2024). Os direitos humanos como referencial moral e ético no serviço social: uma revisão da literatura. 1-17.
- Casimiro, F. (2002). Os Conceitos de Família e Núcleo Familiar nos Recenseamentos da População em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 5-21.
- Centro Hospitalar Lisboa Central - Clínica da Juventude. (2010). *Manual de Integração*. Lisboa: Clínica da Juventude.
- Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. (outubro de 2018). *A Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa*. Obtido de Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central: <https://www.chlc.min-saude.pt/patrimonio-cultural/artigos/a-sociedade-medica-dos-hospitais-civis-de-lisboa/>
- Chauvenet, A. (1972). Professions hospitalières et division du travail. *Sociologie du travail*, 2, 145-163.
- Chiavenato, I. (1990). *Recursos Humanos*. São Paulo: Editoras Atlas.
- CHLC. (2010). *Missão, Visão, Valores e Objectivos*. Obtido em 25 de julho de 2015, de Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE.: <http://www.chlc.min-saude.pt/content.aspx?menuid=3>
- CHULC. (2023). *Procedimento Sectorial Filosofia da Especialidade de Pedopsiquiatria (PLA.1008)*. Lisboa: CHILC.
- CHULC. (2022). *Procedimento Multissetorial INV, 103 - Consentimento Informado e Esclarecido para Investigação*. Lisboa: CHULC.
- CHULC. (27 de 07 de 2024). *Missão, Visão, valores e Objectivos*. Obtido de CH | Lisboa Central: <https://www.chlc.min-saude.pt/>
- CNSM, C. N., & ACSS, A. C. (2011). *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Colet, N. (2004). Université et disciplinarité: Ose-t-on encore parler d'interdisciplinarité? Em C. (. Pimenta, *Interdisciplinaridade, humanismo, universidade* (pp. 203-221). Porto: Campo das Letras.
- Comissão das Comunidades Europeias. (2005). *Livro Verde: Melhorar a saúde da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Relatório: Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido em 30 de agosto de 2015, de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/AC8E136F-50E4-44F0-817F-879187BD2915/0/relatorioplanoaccaoservicossaudemental.pdf>

- Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental. (2017). *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Relatório CNS Sem mais tempo a perder Saúde Mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa: Conselho Nacional de Saúde.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Resumo Executivo Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental e Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Costa, A. F. (1986). A pesquisa de terreno em sociologia. Em A. Silva, & J. M. Pinto, *Metodologias das Ciências Sociais* (pp. 129-148). Porto: Edições Afrontamento.
- Crozier, M. (1963). *Le phénomène bureaucratique*. Paris: Éditions du Seuil.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'Acteur et le Système*. Paris: Seuil.
- Curral, L., & Chambel, M. J. (2011). Processos de comunicação nas organizações. Em J. M. Carvalho Ferreira, J. Neves, & A. Caetano, *Manual de Psicossociologia das organizações* (pp. 405-427). Escolar Editora.
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of interprofessional care*, 18 (sup1), 8-20.
- Davidson, L., & González-Ibáñez, A. (2017). La recuperacion centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 37(131), 189-205.
- Deegan, P. (1997). Recovery and Empowerment for People with Psychiatric Disabilities. U. Aviran (Eds.), *Social Work in Mental Health, Trends and Issues*, 11-24.
- Dhooper, S. (1997). *Social Work in Health Care in the 21st Century*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Direção Geral da Saúde. (02 de julho de 2023). *A Promoção da saúde - A carta de Ottawa*. Obtido de DGS.pt: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Dominelli, L. (2009). *Social Work Theory and Practice for a Changing Profession*. Cambridge: Polity Press.
- Drake, P., & Heath, L. (2011). *Practitioner Research at Doctoral Level - Developing coherent research methodologies*. New York: Routledge.
- Drucker, P. (1998). *Introdução à Administração (3.ª edição)*. S. Paulo: Pioneira.
- Druss, B. G. (2011). Mental disorders and medical comorbidity. The Synthesis project. *Research synthesis report*, 21, 1-26.

- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. 25, pp. 127-133.
- Dunker, C. (dezembro de 2014). Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal Psicanálise*, 47, 87, pp. 79-107.
- Elwyn G., F. D. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*, 1361-1367.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Entidade Reguladora da Saúde. (04 de Setembro de 2024). *Entidade Reguladora da Saúde*. Obtido de Acesso a informação de saúde: <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/acesso-a-informacao-de-saude/>
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York: Norton & Co.
- Esteves, J. (s.d.). A investigação-acção. Em A. Silva, & J. M. Pinto, *Metodologia das ciências sociais* (pp. 251-278). Porto: Edições Afrontamento 1986.
- Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. (janeiro de 2020). *Do passado ao presente - Os procedimentos médicos e as doenças mentais*. Obtido em 06 de abril de 2024, de News@fmul: <https://www.medicina.ulisboa.pt/newsfmul-artigo/97/os-procedimentos-medicos-e-doencas-mentais>
- Faleiros, V. P. (2002). *Estratégias em Serviço Social*. São Paulo: Cortez Editora.
- Farrel, M., Schmitt, M., & Heinemann, G. (2001). Informal roles and the states of. *Journal of Interprofessional Care*, 15 (30), 281-295.
- Fayol, H. (1984). *Administração Industrial e Geral*. S. Paulo: Atlas.
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fazenda, I., Castelão, J., Costa, M. E., & Silva, O. (2024). Boas práticas dos assistentes sociais na Saúde Mental. Em I. Fazenda, & A. (. Matias, *Saúde Mental e Serviço Social - Novas Perspetivas* (pp. 89-199). Lisboa: UCP Editora.
- Fernandes, B. (1981). Sobral Cid, mestre de psicopatologia. *O médico*, 32 (100), 5-28.
- Fernandes, B. (1984). *A Psiquiatria em Portugal*. Lisboa: Roche.
- Ferreira, J. (30 de 06 de 2011). Contributos para o debate da epistemologia en Trabajo Social Global. *Revista de Investigaciones en Intervención Social*, pp. 67-78.
- Ferreira, J. (2014). El trabajo social em Portugal: situación actual y desafios. Em T. S.-U. comparada, Seller, E. P.; Martinez-Román M.A. (pp. 177-189). Madrid: Grupo 5.

- Ferreira, L., Firmino, P., Florido, P., Gamanho, D., & Jorge, L. (2006). Perspectiva histórica dos cuidados de enfermagem ao doente mental. *Psi Logos, III*, 61-70. Obtido em 08 de julho de 2015, de http://www.psilogos.com/Revista/Vol3N1/Indice5_ficheiros/ferreira.pdf.
- Ferrinho, P. A. (2018). Por uma reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal em prol da equidade e da qualidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 36(3)*, 218-226.
- Flemming, M. (1976). *Ideologias e Práticas Psiquiátricas*. Porto: Porto: Edições Afrontamento.
- Flick, U. (2013). *Introdução à Metodologia de Pesquisa*. Porto Alegre: Penso.
- Fonseca, A., & A., P. (1999). *Guia dos Direitos da Criança*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Fontanella, B. J. (2021). Participantes em Investigação Qualitativa. Em S. P. Gonçalves, G. J. P., & C. G. Marques, *Manual de Investigação Qualitativa* (pp. 25-40). Lisboa: Pactor.
- Foucault, M. (1982). The subject and power. Em E. J. Scott, *Power: critical concepts* (Vol. Vol. 1, pp. 218-233). London: Routledge.
- Foucault, M. (1989). *História da Loucura*. S. Paulo: Edições Perspectiva.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- Freire, T., & Teixeira, A. (2014). Terapia Cognitivo-comportamental: da Psicopatologia ao Funcionamento Ótimo de Crianças e Adolescentes. Em P. Monteiro, *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (pp. 475-494). Lisboa: Lidel.
- Friedlander, W. (1969). *Conceptos e Métodos del Servicio Social*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Friedman, P. K. (1987). The collaborative practice model at The Ohio State University. *Journal of Dental Education, 51 (12)*, 751-755.
- Friesen, B. J. (2007). Recovery and resilience in children's mental health: Views from the field. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31*, 38-48.
- Gabinete de Documentação e Direito Comparado. (12 de Maio de 2024). *Ministério Público Portugal*. Obtido de Os Direitos da Criança: As Nações Unidas, a Convenção e o Comité: : https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/os_direitos_crianca_catarina_albuquerque.pdf
- Gallego, T. (2009). El nacimiento de una nueva profesión: el Trabajo Social. Em Garcia T.F. (coord), *Fundamentos del Trabajo social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gama, L., & Neto, T. (1996). Nascimento do Hospital Dona Estefânia. *Boletim Informativo Hospitais Cívicos Lisboa, 0*, 12-14. Obtido em 14 de abril de 2014, de http://www.hdestefania.min-saude.pt/hde_frames_pr.htm
- Gameiro, A. (2018). Quinhentos anos de marcos históricos de saúde mental nos Açores e na Madeira. Em C. E. Soares, C. Rufino, F. Isaac, & J. M. Magalhães, *Phármakon: Do Combate da Enfermidade à Invenção da Imortalidade* (pp. 329-338). Porto: Centro de Investigação Transdisciplinar Cultura, Espaço e Memória.

- Gameiro, J. (1985). Desinstitucionalização: da psiquitria revolucionária à psiquiatria da comunidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 383-387.
- Garcia, R. Z. (2000). Tratamientos Psicológicos: Las Psicoterapias. Em C. G. Lavin, & R. Z. Garcia, *Psiquiatria, Salud Mental Y Trabajo Social* (pp. 271-288). Pamplona: Ediciones Eunate.
- Gask, L. (2005). Overt and covert barriers to the integration primary and specialist mental health care. *Soc Sci Med*, 61 (8), 1785-1794.
- Gaspar, T., Guedes, F., & Equipa Aventura social. (2022). *Relatório do estudo HBSC 2022*. Lisboa: Equipa Aventura Social.
- Gentil Martins, A. (2005). O HDE e a História da Cirurgia Pediátrica em Portugal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, n.º 2/3, vol. 36, 165-169.
- Giddens, A. (2000). *As consequências da modernidade*. Oeiras: Celta Editora.
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2007). *Humanidade: Compreender a velhice, cuidar dos Homens velhos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Giráldez, S. L. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones basicas para su estudio. (C. G. Psicólogos, Ed.) *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 19-28.
- Gitterman, A., & Germain, C. B. (2008). *O modelo de vida da prática do trabalho social: Avanços em teoria e prática*. Nova York: : Columbia University Press.
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, Prisões e Conventos*. S. Paulo: Editora Perspectiva.
- Gómez, E. E. (2021). Desenho de Investigação Qualitativa. Em S. P. Gonçalves, J. P. Gonçalves, & C. C. Marques, *Manual de Investigação Qualitativa* (pp. 3-22). Lisboa: Pactor.
- Graça, L. (2000). *A emergência da hospitalização psiquiátrica em Portugal (1848-1971)*. Obtido em 25 de julho de 2015, de Textos sobre saúde e trabalho: www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos176.html
- Greenwood, E. (1965). Métodos de investigação empírica em Sociologia. *Análise Social*, 11, 313-345.
- Guadalupe, S. (2009). *Intervenção em rede - serviço social, sistémica e redes de suporte social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Guadalupe, S. (2011). Anotações Cronológicas sobre a Trajetória do Serviço Social no Sistema de Saúde em Portugal. *Revista Serviço Social & Saúde*, X (12), 99-126.
- Guadalupe, S. (2012). A intervenção do serviço social na saúde com famílias e em redes de suporte social. Em M. I. Carvalho, *Serviço Social na saúde* (pp. 183-217). Lisboa: Pactor.
- Guerra, I. (2019). *O Que é o Caso Social?* Lisboa: UCP Editora.
- Guerra, N. G., Williamson, A., & Lucas-Molina, B. (2019). Desenvolvimento Normal Infância e Adolescência. Em J. Rey's, & IACAPAP, *e-Textbook of child and Adolescent Mental Health*.

- Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
Obtido em 12 de 07 de 2024, de <https://iacapap.org/portuguese.html>
- Gummesson, E. (1991). *Qualitative Methods in Management Research*. Newbury Park (Califórnia): 1991.
- Gusdorf, G. (1976). Past, present and future in Interdisciplinary research. *International social Science Journal*, vol. XXIX n.º 4, pp. 580-600.
- Gutiérrez, L. M., Parsons, R. J., & Cox, E. O. (2003). *Empowerment in Social Work: Practice: A Sourcebook (2nd edn)*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Halinen, A., & Tornroos, J. A. (1984). Using case methods in the study of contemporary business networks. *Journal of Business Research*, 58 (9), pp. 1285-1297.
- Healy, K. (2001). *Trabajo social: perspectivas contemporâneas*. Madrid: Ediciones Morata.
- Healy, K. (2014). *Social Work Theories in Context: Creating Frameworks for Practice*. London: Macmillan.
- Heitor, M. J. (2020). O Ano da Pandemia ou o Ano de Todas as Crises. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(3), 96-97.
- Henderson, C. N.-G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 467-482.
- Hickie, I. (2011). Youth mental health: we know where we are and we can now say where we need to go next. *Early Interv Psychiatry*, 5 (suppl 1), 63-69.
- Howe, D. (1999). *Dando sentido a la práctica*. Madrid: Editorial Maristan.
- Howe, D., & Betts, L. (2011). *Attachment across the lifecourse: A brief introduction*. London: Palgrave Macmillan.
- Instituto de Assistência Psiquiátrica. (1976). *Bases Gerais da Integração dos Serviços de Saúde Mental no Serviço Nacional de Saúde*. Porto: Edições IAP.
- Instituto Nacional Estatística, I.P. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: Instituto Nacional Estatística, I.P.
- International Federation of Social Workers. (25 de 06 de 2023). *Definição Global de Serviço Social*. Obtido de International Federation of Social Workers: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- International Federation of Social Workers. (05 de 05 de 2024a). *GLOBAL DEFINITION OF SOCIAL WORK*. Obtido de International Federation of Social Workers: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- International Federation of Social Workers. (05 de 05 de 2024b). *Report of the International Studygroup on the function and working methods of the personnel social worker*. Obtido de

- International Federation of Social Workers: https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/ifsw-cdn/assets/ifsw_34833-6.pdf
- Jacobson, N., & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, , 333–341, 23(4), 333-341.
- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52, 482-485.
- Julve, M., & B., P. (15 de Outubro de 2005). La competencia comunicativa intercultural em la prestacion de servicios. *Gloss didácticas*, pp. 26-38. Obtido de <https://www.um.es/glosasdidacticas/GD15/gd15-04.pdf>
- Kessler, R. e. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*, 20(4), 359-364.
- Khoury, E. (2020). Narrative Matters: Mental health recovery – considerations when working with youth. *Child ans Adolescent Mental Helath*, 25(4), 273-276.
- Krippendorff, K. (1980). *Content analysis: an introduction to its methodology*. Londres: SAGE.
- Labiano, M. (-2. (2004). Psicología de la Salud y Calidad de Vida,. Em *Introducción a la Psicología de la Salud* (Vol. 19, pp. 3-21). México: Thompson Learning.
- Lewis, M. (2002). *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lopes, N. (2006). Equipas de Saúde: Uma perspectiva sociológica sobre o exercício profissional. Re (habilitar) . *Revista da Escola Superior Saúde Alcoitão*, n.º 3, 25-35.
- Louro, C. F. (2020). *O Serviço Social no Contexto Escolar: DA Disciplinaridade à Orática Interpessoal*. ISCTE- IUL. Obtido de https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/22483/1/phd_catarina_filipe_louro.pdf
- Lugg, W. (2022). The biopsychosocial model - history, contorversy and Engel. *Australasian Psychiatry*, 30 (01), 55-59.
- Lusa. (11 de junho de 2023). *Coordenador nacional apela à duplicação do orçamento para a saúde mental*. Obtido de Rádio Renascença: <https://rr.sapo.pt/noticia/pais/2023/05/08/coordenador-nacional-apela-a-duplicacao-do-orcamento-para-a-saude-mental/330543/>
- Macedo, E. e. (2019). *Guião de Intervenção na Promoção do Recovery para a Pessoa com Doença Mental*. Braga: Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.
- Macnealy, M. (1997). Toward better case study research. *IEEE Transactions on Professional Communication*, 40 (3), pp. 182-196.
- Mahler, H. (maio de 1978). Justiça em saúde. *A saúde do Mundo-Revista da Organização Mundial de Saúde*, 2-10.

- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of health care: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53 (2), 143-151.
- Mapp, S., McPherson, J., Androff, D., & G. S. (02 de Julho de 2019). Social Work Is a Human Rights Profession. *Soc Work*, 64(3), pp. 259-269.
- Marco, M. A. (2006). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30 (1), 60-72.
- Marques, C. (2009). A saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários - avaliação e referência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 569-575.
- Marques, C., Maia, C., Ratinho, S., & Correia, P. (2023). *Princípios Orientadores para o desenvolvimento de equipas comunitárias de saúde mental da infância e adolescência (ECSM-IA)*. Lisboa: Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (Coordenador: Miguel Xavier), Ministério da Saúde.
- Marshall, M., Preston, M., Scott, E., & Wincott, P. (. (1979). *Teamwork For and Against: An Appraisal of Multi-disciplinary Practice*. London: British Association of.
- Marshall, S., Harrison, J., & Flanagan, B. (2009). The taching of a structured toll imporves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Quality and Safety in Health Care*, 18 (2), 137-140.
- Marshall, T. (1950). *Citizenship ans Social Class*. London: Pluto Press.
- Martinelli, M. (2003). Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica. Em *Intervenção Social* (Vol. 28, pp. 9-18). Lisboa: I.S.S.S Ed.
- Martinhago, F., & Caponi, S. (jan/abr de 2019). Breve História das Classificações em Psiquitria. *Revista internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 16, pp. 73-90.
- Martins, A. (1999). *Génese, Emergência e Institucionalização do Serviço Social Português*. s.l.: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Martins, G. (2008). *Estudo de Caso - Uma estratégia de pesquisa 2ª ed*. S. Paulo: Atlas.
- McIntyre, S. (1998). O papel dos psicólogos dentro das organizações. *Perspetiva XXI*, 1(1), 13-19.
- McLeroy K., Bibeau D., Steckler A., & K., G. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Quartely*, Winter;15(4), 351-77.
- Mendo, M. (1992). Considerações sobre a História da Pedopsiquiatria em Portugal. *Cadernos do Internato*, 3, 4-10.
- Mendonça, M. M. (2003). João dos Santos e a Saúde Mental Infantil. *Interacções. Iterações*, 5, 91-111.
- Mendonça, M. M. (2011). A Psiquiatria da Infância – Itinerários para a História de uma Especialidade Médica. *Revista Ordem dos Médicos*, 27(124), 82-87.

- Merikangas, K., & He, J. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*, 125(1), 75-81.
- Ministério da Saúde. (1998). *Serviço social da saúde*. s.l.: Divisão de Estudos e Planeamento do Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa: Direcção geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2018). *Rede de Referência Hospitalar Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social. (2017). *Cem anos de Políticas Sociais*. Lisboa : MTSS.
- Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Molina, J. (1981). *Underling the biopsychosocial model*. New York: World Psychiatric Association.
- Monteiro, P., & Confraria, L. (2014). Adolescência. Em P. (. Monteiro, *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (pp. 339-358). Lisboa: Lidel.
- Morim, S. O. (2016). *A criação de uma Ordem Profissional: a perspectiva dos Assistentes Sociais*. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Obtido de <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5423/1/Tese%20-%20Sandrina%20Morim%20-%2020605.pdf>
- Morin, E. (1999). *Os Sete Saberes para a Educação do Futuro*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Moura, M. H. (2006). *Serviço Social e Modelos de Intervenção: da sociedade industrial à sociedade do risco [Dissertação de Doutoramento em Ciências do Serviço Social]*. Lisboa: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Mouro, H. (2001). Serviço Social um século de existência. Em H. Mouro, *Cem anos de serviço social*. Coimbra: Almedina.
- Mouro, H. (2014). Teoria e Teorizar em Serviço Social. Em M. I. Carvalho, & C. (. Pinto, *Serviço Social Teorias e Práticas* (pp. 27-56). Lisboa: Pactor.
- Mullaly, B. (1993). *Structural Social Work Ideology, Theory and Practice*. Ontário: Oxford University Press.
- Murphy, M. &. (2012). Mental health problems in children and young people. *Annual report of the Chief Medical Officer*. Obtido de https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/252660/33571_2901304_CMO_Chapter_10.pdf
- National Institute of Mental Health. (13 de julho de 2024). *Celebrating /5 Years! Learn More Any Anxiety Disorder*. Obtido de National Institute of Mental Health: <https://www.nimh.nih.gov/about>

- Naughton, J. N., Maybery, D., & Sutton, K. (2018). Review of child and adolescent mental health recovery literature: Concordance and contention. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 5, 151–158.
- Neto, T., Gama, L., Correia, F., & Estrada, J. (2012). Hospital Dona Estefânia. 150 anos de História. Em P. J. (coord.), *Omnia Sanctorum – Histórias da História do Hospital Real de Todos-os-Santos e seus sucessores*. Lisboa: By the Book & Centro Hospitalar Lisboa Central.
- Neves, J. (2011). Estruturas organizacionais. Em J. M. Carvalho Ferreira, J. Neves, & A. Caetano, *Manual de Psicossociologia das Organizações* (pp. 533-569). Lisboa: Escolar Editora.
- Neves, J., & Carvalho Ferreira, J. M. (2011). Poder, conflito e negociação. Em J. M. Carvalho Ferreira, J. Neves, & A. Caetano, *Manual da Psicossociologia das organizações* (pp. 571-602). Lisboa: Escolar Editora.
- Ng, F., & et al. (2019). The mechanisms and processes of connection: developing a casual chain model capturing impacts of receiving recorded mental health recovery narratives. *BMC Psychiatry*, 19 (413). Obtido de <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2405-z>
- Nogueira, C. S. (2016). Literacia em Saúde Mental: estudo com doentes e familiares em Portugal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 15, 59-65.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2007). *Luzes e sombra: a governação em saúde* (Vol. Relatório de Primavera). Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde.
- Olabeuénaga, J. (s.d.). *Metodologia de la investigación cualitativa*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Oliveira, J. F. (1983). *Rilhafóles e a Acção do Prof. Miguel Bombarda*. Lisboa: HMB.
- Onken, S., Dumont, J., R. P., Dornan, D., & Ralph, R. (2002). *Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facilitating System Performance Indicators; Phase One Research Report: A National Study of Consumer Perspectives on What Helps and Hinders Rec.* Alexandria: National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning.
- Ordem dos Psicólogos. (02 de setembro de 2024). *Fact Sheet Resiliência*. Obtido de Ordem dos Psicólogos: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/factsheet_resiliencia.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2022). *Programa Parlamento Jovem - "Saúde mental nos Jovens: Que desafios? Que respostas?"*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório Mundial de Saúde 2001, Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova esperança*, Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Organização Mundial Saúde. (2005). *Livro de Recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Obtido em 08 de 08 de 2015, de http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf.

- Organização Nações Unidas. (1999). *Direitos Humanos e Serviço Social*. Lisboa: Departamento Editorial do ISSScoop.
- Ornelas, J. H. (2015). O modelo comunitário de intervenção em saúde mental na era pós hospitalar. Em J. H. Ornelas, F. J. Monteiro, M. J. Vargas Moniz, & T. (. Duarte, *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares* (pp. 11-18). s.l.: AEIPS Editora.
- Oswald, D. P. (2006). Recovery and child mental health services. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 525-527.
- Palmquist, L., Patterson, S., O'Donovan, A., & Bradley, G. (2017). Protocol: A grounded theory of "recovery" - perspectives of adolescent users of mental health services. *BMJ Open*, 7, 01-08.
- Passos, A. (2011). Grupos e equipas de trabalho. Em J. M. Carvalho Ferreira, J. Neves, & A. Caetano, *Manual de Psicossociologia das Organizações* (pp. 379-403). Escolar Editora.
- Patel, V., Flisher, A., Hetrick, S., & al. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 369, 1302–13.
- Pavão, A. M. (1981). *O princípio da autodeterminação no serviço social: visão fenomenológica*. São Paulo: Cortez.
- Paviani, J. (2004). Disciplinaridade e interdisciplinaridade. Em C. (. Pimenta, *Interdisciplinaridade, Humanismo e Universidade* (pp. 15-57). Porto: Campo das Letras.
- Payne, M. (2000). *Teamwork in Multiprofessional Care*. London: Palgrave Macmillan.
- Payne, M. (2002). *Teoria do Trabalho Social Moderno*. Coimbra: Quarteto.
- Payne, M. (2011). *Modern Social Work Theory*. London: Palgrave Macmillan.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe Multiprofissional de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, vol.35, n.º 1, 103-109.
- Pichot, P., & Fernandes, B. (1984). Um Século de Psiquiatria e A Psiquiatria em Portugal. Lisboa: Roche.
- Plastow, J. e. (2013). Young people's views of UK mental health services. *Early Intervention in Psychiatry*, 1-12.
- Pombo, O. (2004). *Interdisciplinaridade: ambições e limites*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Pombo, S., Fonseca, A., & Fialho, T. (2021). Equipas multidisciplinares em saúde. Em I. R. Leal, *Manual de Psicologia da Saúde* (pp. 319-325). Lisboa: Pactor.
- Puntis, S., Perfect, D., Kirubarajan, A., Bolton, S., Davies, F., H. A., . . . Evans, L. M. (2018). A systematic review of co-responder models of police mental health 'street' triage. *BMC Psychiatry*, Dec 18 (1), 240-256.

- Queiróz, O. (2014). Perturbações do Humor na Adolescência. Em P. Monteiro, *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (pp. 321-338). Lisboa: Lidel.
- Rebolo, A. (2021). Observação. Em S. Gonçalves, J. Gonçalves, & C. Marques, *Manual de Investigação Qualitativa* (pp. 87-102). Lisboa: Pactor.
- Reis, J. (1998). *O sorriso de Hipócrates, A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Veja.
- Reis, V. P., & Falcão, E. (2003). Gestão de Serviços de Saúde – Hospital Público Português: da crise à renovação? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21, (2), 5-14.
- Repper, J., & Perkins, R. (2003). *Social inclusion and Recovery*. London: Baillière Tindall.
- Ribeirinho, C., & Teles, H. (2022). Trabalho Interdisciplinar na Área da Saúde: Desafios para o Serviço Social. Em M. I. Carvalho, *Práticas de Intervenção do Serviço Social na Saúde* (pp. 01-20). Lisboa : Pactor.
- Ribeiro, A. R. (2024). *Plano de Ação da Área de Apoio Social - Ano 2024*. Lisboa: ULS S. José.
- Ribeiro, O., & Paulino, B. (2018). Participação dos utentes nas decisões em saúde: uma revisão sistemática sobre a perspetiva dos profissionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 36(3), 228-238.
- Richmond, M. (1922). *What is Social Case Work?* New York: Sage Foundation.
- Rilvas, C. (1935). Assistência Técnica. *I Congresso da União Nacional*. Lisboa.
- Rodrigues, M. L. (2002). *Sociologia das Profissões 2.ª ed*. Oeiras: Celta.
- Rumina, B. (1929). *A mulher e as Misericórdias*. Lisboa: Edições de S. José.
- Sampaio, D., & Guerreiro, D. (2014). Comportamentos autolesivos na adolescência. *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência*, 383-408.
- Santos, M. I. (2011). Caridade enquanto geradora de sociabilidades: o caso da associação de serviço social. Em A. M. Ferreira, & J. M. Almeida, *Religião e Cidadania: protagonistas, motivações e dinâmicas sociais no contexto ibérico* (pp. 661-676). Lisboa: Centro de Estudos de História Religiosa - Universidade Católica Portuguesa.
- Savoie, A., & Beaudin, G. (1995). Les Equipes de Travail: Que faut-il en connaitre? *Psychologie du Travail et des Organisations*, vol. 1, n.º 2-3, 116-137.
- Schein, E. H. (1985). *Organizational culture and leadership: a dynamic view*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito da Saúde. *Revista Saúde Coletiva*, 17, 29-41.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). *Manual de utilizador - Perfil do Assistente Social*. SPMS.

- Shaw, I., & Gould, N. (2001). *Qualitative Research in Social Work*. London: Sage.
- Shirley, A. O. (2015). Intervenção com crianças e suas famílias: Qual a melhor estratégia? Em M. I. Carvalho, *Serviço social com famílias* (pp. 25-42). Lisboa: Pactor.
- Silva, C. A. (1997). O trabalho na saúde na encruzilhada dos modelos identitários e culturais dos profissionais. O caso particular dos centros de saúde do distrito de beja-, . *Revista Organizações e Sociedade*, n.º 16/17, 99-144.
- Silva, P. (2024). Serviço Social e Saúde Mental da Infância e da Adolescência. Em I. Fazenda, & A. Matias, *Saúde Mental e Serviço Social: Novas Perspetivas* (pp. 281-302). Lisboa: UCP Editora.
- Simões, E. (2011). O processo de tomada de decisão. Em J. M. Carvalho Ferreira, J. Neves, & A. Caetano, *Manual de Psicossociologia das Organizações* (p. 461). Lisboa: Escolar Editora.
- Simon, H. A. (1976). *Administrative Behaviour* 3.^a ed. New York: Free Press.
- Simonds, L. P., Stone, N. J., & al. (2014). Adolescents with anxiety and depression: Is social recovery relevant? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 289-298.
- Siqueira-Silva, R., Nunes, J. A., & Moraes, M. (2013). Portugal e Brasil no cenário da saúde mental. *Fractal, Rev. Psicol.*, 25 (3), 475-496.
- Slade, M. (2011). *100 Modos de apoiar a recuperação pessoal: Um guia para profissionais de saúde mental.* (M. Cruz, Trad.) Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- SNS. (08 de 03 de 2021). *Notícias de Saúde*. Obtido de Mulheres na saúde: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/03/08/mulheres-na-saude/>
- Soares, M. I. (2008). A Reforma dos Serviços de Assistência Psiquiátrica. *Pensar Enfermagem*, 12, 35-51.
- Sousa, I. (2017). Serviço Social: A dimensão política da profissão. *Intervenção Social*, 49/50, 9-24. Obtido de http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/4778/1/is_49_50_2017_1.pdf.pdf
- Stake, R. (1995). *The art of Case Study Research*. Thousand Oaks: Sage publications.
- Stake, R. (2011). *Pesquisa Qualitativa estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso.
- Steinberg, L. (2008). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill Companies.
- Steudler, F. ... (1974). *L'Hôpital en observation*. Paris: Armand Colin.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for developing Grounded Theory* 3ed. Thousand Oaks: Sage Publication.
- Taylor, F. W. (1982). *Princípios da Administração Científica*. S.Paulo: Editora Atlas.
- Teiga, R. (2014). Perturbações da Ansiedade e Perturbações do Stress Pós Traumático. Em M. P. (coord), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (pp. 183-203). Lisboa: Lidel.

- Teles, I. (1990). O Serviço Social - a saúde - o hospital. *Revista do Serviço de Educação Permanente dos Hospitais da Universidade de Coimbra*, 39-43.
- União Europeia. (10 de julho de 2024). *European Commission*. Obtido de European Health Union - A comprehensive approach to mental health: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_en
- UNICEF. (12 de 05 de 2024). *Convenção Sobre os Direitos da Criança*. Obtido de UNICEF Brasil: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>
- United Nations. (05 de Abril de 2017). *Media Center . Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health Mr. Dainius Pūras*. Obtido de United Nations: <https://www.ohchr.org/en/statements/2017/04/special-rapporteur-right-everyone-enjoyment-highest-attainable-standard-0>
- Vasconcelos, E. M. (2010). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. S. Paulo: Cortez.
- Vasudevan, S. (2015). *Multidisciplinary management of chronic pain: A practical guide for clinicians*. New York:: Springer.
- Vieira, I. F. (2015). *A Participação Um paradigma para a aintervenção social*. Lisboa: Universidade Católica.
- Walker, S. (2003). *Social work ans child and adoelscent mental health*. Lyme Regis: Russel House Publishing.
- Wallcraft, J. A. (2003). Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. *World Psychiatry*, 2(3), 166.
- Ward, D. (2014). Recovery: Does it fit for adolescent mental health? *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 26(1), 83-90.
- Weber, M. (1983). *Economía y Sociedad. Esbozo de Sociologia Comprensiva*. Madrid: Fondo de Cultura Económica .
- Weber, M. (2005). *Três tipos de poder e outros escritos*. Lisboa: Tribuna.
- West, M. A., Borril, C., Dawson, J., Scully, J., Carter, M., Anelay, S., & ... & Waring, J. (2002). The link between the menagement of employees and patient motality in acute hospitals. *The International Journal of Human Resource Menagement*, 13 (8), 1299-1310.
- White, J., & McCollam, A. (2000). Service User's Perspectives on Social WOrk Activities for People Experiencing Mental Health Problems. Em M. Ulas, & A. Connor, *Mental Health and Social Work*,. London: JKP.
- WHO.

- Winsper, C., Docherty, A. C., Weich, S., Fenton, S., & Singh, S. P. (2020). How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clinical Psychology Review*.
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the world health organization*. Genève: WHO.
- World Health Organization. (1999). *Health promotion glossary*. Genève: WHO.
- World Health Organization. (2000). *World Health report*. Geneve: World Health Organization.
- World Health Organization. (2003). *Investing in mental health*. Genève: WHO. Obtido de World Health Organization: http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf
- World Health Organization. (24 de abril de 2009). *Improving health systems and services for mental health*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598774>
- World Health Organization. (2017a). *Promoting recovery in mental health and related services: handbook for personal use and teaching – Who QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (28 de outubro de 2017b). *WHO Strategic Communications Framework for effective communications*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/communicating-for-health/communication-framework.pdf>
- World Health Organization. (17 de novembro de 2021). *Mental health of adolescents*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- World Health Organization. (2022a). *Adolescent mental health*. Geneva: World Health Organization. Obtido em 11 de setembro de 2022, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- World Health Organization. (2022b). *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization. Obtido em 12 de Março de 2023, de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World Health Organization. (2022c). *Improving the mental and brain health of children and adolescents*. Geneva: World Health Organization. Obtido em 14 de agosto de 2022, de <https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents>
- World Health Organization. (25 de 02 de 2022d). *Adolescent Friendly Health Services*. Obtido de WHO: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FCH-CAH-02.14>
- World Health Organization. (10 de julho de 2024). *News - Rethink mental health: invest in and design better systems for a more resilient European Region*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/azerbaijan/news/item/10-10-2023-rethink-mental-health--invest-in-and-design-better-systems-for-a-more-resilient-european-region>

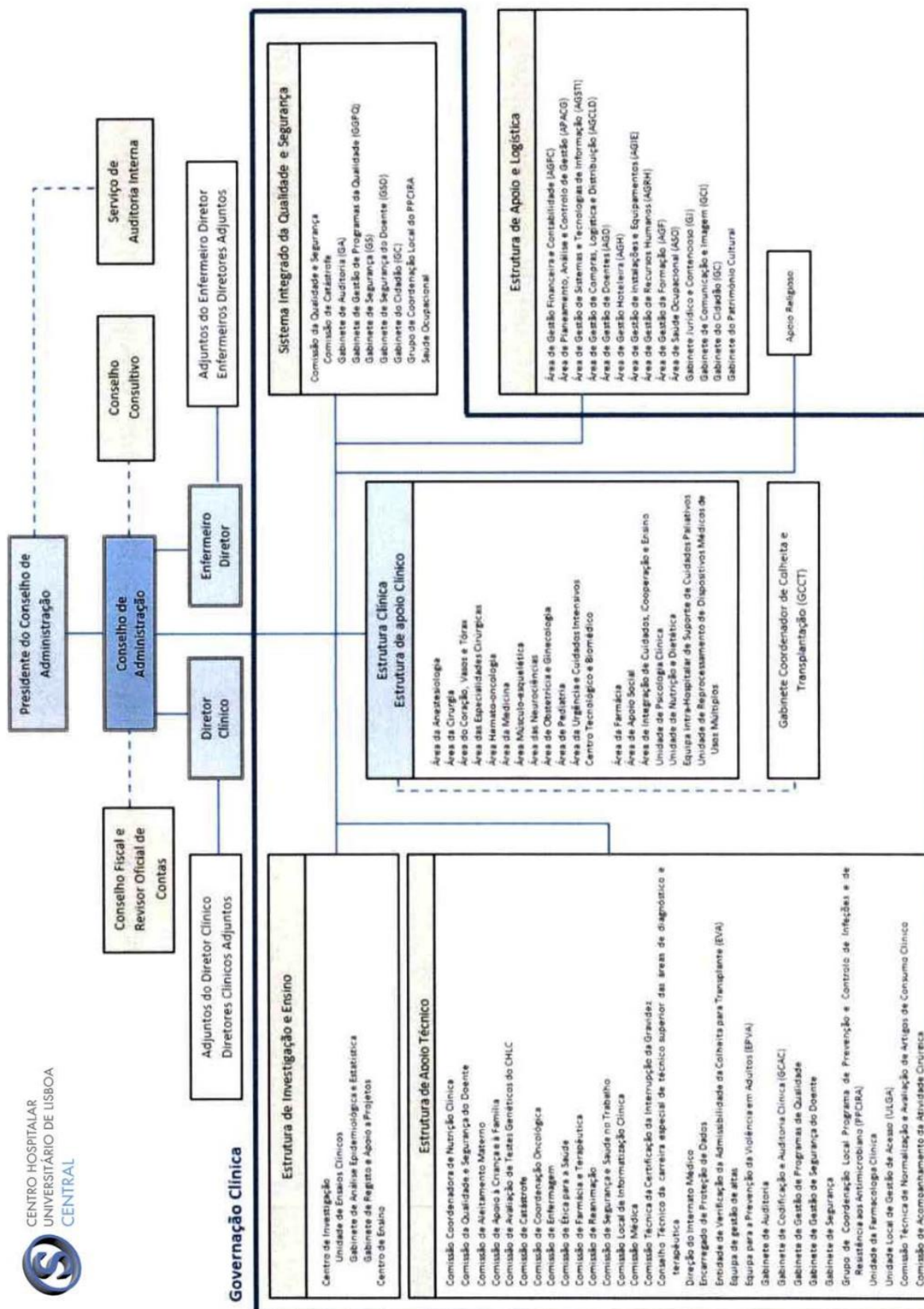
- World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health*. Genève: WHO. Obtido de World Health Organization: https://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/
- Xavier, M., Barreto, H., Cuz, M. C., Domingos, P., Gago, J., Maia Correia, T., . . . Sena e Silva, F. (2024). *A Reforma da Saúde Mental em Portugal - Três anos de Transformação*. Lisboa: Coordenação Nacional de Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde.
- XXIII Governo - República Portuguesa. (26 de 05 de 2023). *Estatutos das ordens profissionais – saiba o que muda*. Obtido de Portugal.gov.pt: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=estatutos-das-ordens-profissionais-saiba-o-que-muda>
- Yin, R. (1984). *Case study research: Design and methods*. Thousands Oaks: Sage Publications.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de Caso - Planejamento e Métodos 2.ª Ed*. Porto Alegre: Bookman.
- Young, S., & Ensing, D. (1999). Exploring Recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. Em *Psychiatric Rehabilitation Journal* (Vol. 22, pp. 219-231).

Anexo A – Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental para a Infância e Adolescência

Anexo II: Tipologias Infância e Adolescência - critérios de admissão (Portaria 68/2017 de 16 de fevereiro)

Critérios de admissão	Residência Treino de Autonomia subtipo A ou subtipo B	Residência Apoio Máximo	Unidade Socio Ocupacional	Equipa de Apoio Domiciliário
Idades	11 a 17 anos	11 a 17 anos	13 a 17 anos	5 a 17 anos
Permanência máxima	12 meses	12 meses	12 meses	
Grau de incapacidade	Moderado	Elevado	Moderado	Elevado, Moderado, Reduzido
Supervisão	24h	24h	Diurna	Programada
	<p>Perturbação mental grave (subtipo A) OU Perturbação grave do desenvolvimento e estruturação da personalidade (subtipo B)</p> <p>Situações provenientes de internamento para consolidação clínica.</p> <p>Situações de ausência adequada de suporte familiar ou institucional.</p> <p>Situação clínica refratária a outra intervenção.</p>	<p>Perturbação psiquiátrica em que se verifique, cumulativamente:</p> <p>i) Limitação funcional e ou cognitiva grave;</p> <p>ii) Dificuldade relacional acentuada;</p> <p>iii) Incapacidade para reconhecer situações de perigo;</p> <p>iv) Incapacidade para desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e ou de terceiros;</p> <p>v) Reduzida mobilidade na comunidade;</p> <p>vi) Necessidade de apoio na higiene, alimentação e cuidados pessoais;</p> <p>vii) Situação clínica estável e sem sintomatologia aguda de doença psiquiátrica, ainda que numa situação de risco que requira medidas alternativas de intervenção, mas sem indicação para tratamento em internamento psiquiátrico na área da infância e adolescência</p>	<p>Perturbação mental e ou perturbação do desenvolvimento e estruturação da personalidade com perturbações nas áreas relacional, ocupacional e ou escolar</p>	<p>Perturbação mental com disfunção psicossocial grave e que, pela sua complexidade actual aliada à falta de recursos específicos, comporta riscos a nível do desenvolvimento e funcionamento globais</p>
Outros critérios de admissão	<p>Situação clínica estável sem sintomatologia aguda</p> <p>Não podem ser admitidos adolescentes que apresentem:</p> <p>a) Situação de abuso ou dependência de substâncias psicoativas;</p> <p>b) Atraso mental com quociente de inteligência (QI) muito inferior aferido por avaliação com escalas de Wechsler, excepto nos casos em que se considere que o nível cognitivo se encontra temporariamente prejudicado pela perturbação psiquiátrica.</p> <p>Necessidade de intervenção em contexto estruturado</p>	<p>Necessidade de recuperação e ou reparação de competências parentais do principal cuidador até ao máximo de 45 dias por ano.</p> <p>Não podem ser admitidos adolescentes que apresentem:</p> <p>a) Situações de défice cognitivo severo sem patologia psiquiátrica associada;</p> <p>b) Situação de abuso ou dependência de substâncias psicoativas.</p>	<p>Funcionalidade básica conservada nas áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientação espaço-temporal; - mobilidade física - cuidados pessoais; <p>Não podem ser admitidos adolescentes que apresentem:</p> <p>a) Comportamentos que ponham em causa a convivência com os outros utentes ou impossibilitem o trabalho em grupo;</p> <p>b) Situação de abuso ou dependência de substâncias psicoativas;</p> <p>c) Atraso mental com QI muito inferior aferido por avaliação com escalas de Wechsler, excepto nos casos em que se considere que o nível cognitivo se encontra temporariamente prejudicado pela perturbação psiquiátrica.</p>	<p>Situação psicopatológica com necessidade de supervisão e intervenção reabilitativa em meio natural de vida.</p> <p>Não podem ser admitidos adolescentes que apresentem situação de abuso ou dependência de substâncias psicoativas.</p> <p>Necessidade de recuperação e ou reparação de competências parentais do principal cuidador até ao máximo de 45 dias por ano.</p> <p>Cuidadores com incapacidade psicossocial decorrente, designadamente, de perturbação psiquiátrica crónica, que não lhes permita salvaguardar a evolução favorável da situação clínica da criança e ou adolescente</p> <p>Difficultades acrescidas no processo de transição para a comunidade de origem após internamento pedopsiquiátrico</p>

Anexo B – Organograma do CHULC



Anexo C – Guião de Entrevista aos Profissionais

Dimensões	Questões
A. Caracterização dos profissionais	<ul style="list-style-type: none"> – Idade? – Género? – Atividade profissional? – Habilitações académicas? – Número de anos de exercício profissional? – Número de anos de trabalho em saúde mental da infância e adolescência?
B. Funcionamento da Equipa	<ul style="list-style-type: none"> – Pode falar sobre como é o trabalho em equipa no seu serviço? – Quais os aspetos a melhorar e os desafios no funcionamento da sua equipa?
C. Tomadas de decisões	<ul style="list-style-type: none"> – Como é que vê a participação dos elementos da sua equipa nas tomadas de decisão? – Como são resolvidas as divergências de opinião nas tomadas de decisão? – Qual o papel do AS neste processo?
D. Conflitos	<ul style="list-style-type: none"> – Como é que são resolvidos / resolvem os conflitos entre elementos da equipa? – Que impacto têm os conflitos na eficácia da equipa?
E. Saúde mental da infância e adolescência	<ul style="list-style-type: none"> – Considera que existe um consenso sobre o que é saúde mental? – O que é para si saúde mental na adolescência? – Considera que essa definição influencia a abordagem da equipa na intervenção com adolescentes?
F. Participação das crianças e suas famílias	<ul style="list-style-type: none"> – Fale-me sobre a sua perceção sobre a participação das crianças e das suas famílias nas tomadas de decisão (decisões de serviço / cuidados de saúde)? – Como é que os adolescentes e as suas famílias são envolvidas no processo de tratamento? – Como é que avalia e utiliza as perspetivas das crianças e das suas famílias?
G. Opções de intervenção	<ul style="list-style-type: none"> – Considera que a equipa apresenta quase sempre mais que uma opção de intervenção quando define o plano de cuidados de saúde?
H. Intervenções conjuntas entre profissionais	<ul style="list-style-type: none"> – Fale um pouco sobre as intervenções conjuntas que tem com outros profissionais e como as diferentes áreas colaboram entre si. – Como vê a intervenção do AS na promoção de uma cultura multidisciplinar?
I. Encaminhamentos para outras instituições	<ul style="list-style-type: none"> – Como é que perceciona o encaminhamento de adolescentes para outras instituições? – Qual o papel que desempenha o AS no processo de encaminhamento para outras instituições?
J. <i>Recovery</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Já ouviu falar sobre <i>recovery</i>? – O que é para si <i>recovery</i>? – Considera que pode ser utilizado na sua prática?
K. Perspetiva futura	<ul style="list-style-type: none"> – Tem sugestões de melhoria da intervenção em saúde mental

Anexo D – Guião de Entrevista às Crianças e Familiares

Dimensões	Questões
A. Caracterização dos adolescentes/familiar	<ul style="list-style-type: none"> – Idade? – Género? – Adolescente ou parentesco com o adolescente? – Elementos que constituem a sua família? – Outras crianças acompanhadas em saúde mental e idades. – Escolaridade? – Estudante/Atividade profissional? Se estudante, qual o nível que frequenta? – Número de anos acompanhado em saúde mental?
B. Funcionamento da equipa	<ul style="list-style-type: none"> – Como é que descreve o funcionamento da equipa de saúde mental que o segue?
C. Conflitos na equipa	<ul style="list-style-type: none"> – Alguma vez percecionou desacordo ou conflito entre os profissionais que o acompanham?
D. Saúde mental da infância e da adolescência	<ul style="list-style-type: none"> – O que é para si saúde mental na adolescência? – Na consulta de pedopsiquiatria com que profissionais já teve intervenção?
E. Participação das crianças e suas famílias	<ul style="list-style-type: none"> – Fale-me sobre a sua participação nas tomadas de decisão (decisões de serviço / cuidados de saúde?
F. Opções de intervenção	<ul style="list-style-type: none"> – Alguma vez lhe foi apresentada mais do que uma alternativa para o seu tratamento? – Alguma vez recusou uma intervenção proposta? E o que aconteceu?
G. Intervenções conjuntas entre profissionais	<ul style="list-style-type: none"> – Explique a sua perceção sobre se a intervenção que recebe é resultado do trabalho de um único profissional ou do trabalho em equipa? – Já esteve numa sessão com mais do que um profissional? Consegue descrever como é que era a ligação entre eles? – Como descreve o trabalho dos AS?
H. Encaminhamentos para outras instituições	<ul style="list-style-type: none"> – Já alguma vez foi encaminhado para serviços / instituições da comunidade? Fale-me sobre isso? – Qual o papel que desempenha o AS no processo de encaminhamento para outras instituições?
I. <i>Recovery</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Já ouviu falar do modelo de <i>recovery</i> em saúde mental? – Considera que pode ser utilizado consigo?
J. Perspetiva futura	<ul style="list-style-type: none"> – Tem sugestões de melhoria da intervenção em saúde mental

Anexo E - Parecer Hierárquico sobre o projeto de investigação



PARECER HIERÁRQUICO SOBRE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Projeto: Equipas de saúde mental da infância e da adolescência e *recovery*

Investigador principal: Patricia Alexandra Teixeira da Silva

Pareceres dos responsáveis pelas Especialidades/ Unidades Funcionais envolvidas: Especialidade de Pedopsiquiatria

*Comunicação a malha deste estudo
pertinente e contribuidora para
o avanço do saber na especialidade*

11/12/2023



CHULC, E.P.E.
Hospital Dona Estefânia
1233705

nº mecanográfico 51557

..... nº mecanográfico [][][][][]

..... nº mecanográfico [][][][][]

(Os pareceres devem ser explícitos e fundamentados. Os responsáveis hierárquicos diretos dos investigadores, se adequado, devem referir se a execução do projeto de investigação decorrerá, no seu todo ou em parte, dentro do horário de trabalho dos investigadores.)

**Anexo F - Procedimento Multissetorial - INV 101 –
Realização no CHULC de projetos de investigação**



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
CIRCULAR INFORMATIVA

Nº: 239 Data: 22 de julho de 2020

ASSUNTO: Procedimento Multissetorial – INV.101 – Realização no CHULC de projetos de investigação


O Conselho de Administração aprovou o seguinte Procedimento:


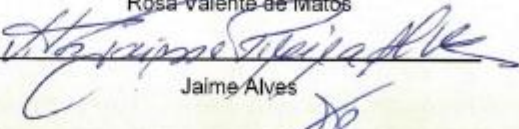

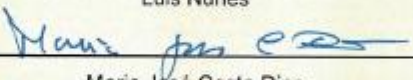
INV.101 – Realização no CHULC de projetos de investigação

O presente procedimento está associado à Política de Investigação.

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO


Maria José Costa Dias
Enfermeira Diretora

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV.101
	REALIZAÇÃO NO CHULC DE PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO DA INICIATIVA DO INVESTIGADOR	

Aprovação	
Presente à sessão do Conselho de Administração de: <u>16 / 7 / 2020</u>	
A Presidente	 Rosa Valente de Matos
O Vogal	 Jaime Alves
O Vogal	 Paulo Espiga
O Diretor Clínico	 Luis Nunes
A Enfermeira Diretora	 Maria José Costa Dias
Ata nº <u>30 / 2020</u>	

Elaboração
Daniel Virella Gomes Luis Manuel Fernandes Pereira da Silva Maria Helena Ferreira da Cruz e Silva Maria Margarida Costa Ferreira Bandarra Maria Salomé Silva de Almeida Maria Teresa Fontes Nunes Costa Graça Matias
Coordenação- GGPQ
Maria da Conceicao Madail Caldeira Bettencourt

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGS.
E	2020	2023	1/38

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV.101
	REALIZAÇÃO NO CHULC DE PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO DA INICIATIVA DO INVESTIGADOR	

1 OBJETIVO

Estabelecer os procedimentos para obtenção da autorização para a realização no CHULC de Projetos de Investigação da Iniciativa do Investigador, garantindo os princípios da boa prática em investigação em saúde, o respeito pelos princípios éticos, pela lei e pela responsabilidade hierárquica dentro da Instituição.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se a profissionais do CHULC e a investigadores externos, habilitados para desenvolver investigação em saúde, e às estruturas hierárquicas do CHULC responsáveis pela autorização de projetos de investigação.

3 RESPONSABILIDADES

As responsabilidades dos agentes envolvidos estão atribuídas de acordo com as alíneas do Ponto 4 e encontram-se descritas na seguinte tabela:

ENTIDADES	RESPONSABILIDADES
Conselho de Administração	4.1, 4.4, 4.5 e 4.6
Investigador Principal	4.1, 4.2, 4.3, 4.4 e 4.5
Equipa de Investigação	4.1, 4.2, 4.3 e 4.5
Responsáveis de Áreas/especialidades	4.1, 4.2 e 4.4
Comissão de Ética	4.1, 4.4 e 4.6
Centro de Investigação	4.1, 4.2, 4.4 e 4.6
Área de Gestão Financeira e Contabilidade	4.1, 4.4 e 4.5

4 DESCRIÇÃO

4.1 Princípios gerais


A investigação em saúde é orientada pelo primado da pessoa, devendo os direitos e a dignidade da pessoa prevalecer sobre os interesses da ciência. A investigação em saúde deve ainda seguir os princípios das boas práticas clínicas e de investigação em saúde, seguindo as metodologias adequadas para atingir os objetivos. Toda a atividade de investigação desenvolvida numa instituição de saúde deve respeitar a autonomia técnica dos investigadores, a estrutura hierárquica e a responsabilidade da instituição.

A investigação experimental (i.e., com intervenção) em saúde implica riscos físicos inerentes aos procedimentos clínicos, pelo que requer especial atenção à segurança dos participantes, com a previsão de medidas específicas de informação, vigilância e contenção.

Os procedimentos envolvidos na investigação observacional em saúde implicam riscos para o participante quanto ao tratamento e à exposição dos seus dados pessoais.

Consequentemente, a investigação envolvendo pessoas deve reger-se por padrões éticos e normas nacionais e internacionais que protejam a vida, a saúde, a dignidade, a integridade, o direito de autodeterminação, a privacidade e a confidencialidade da informação pessoal do participante.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
E 2020	2023	2/38

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV.101
	REALIZAÇÃO NO CHULC DE PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO DA INICIATIVA DO INVESTIGADOR	

Quer se trate de estudos da iniciativa de investigador do CHULC (nos quais o CHULC assume o papel de Promotor) quer estudos realizados no CHULC por iniciativa externa (nos quais o promotor é uma terceira parte), cabe à estrutura hierárquica do CHULC garantir que os estudos clínicos cumpram os princípios das boas práticas clínica e científica, respeitem os direitos dos participantes e estejam de acordo com os interesses da instituição.

Para que o CHULC possa assumir o papel de Promotor de um projeto de investigação, o protocolo de investigação deve ser submetido, à aprovação pelo Conselho de Administração do CHULC, através dos meios previstos neste procedimento.

Os projetos devem ter igualmente o parecer positivo, dos Diretores das Áreas, Responsáveis das Especialidades e Coordenadores das unidades funcionais envolvidas, tendo em conta a idoneidade estratégica, metodológica, ético-legal e financeira do projeto.

Em função do tipo e contexto da investigação e as disposições legais se aplicáveis, o Centro de Investigação poderá solicitar parecer da Comissão de Ética, do Gabinete de Apoio Jurídico, da Área de Gestão Financeira e Contabilidade, do Encarregado da Proteção de Dados (EPD) ou o apoio da Comissão de Tratamento de Dados Pessoais (CTDP), que para o efeito designarão interlocutores privilegiados.

O Conselho de Administração pode, ainda, solicitar pareceres e/ou esclarecimentos à Comissão de Ética, à Área de Gestão Financeira e Contabilidade, ao Gabinete de Apoio Jurídico, ao Encarregado da Proteção de Dados ou outra estrutura do CHULC.

Este Procedimento descreve o processo que deve ser seguido para obter a aprovação do Conselho de Administração para os projetos de investigação da iniciativa de investigadores do CHULC e de investigadores/promotor externo, a realizar na instituição.

4.2 Respeito pela Boa Prática de Investigação em Saúde

A garantia do respeito pela boa prática de investigação em saúde passa pela elaboração de um protocolo de investigação que justifique e desenvolva a metodologia seguida para a obtenção, o tratamento, a análise e a disseminação dos dados.


O protocolo é o instrumento principal para:

- A verificação da adequação e da consistência metodológica do estudo;
- A coordenação e homogeneização metodológica da equipa de investigação;
- A identificação da utilização de recursos materiais, técnicos e humanos, se necessário, através de orçamento;
- A verificação do respeito pelos direitos dos participantes e pelos requisitos legais;
- A emissão dos pareceres hierárquicos (Anexo 1) e institucionais que autorizem a realização do estudo.

Os principais aspetos que devem constar no protocolo para se verificarem os objetivos acima referidos estão identificados no Anexo 2.

O protocolo deve identificar os elementos da equipa de investigação e as suas funções específicas. É imprescindível identificar o Investigador Principal, o qual será o

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
E	2020	2023	3/38

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV.101
	REALIZAÇÃO NO CHULC DE PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO DA INICIATIVA DO INVESTIGADOR	

interlocutor do projeto e o responsável pelo cumprimento dos requisitos metodológicos, éticos e legais.

A inclusão de meios de diagnóstico e de avaliação (questionários, escalas e outros) não usados na prática corrente, mas adequados ao projeto, devem estar fundamentados no protocolo de investigação.

No caso de estudos clínicos em que a indústria do medicamento ou de tecnologias da saúde não é promotor, mas dá apoio, não pode haver conflito de interesses. O Investigador Principal deve garantir a independência clínica e científica, salvaguardando as responsabilidades, os direitos dos participantes e o rigor científico e metodológico na obtenção, análise e interpretação dos dados. Todos os elementos da equipa de investigação devem preencher e assinar a Declaração de Inexistência de Incompatibilidades prevista no Decreto-Lei n.º 14/2014 ⁽¹⁾ (Anexo 3).

Na Declaração de Inexistência de Incompatibilidades, a equipa de investigação é encarada como um “grupo de trabalho” que participa “na avaliação, emissão de normas e orientações de caráter clínico”. No ponto II da Declaração, deve ser identificada a situação em que se encontra inserido o projeto de investigação, de entre as três possibilidades (Decreto-Lei n.º 14/2014):

- “Escolha para aquisição de medicamentos ou dispositivos médicos” ou
- “Emissão de pareceres sobre terapêuticas ou questões que envolvam a avaliação fármaco-económica, incluindo a elaboração de formulários terapêuticos” ou
- “Emissão de normas e orientações clínicas que envolvam procedimentos terapêuticos ou diagnósticos”.

Nos estudos observacionais prospetivos contemporâneos de avaliação de efetividade, adesão e segurança de intervenções, devem ser respeitados os princípios que os diferenciam dos ensaios clínicos. O protocolo de investigação não deve incluir a realização de intervenções terapêuticas ou preventivas efetuadas pelos investigadores.


O Centro de Investigação (CI) tem a missão de:

- Receber o processo submetido para pedido de autorização de qualquer investigação realizada no CHULC e proceder à sua apreciação global;
- Apoiar os investigadores do CHULC, que o solicitarem, em todas as fases do estudo, sendo desejável que a colaboração se inicie na fase de conceção do projeto. O apoio do Centro de Investigação deverá ser mencionado na documentação enviada para aprovação hierárquica.

4.3 Respeito pelos Direitos dos Participantes

A participação em projetos de investigação, observacionais ou de intervenção, particularmente em estudos de avaliação de efetividade ou de eficácia, adesão e segurança de intervenções pressupõe o respeito pela autonomia e pela liberdade dos participantes. Estes devem ser informados sobre o objetivo e a metodologia do estudo para o qual é solicitada a sua participação e devem ser esclarecidos sobre os seus direitos, nomeadamente o de conceder consentimento e de o retirar em qualquer momento (*vide* PM INV.103 - Consentimento Informado e esclarecido para investigação).

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
E	2020	2023	4/38

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV.101
	REALIZAÇÃO NO CHULC DE PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO DA INICIATIVA DO INVESTIGADOR	

O tratamento de dados pessoais só pode ser efetuado se o seu titular tiver dado consentimento e se for respeitada a legislação vigente sobre proteção de dados pessoais, nomeadamente nos seguintes aspetos:

- A recolha dos dados deve respeitar o princípio da minimização dos dados, a anonimização dos dados ou, quando esta não for possível, recorrer à pseudonimização, relativamente à finalidade da recolha.
- Os dados pessoais recolhidos para investigação só podem ser tratados no âmbito da finalidade prevista no projeto de investigação.
- Os dados devem ser conservados de forma a apenas permitir a identificação dos seus titulares durante o período de estudo ou em período posterior necessário para tratamento dos dados.
- Não está autorizado o tratamento de dados pessoais referentes a convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, origem racial ou étnica, vida sexual e dados genéticos, sem que o titular tenha dado consentimento expresso para tal, havendo a garantia de não discriminação. A recolha destes dados deverá ser devidamente fundamentada e deverá respeitar, sempre que aplicável, o art.º 35º do RGPD ⁽²⁾ – Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados e art.º 36º do RGPD – Consulta Prévia ⁽²⁾, bem como o Regulamento n.º 1/2018 da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) ⁽³⁾, relativo à lista de tratamentos de dados pessoais sujeitos a Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados (AIPD-DPIA), de 16 de outubro de 2018.
- Os investigadores, bem como as pessoas que, no exercício das suas funções, tenham tido conhecimento dos dados pessoais tratados, ficam obrigados a sigilo profissional, nomeadamente implementando as medidas técnicas e organizativas necessárias para a segurança e garantia dos direitos e liberdades dos titulares dos dados, inclusive após o termo das suas funções.
- Os titulares dos dados devem tomar conhecimento da Política da Privacidade e do Código de Conduta no Tratamento de Dados Pessoais do CHULC.

Cabe aos investigadores que desenvolvem projetos de investigação no CHULC respeitarem o estabelecido neste Procedimento (Anexo 7 e seguintes) e no Procedimento Multissetorial INV.103 - Consentimento Informado e Esclarecido para Investigação.


4.4 Obtenção da autorização hierárquica do CHULC

Todo o projeto de investigação a ser realizado no CHULC, qualquer que seja a sua natureza, requer os pareceres e as autorizações hierárquicas institucionais que devem seguir o circuito apresentado nos Anexos 4 e 5.

Entende-se por hierarquias institucionais os Diretores das Áreas / Responsáveis das Especialidades e Unidades Funcionais envolvidas no projeto, que deverão validar o protocolo de investigação (vide infra). Cabe ao Conselho de Administração do CHULC autorizar a realização do estudo.

O pedido de parecer hierárquico ao responsável(eis) de Área / Especialidade / Unidade onde se pretende que decorra o Estudo, deverá ser obrigatoriamente acompanhado pelo Protocolo (com orçamento detalhado) e, quando aplicável, pelos documentos necessários para obter o consentimento informado dos participantes. Estes pareceres devem ser explícitos e fundamentados (Anexo 1).

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
E	2020	2023	5/38

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV.101
	REALIZAÇÃO NO CHULC DE PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO DA INICIATIVA DO INVESTIGADOR	

4.5 Submissão de projeto de investigação da iniciativa do investigador

O CI assume a função de ser a entrada única ("porta de entrada") dos pedidos de autorização para realização de projetos de investigação da iniciativa do investigador, centralizando o pedido, a verificação da documentação necessária para a instrução do processo e o envio ao Conselho de Administração do pedido com o processo completo, para apreciação e decisão.

O Investigador Principal, se colaborador do CHULC, deve efetuar a submissão do pedido de autorização usando a plataforma informática do CI na Intranet do CHULC ou o endereço projetos.inv@chlc.min-saude.pt, com indicação do contato, obrigatoriamente o endereço eletrónico institucional, devendo enviar o processo com a documentação necessária à avaliação do pedido (Anexo 2).

O pedido de autorização por investigadores externos deve ser enviado preferencialmente para o e-mail projetos.inv@chlc.min-saude.pt; excepcionalmente ao secretariado do Conselho de Administração sec.ca@chlc.min-saude.pt, que o remete para o CI.


O processo de submissão de pedido de autorização deve conter a documentação indicada no Anexo 2 deste procedimento, nomeadamente:

- Carta dirigida ao Presidente do Conselho de Administração do CHULC a formalizar o pedido de autorização do projeto de investigação;
- Protocolo do projeto de investigação, incluindo os recursos necessários para a realização do projeto;
- Parecer dos responsáveis de Áreas/Especialidades/Unidades onde se pretende que decorra o Estudo (Anexo 1)
- Se aplicável, os seguintes documentos:
 - o Declaração de Inexistência de Incompatibilidades (Anexo 3)
 - o Notificação de Utilização de Dados Pessoais (Anexo 7);
 - o Formulário para a obtenção de Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais (Anexo 8 ou 8A);
 - o Formulário de informação aos participantes para obtenção de consentimento (INV.103);
 - o Formulário de obtenção de Consentimento Esclarecido para Participação em Estudos de Investigação em Saúde (INV.103);

Após verificação dos documentos enviados, o processo é remetido para as comissões técnicas do CHULC que possam ter que emitir pareceres sobre o processo, nomeadamente a Comissão Ética para a Saúde (CES), a Área de Gestão Financeira e Contabilidade (AGFC), o Encarregado da Proteção de Dados e o Gabinete de Apoio Jurídico. Os pareceres emitidos serão integrados pelo CI no processo, que será remetido ao Conselho de Administração.

As comissões técnicas, gabinetes ou outras estruturas chamadas a emitir pareceres sobre o projeto podem contactar diretamente o investigador principal e solicitar esclarecimentos ou sugerir retificações/modificações aos documentos submetidos. Os documentos modificados devem ser remetidos para o CI.

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
E	2020	2023	6/38

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV.101
	REALIZAÇÃO NO CHULC DE PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO DA INICIATIVA DO INVESTIGADOR	

O Conselho de Administração pode condicionar a concessão de autorização ao cumprimento de condições, que explicitará por escrito ao CI, que notifica o Investigador Principal, eventualmente acompanhado de pareceres técnicos.

No caso particular de ensaios clínicos da iniciativa de investigadores do CHULC, após a autorização para a realização do ensaio, é emitida pelo Conselho de Administração a Declaração em como o CHULC se assume como Promotor do Ensaio Clínico, reconhecendo o Investigador Principal e delegando neste as funções de Requerente de autorizações e de registos externos. Emitida esta declaração, cabe ao Investigador Principal proceder, em nome do CHULC, aos pedidos de autorização e registos previstos (Comissão de Ética para a Investigação Clínica - CEIC e/ou INFARMED e plataformas de registos de ensaios clínicos). O CI pode apoiar o Investigador Principal neste processo.

O Investigador Principal do projeto autorizado pelo Conselho de Administração deverá assinar duas declarações adicionais:

- O compromisso de informar o CHULC, através do CI, de toda a divulgação do projeto de investigação em reuniões científicas ou publicações (Anexo 9);
- O compromisso de comunicar ao CHULC, através do CI, a conclusão do projeto de investigação e, se aplicável, garantindo a eliminação de dados pessoais após termo do prazo de conservação, conforme estabelecido no protocolo do projecto (Anexo 10).

O registo de estudos de avaliação de intervenções nas plataformas nacionais ou internacionais (ex: ClinicalTrials.gov) deve ser feita após o estudo estar autorizado; o registo é efetuado no CI, usando os códigos de identificação do CHULC.

4.6 Financiamento dos Projetos de Investigação realizados no CHULC


A utilização de recursos necessários para a realização de qualquer projeto de investigação deve ser solicitada no âmbito da submissão do protocolo de investigação, seguindo os procedimentos acima descritos.

O financiamento do projeto de investigação é da responsabilidade do investigador principal ou do promotor externo, devendo indicar os meios para a sua obtenção. Para o efeito, o investigador principal poderá recorrer a financiamento externo e/ou interno.

A candidatura a financiamento interno, através das convocatórias do Fundo de Financiamento à Investigação do CHULC, seguindo os procedimentos publicados, deve efetuar-se após o Conselho de Administração ter emitido parecer sobre o estudo, autorizando-o ou declarando-o pendente de financiamento para os gastos previstos em protocolo.

As candidaturas a financiamento externo de estudos clínicos a realizar no CHULC, através de prémios e bolsas de investigação, devem ser do conhecimento do Conselho de Administração. O investigador principal deve solicitar a declaração do CHULC como promotor ao preparar o processo de candidatura a financiamento externo. Obtido o financiamento, o investigador principal deve garantir que as verbas são utilizadas de acordo com as orientações aprovadas pelo Conselho de Administração (Anexo 6).

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
E	2020	2023	7/38

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV. 101
	REALIZAÇÃO NO CHULC DE PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO DA INICIATIVA DO INVESTIGADOR	

Nos estudos clínicos sobre medicamentos, produtos nutricionais ou dispositivos médicos em que o CHULC é Promotor, devem ser evitados conflitos de interesses. Os investigadores, sejam ou não os prescritores, não podem receber dividendos diretos de entidades externas associados ao estudo.

5 DEFINIÇÕES

Boas práticas clínicas – “Os preceitos internacionalmente reconhecidos de qualidade ética e científica que devem ser respeitados na conceção, na realização, no registo, na notificação, na publicação e na revisão dos estudos clínicos que envolvam a participação de seres humanos” ⁽⁴⁾.

Comissão de Ética – A CES que funciona no CHULC, encarregue de emissão do parecer previsto na Lei n.º 21/2014⁽⁴⁾.

Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC) – “O organismo independente constituído por profissionais de saúde e outros, incumbido de assegurar a proteção dos direitos, da segurança e do bem-estar dos participantes nos estudos clínicos e de garantir os mesmos junto da sociedade” ⁽⁴⁾.

Comissões de ética para a saúde (CES) – “As entidades instituídas com essa denominação pelo Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de maio” ⁽⁴⁾.

Comissão de ética competente (CEC) – A comissão encarregue de emissão do parecer previsto na Lei n.º 21/2014, de 16/04, podendo ser a CEIC, a CES que funciona no centro de estudo clínico envolvido, ou a CES designada pela CEIC para esse fim ⁽⁴⁾.


Consentimento informado – “A decisão expressa de participar num estudo clínico, tomada livremente por uma pessoa dotada de capacidade de o prestar ou, na falta desta, pelo seu representante legal, após ter sido devidamente informada sobre a natureza, o alcance, as consequências e os riscos do estudo, bem como o direito de se retirar do mesmo a qualquer momento, sem quaisquer consequências, de acordo com as orientações emitidas pela CEC, que devem incluir a definição do meio adequado de o prestar, o qual deve ser escrito, sempre que aplicável” ⁽⁴⁾.

Consentimento do titular dos dados – “Uma manifestação de vontade, livre, específica, informada e explícita, pela qual o titular dos dados aceita, mediante declaração ou ato positivo inequívoco, que os dados pessoais que lhe dizem respeito sejam objeto de tratamento.” ⁽²⁾.

Dados genéticos: “Dados pessoais relativos às características genéticas, hereditárias ou adquiridas, de uma pessoa singular, que deem informações únicas sobre a fisiologia ou a saúde dessa pessoa singular e que resulta designadamente de uma análise de uma amostra biológica proveniente da pessoa singular em causa.” ⁽²⁾.

Dados pessoais – “Informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável (“titular dos dados”); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrónica ou por referência a um ou mais elementos

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
E	2020	2023	8/38

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV. 101
	REALIZAÇÃO NO CHULC DE PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO DA INICIATIVA DO INVESTIGADOR	

específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, económica, cultural ou social da pessoa singular.”⁽²⁾.

Dados relativos à saúde: “Dados pessoais relacionados com a saúde física ou mental da pessoa, incluindo dados relacionados com a prestação de serviços de saúde, que revelam informações sobre o seu estado de saúde.”⁽²⁾.

Divulgação de estudos clínicos – “Qualquer forma de comunicação que tenha por objeto ou por efeito informar sobre a realização de um estudo clínico, podendo esta incluir observações realizadas no contexto do estudo, interpretação de resultados e conclusões do mesmo junto do público, junto dos profissionais de saúde, junto dos meios de comunicação social, em publicações de carácter geral ou científico, independentemente do seu público-alvo, e em material publicitário de medicamentos, dispositivos médicos ou quaisquer outros meios de intervenção na saúde” ⁽⁴⁾.


Ensaio clínico – “Qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou a verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou a identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia” ⁽¹⁾. À falta de legislação específica, os mesmos conceitos devem entender-se como estendendo-se à avaliação do efeito de dispositivos médicos, intervenções, produtos nutricionais, cosméticos e intervenções comportamentais.

Equipa de investigação – “É constituída pelos investigadores e ainda pelos profissionais que, por força das suas funções, participam direta e imediatamente no estudo clínico” ⁽⁴⁾.

Estudo clínico ou estudo – “Qualquer estudo sistemático, conduzido no ser humano ou a partir de dados de saúde individuais, destinado a descobrir ou a verificar a distribuição ou o efeito de fatores de saúde, de estados ou resultados em saúde, de processos de saúde ou de doença, do desempenho e, ou, segurança de intervenções ou serviços de saúde, através de aspetos biológicos, comportamentais, sociais ou organizacionais” ⁽¹⁾. A investigação clínica abrange um largo espectro de áreas: a) investigação “orientada para o doente”, entendida como investigação em que o investigador interage com o indivíduo ou grupos de indivíduos (incluindo amostras de fluidos, tecidos ou comportamentos) em estudos sobre mecanismos de doença, intervenções terapêuticas, ensaios clínicos ou desenvolvimento de novas tecnologias; b) estudos epidemiológicos e comportamentais; c) investigação sobre serviços de saúde e os seus resultados. O ensaio clínico é uma forma particular de estudo clínico.

Estudo clínico com intervenção – “Qualquer investigação que preconize uma alteração, influência ou programação dos cuidados de saúde, dos comportamentos ou dos conhecimentos dos participantes ou cuidadores, com a finalidade de descobrir ou verificar efeitos na saúde, incluindo a exposição a medicamentos, a utilização de dispositivos médicos, a execução de técnicas cirúrgicas, a exposição a radioterapia, a aplicação de produtos cosméticos e de higiene corporal, a intervenção de fisioterapia, a intervenção de psicoterapia, o uso de transfusão, a terapia celular, a participação em sessões de educação individual ou em grupo, a intervenção com regime alimentar, a

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
E	2020	2023	9/38

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV.101
	REALIZAÇÃO NO CHULC DE PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO DA INICIATIVA DO INVESTIGADOR	

intervenção no acesso ou organização dos cuidados de saúde ou a intervenção designada como terapêutica não convencional” (4).

Estudo clínico da iniciativa do investigador ou estudo académico – Estudo clínico, observacional ou com intervenção, concebido, desenvolvido e implementado por investigadores de instituições clínicas ou académicas, com independência de instituições comerciais ou industriais ligadas à saúde.

Estudo clínico sem intervenção – “O estudo no qual estejam preenchidas as seguintes condições: i) Os medicamentos sejam prescritos ou os dispositivos médicos sejam utilizados de acordo com as condições previstas na autorização de introdução no mercado ou no procedimento de avaliação de conformidade, respetivamente; ii) A inclusão do participante numa determinada estratégia terapêutica não seja previamente fixada por um protocolo de estudo, mas dependa da prática corrente; iii) A decisão de prescrever o medicamento ou utilizar um dispositivo médico esteja claramente dissociada da decisão de incluir ou não o participante no estudo; iv) Não seja aplicado aos participantes qualquer outro procedimento complementar de diagnóstico ou de avaliação e sejam utilizados métodos epidemiológicos para analisar os dados recolhidos” (4).

Estudo clínico observacional – Define-se por oposição aos estudos clínicos experimentais. Considera-se estudo ou investigação clínica observacional a investigação em saúde envolvendo pessoas ou produtos de origem humana, cujo protocolo não pressupõe a realização pelos investigadores de intervenções clínicas terapêuticas ou preventivas, fora da prática clínica corrente na situação em estudo. Para atingir os objetivos da investigação observacional, os investigadores podem aplicar aos participantes procedimentos complementares de diagnóstico ou de avaliação de identificação, mensuração e descrição dos eventos em estudo.


Informação de saúde – Abrange todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, que se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar (5).

Investigação epidemiológica – Investigação que estuda os fatores que afetam a saúde e a doença nas populações.

Informação genética – Informação de saúde que verse as características hereditárias de uma ou de várias pessoas, aparentadas entre si ou com características comuns daquele tipo. Exclui-se desta definição a informação obtida por testes de parentesco ou estudos de zootia em gémeos, dos estudos de identificação genética para fins criminais e do estudo das mutações genéticas somáticas no cancro. A informação genética pode resultar da realização de testes genéticos por meios de biologia molecular, assim como por testes citogenéticos, bioquímicos, fisiológicos ou imagiológicos, ou da simples recolha de informação familiar, registada sob a forma de uma árvore familiar ou outra, cada um dos quais pode, por si só, enunciar o estatuto genético de uma pessoa e seus familiares (5).

Investigador - “Uma pessoa que exerça profissão reconhecida em Portugal para o exercício da atividade de investigação, devido às habilitações científicas e à habilitação legal para a prestação de cuidados que a mesma exija, que se responsabiliza pela

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
E	2020	2023	10/38

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV.101
	REALIZAÇÃO NO CHULC DE PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO DA INICIATIVA DO INVESTIGADOR	

realização do estudo clínico no centro de estudo e, sendo caso disso, pela equipa de investigação que executa o estudo nesse centro, podendo, neste caso, ser designado investigador principal" ⁽⁴⁾.

Investigador Principal - Investigador responsável pela realização do estudo e coordenação de toda a equipa de investigadores.

Participante – “A pessoa que participa no estudo clínico” ⁽⁴⁾.

Princípio da minimização dos dados – “adequados, pertinentes e limitados ao que é necessário relativamente às finalidades para as quais são tratados”. ⁽²⁾.

Projeto de Investigação – “é um procedimento científico destinado a obter informação e formular hipóteses sobre um determinado fenómeno social ou científico”.

Promotor – “a pessoa, singular ou coletiva, o instituto ou o organismo responsável pela conceção, realização, gestão ou financiamento de um estudo clínico” ⁽⁴⁾.

Protocolo ou plano de investigação – “O documento que descreve a justificação, os objetivos, a conceção, a metodologia, a monitorização, os aspetos estatísticos, a organização e a condução de um estudo, assim como o arquivo dos respetivos registos, incluindo as versões sucessivas e as alterações daquele documento” ⁽¹⁾. Deve também incluir os recursos requeridos para a realização do estudo, o tempo previsto para a sua concretização, os meios para cumprir com os requisitos éticos e legais específicos exigidos e a forma de divulgação e disseminação dos resultados.


Pseudonimização – “O tratamento de dados pessoais de forma que deixem de poder ser atribuídos a um titular de dados específico sem recorrer a informações suplementares, desde que essas informações suplementares sejam mantidas separadamente e sujeitas a medidas técnicas e organizativas para assegurar que os dados pessoais não possam ser atribuídos a uma pessoa singular identificada ou identificável.” ⁽²⁾.

Representante legal – Pais e tutores legais de menores ou representantes designados por um tribunal.

Tratamento de dados pessoais – “uma operação ou conjunto de operações efetuadas sobre dados pessoais ou sobre conjuntos de dados pessoais, por meios automatizados ou não automatizados, tais como a recolha, o registo, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, o apagamento ou a destruição” ⁽²⁾.

Tratamento transfronteiriço – “O tratamento de dados pessoais que ocorre no contexto das atividades de estabelecimentos em mais do que um Estado-Membro de um responsável pelo tratamento ou um subcontratante na União, caso o responsável pelo tratamento ou o subcontratante esteja estabelecido em mais do que um estado-Membro; ou o tratamento de dados pessoais que ocorre no contexto das atividades de um único estabelecimento de um responsável pelo tratamento ou de um subcontratante,

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
E	2020	2023	11/38

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV. 101
	REALIZAÇÃO NO CHULC DE PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO DA INICIATIVA DO INVESTIGADOR	

mas que afeta substancialmente, ou é suscetível de afetar substancialmente, titulares de dados em mais do que um Estado-Membro.”⁽²⁾

Violação de dados pessoais – “Uma violação da segurança que provoque, de modo accidental ou ilícito, a destruição, a perda, a alteração, a divulgação ou o acesso, não autorizados, a dados pessoais transmitidos, conservados ou sujeitos a qualquer outro tipo de tratamento.” ⁽²⁾

6 SIGLAS E ABREVIATURAS

CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems

CHULC – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE

CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados

DR – Diário da República

RGPD – Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

7 REFERENCIAL

MANUAL	CRITÉRIOS	TÍTULO	NORMA
ACSA 2017	7	Os Profissionais	S 05.07.08_02 S 05.07.10_01
MANUAL	NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
CHKS 2016	1	Liderança e Gestão de Serviços	1.8
CHKS 2016	2	Qualidade e Governança	2.23
CHKS 2016	12	Gestão do medicamentos e serviços de farmácia	12.129 a 12.131, 12.135, 12.136, 12.141

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


8.1 Fontes citadas no corpo do documento

- Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro; Diário da República, 1.ª série — N.º 15 — 22 de janeiro de 2014
- Regulamento (EU) 2016/679, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados).
- Regulamento n.º 1/2018 – CNPD, relativo à lista de tratamentos de dados pessoais sujeitos a Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados (AIPD-DPIA) 16 de outubro de 2018.
- Lei de investigação Clínica, Lei n.º 21/2014. DR, 1ª Série n.º 75 de 16 de abril de 2014 (alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de julho), que aprova o regime jurídico aplicável à realização de estudos clínicos com medicamentos de uso humano.
- Informação genética pessoal e informação de saúde. Lei 12/2005. DR 1ª Série N.º 18 de 26 de janeiro de 2005.

8.2 Fontes consultadas, mas não citadas


- A Convenção sobre os Direitos da Criança.
http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
E	2020	2023	12/38

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV.101
	REALIZAÇÃO NO CHULC DE PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO DA INICIATIVA DO INVESTIGADOR	

- A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe. World Health Organization. European Consultation on the Rights of Patients. Amsterdam 28 - 30 March 1994. http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf
- Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, concerning Biomedical Research. (Strasbourg, 25.I.2005). <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/195.htm>
- Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes - Direcção Geral da Saúde; <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>.
- Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes Internados. <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Clinical Research & Clinical Trials. What is clinical research? <http://www.nichd.nih.gov/health/clinicalresearch/>.
- Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros. Decreto-Lei n.º 104/98, de 28 de Abril de 1998 – Artigos 78.º a 92.º.
- Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Regulamento n.º 14/2009, da Ordem dos Médicos, DR n.º 8, II Série, de 11 de Janeiro de 2009.
- Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. (Oviedo, 4.IV.1997). <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>
- Declaração Universal dos Direitos do Homem. http://www.fd.uc.pt/hrc/enciclopedia/onu/textos_onu/dudh.pdf
- Directiva 2005/28/CE que estabelece princípios e directrizes pormenorizadas de boas práticas clínicas no que respeita aos medicamentos experimentais para uso humano, bem como os requisitos aplicáveis às autorizações de fabrico ou de importação desses produtos. Jornal Oficial da União Europeia. http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/eudralex/vol-1/dir_2005_28/dir_2005_28_pt.pdf
- Intranet CHULC. Organização. Regulamento. Capítulo III, Secção II, Subsecção IV, Artigo 27.º
- Intranet CHULC. Organização. Regulamento. Capítulo IV, Secção III, Artigo 54.º.
- INV.103 - Consentimento Informado e Esclarecido para Investigação. CHULC 2018.
- Lei de Bases da Saúde. Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro (publicação em Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04).
- Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto - «assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados».
- Lei n.º 59/2019, de 8 de agosto - «Aprova as regras relativas ao tratamento de dados pessoais para efeitos de prevenção, deteção, investigação ou repressão de infrações penais ou de execução de sanções penais, transpondo a Diretiva (UE) 2016/680 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016».
- Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde. Normas para a Acreditação, 3ª Edição, versão 01, 2010:
- Plano Nacional de Saúde 2004/2010. http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_323.html
- Política de Investigação no CHULC.
- Regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano. Lei 46/2004, DR 1ª Série n.º 195 de 19 de Agosto de 2004. <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO>

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
E	2020	2023	13/38

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV. 101
	REALIZAÇÃO NO CHULC DE PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO DA INICIATIVA DO INVESTIGADOR	

_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/036-C_Lei_46_2004_1.%AAAIt.pdf

- Regulamento do CHULC.
- Regulamento do Centro de Investigação do CHULC. Circular Informativa Nº 87 de 22 de Fevereiro de 2010.
- Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de Janeiro, publicada no Diário da República, I Série-A, n.º 2/2001.
- Salako SE. The declaration of Helsinki 2000: ethical principles and the dignity of difference. Med Law 2006;25:341-54.
- TRC 104 - Consentimento Informado e Esclarecido para Procedimentos Clínicos. CHULC, 2018.
- World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (59th WMA General Assembly, Seoul, October 2008). <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

9 ANEXOS

9.1 Impressos

Anexo 1 – Parecer hierárquico sobre projeto de investigação.

Anexo 3 – Declaração de Inexistência de Incompatibilidades.

Anexo 7 – Projetos de Investigação - Formulário de Notificação de Utilização de Dados Pessoais.

Anexo 7A - Projetos de Investigação - Formulário de Notificação de Utilização de Dados Pessoais - Apreciação global relativa à conformidade com o RGPD do Formulário de Notificação de Utilização de Dados Pessoais.

Anexo 8 – Projetos de Investigação - Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais.

Anexo 8A - Projetos de Investigação - Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais/Representante Legal.

Anexo 9 – Compromisso de Comunicar ao Centro de Investigação a divulgação do projeto de Investigação em reuniões científicas ou publicações.

Anexo 10 – Compromisso de Eliminação de Dados Pessoais para Projeto de Investigação, após Termo do Prazo de Conservação.

9.2 Outros

Anexo 2 – Documentos a incluir no processo de obtenção de autorização para realização no CHULC de Projetos de Investigação.

Anexo 4 – Projeto de Investigação da iniciativa do investigador do CHULC – Circuito para obtenção de autorização hierárquica.

Anexo 5 – Projeto de Investigação da iniciativa do promotor externo do CHULC - Circuito para obtenção de autorização hierárquica.

Anexo 6 – Fluxograma de gestão de financiamento externo atribuído a estudos da iniciativa do investigador.

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
E	2020	2023	14/38

Anexo G - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

Comissão de Ética para a Saúde

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Parecer

Data: 17/01/2024
Processo nº 1478/2024

Título: "Equipas de Saúde Mental da Infância e da Adolescência e Recovery"

Relator: Helena Xavier

Investigador Principal: Dra. Patrícia Alexandra Teixeira Da Silva, Serviço Social, HDE

Investigadores Associados: Professor Dr. Luís Manuel Capucha (ISCTE); Professora Dra. Maria Irene Carvalho (Instituto Superior Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa)

Local: Unidade de Pedopsiquiatria da Segunda Infância, Clínica da Juventude e Equipa de Ligação no Hospital de Dona Estefânia, CHULC

Estudo no âmbito de Doutoramento em Serviço Social, do ISCTE, tendo como metodologia, estudo de caso prospetivo.

Objetivo: analisar a dinâmica profissional e a abordagem de *recovery* em saúde mental. Com base na experiência como assistente social com intervenção ao nível da pedopsiquiatria, o estudo pretende destacar a importância da colaboração, dinâmica e funcionamento interdisciplinar e aprofundar o conhecimento sobre as complexidades inerentes ao acompanhamento dos adolescentes e das suas famílias, em saúde mental.

A população alvo do estudo é constituída pelas equipas de saúde mental de ambulatório, da especialidade da psiquiatria da infância e adolescência do HDE e as crianças aí acompanhadas e suas famílias.

Os critérios para definição da dimensão da amostra desejável do grupo dos profissionais são: pertencerem às equipas de ambulatório da Psiquiatria da Infância e Adolescência; categoria profissional: médicos pedopsiquiatras, internos de pedopsiquiatria, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, professores, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais ou psicomotricistas.

Para os adolescentes os critérios definidos para inclusão de elegibilidade para entrevista são: idade compreendida entre os 10 e os 17 anos inclusive, estarem aos cuidados dos pais ou de outro familiar, serem acompanhados no serviço há mais de um ano, não possuírem história prévia de internamento, falarem fluentemente o português e estarem clinicamente avaliados como tendo capacidade para participarem na entrevista.

Relativamente aos pais/ familiares, são critérios para integrarem a investigação: serem pais/ familiares dos adolescentes acompanhados em consultas de pedopsiquiatria e seus representantes legais.

A colheita de dados é realizada por entrevista, aos profissionais, adolescentes e aos pais/familiares.

Para a caracterização da amostra serão recolhidos os seguintes dados:

- Profissionais de saúde- idade, género; habilitações académicas; profissão; n.º anos de trabalho.
- Adolescentes - idade, género, língua materna; constituição da família; habilitações académicas; Categorias especiais de dados: acompanhamento em saúde mental.
- Pais / familiares- idade, género, parentesco com o adolescente; habilitações académicas; profissão.

Apresentam modelo de consentimento informado para todos os intervenientes no estudo.

Os dados serão pseudonimizados, codificados e armazenados em local seguro pela investigadora.

Apresentam parecer hierárquico do médico responsável da especialidade.

Não estão previstos encargos financeiros para o CHULC.

Assim sendo, o estudo em análise não levanta questões do ponto de vista ético, pelo que esta Comissão entende emitir parecer favorável à sua realização.

O Presidente da Comissão de Ética


(João Alves)

Anexo H - Parecer do Conselho de Administração

EXTRATO ATA N.º RCA/4/2024

Assunto: INV 557 - Equipas de Saúde Mental da Infância e da Adolescência e Recovery

Documento n.º: I/2374/2024

Para os devidos efeitos, transcreve-se a deliberação do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde São José, EPE, de 25-01-2024, constante da ata n.º RCA/4/2024, referente ao assunto em epígrafe, e tomada em reunião em que estiveram presentes os seguintes elementos:

MARIA JOSE MARTINS DA COSTA DIAS
PAULO JORGE ESPIGA ALEXANDRE
JOAO LUIS DA COSTA RITO DIAS MARTINS

11- INV 557 - Equipas de Saúde Mental da Infância e da Adolescência e Recovery

O Conselho de Administração autoriza, nos termos do parecer da AGFC e desde que não se verifiquem encargos para o CHULC

Resultado da votação

Votos a favor: 3; Votos contra: 0; Abstenções: 0

Ata assinada com assinaturas digitais certificadas


CHULC, 26/01/2024


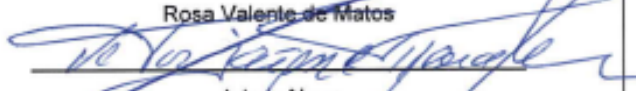



P'lo Conselho de Administração

Assinatura Eletrónica Qualificada
Assinado por: **JOÃO LUÍS DA COSTA RITO DIAS**
MARTINS
Num. de identificação: 10290146
Data: 2024.01.26 12:12:55+00'00'




**Anexo I - Procedimento Multissetorial - INV 103 –
Consentimento informado e esclarecido para investigação**

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV.103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO	

Aprovação	
Presente à sessão do Conselho de Administração de: <u>11 / 5 / 2022</u>	
A Presidente	 Rosa Valente de Matos
O Vogal	 Jaime Alves
O Vogal	 Paulo Espiga
O Diretor Clínico	 Pedro Soares Branco
A Enfermeira Diretora	 Maria José Costa Dias
Ata nº <u>20 / 2022</u>	

Elaboração
Carla Luzia Apolinário Vicente Pimenta
Daniel Virella Gomes
Luis Gabriel Gago Horta
Manuel Aníbal Antunes Ferreira
Manuel Gonçalo Cordeiro Ferreira
Maria Helena Machado da Cunha Xavier
Maria Teresa Fontes Nunes Costa Graça Matias
Coordenação
Maria da Conceição Madail Caldeira Bettencourt

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
D	2022	2025	1/17

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV. 103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO	

1 OBJETIVO

Definir e divulgar os princípios para a obtenção do consentimento livre, informado e esclarecido do participante, ou do seu representante legal, em estudos de investigação em saúde.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se a todos os profissionais capacitados para desenvolver investigação em saúde - Enfermeiros, Médicos, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, Técnicos Superiores de Saúde e outros grupos profissionais - das Áreas, Especialidades e Unidades Funcionais incluídas na Estrutura Clínica e na Estrutura de Apoio Clínico e às estruturas hierárquicas responsáveis pela sua autorização.

3 RESPONSABILIDADES

Responsáveis das Estruturas definidas no Âmbito de Aplicação.

4 DESCRIÇÃO

4.1. Princípios gerais

O objetivo primário da investigação em saúde é gerar novo conhecimento útil. A finalidade da investigação jamais deve prevalecer sobre os direitos e interesses individuais da pessoa. A investigação em saúde é orientada pelo primado da pessoa, devendo os direitos, a integridade, a dignidade e a vida humana prevalecer sobre os interesses da ciência.

A investigação envolvendo pessoas deve reger-se por padrões éticos e normativas nacionais e internacionais que protejam a vida, a saúde, a dignidade, a integridade, o direito de autodeterminação, a privacidade e a confidencialidade da informação pessoal do participante.


A investigação em saúde baseia-se sempre em informação clínica e sociodemográfica. No entanto, apenas quando são recolhidos dados que permitem a identificação pessoal do cidadão é considerado que se trata de dados pessoais. Apenas devem ser recolhidos dados que permitem a identificação pessoal do cidadão quando forem imprescindíveis para atingir os objetivos da investigação. Se assim não for, deverão ser recolhidos dados anonimizados, passando o objeto de investigação a serem os dados e não os indivíduos.

Sempre que recolhidos dados que permitem a identificação pessoal do cidadão, a participação do indivíduo em estudos deve ser absolutamente voluntária. O cidadão tem de ser informado do direito a recusar-se a participar ou de, em qualquer momento, revogar o seu consentimento sem qualquer tipo de discriminação, represálias ou interferência na prestação de cuidados.

Quando o estudo envolve intervenção, os potenciais riscos não podem de forma alguma ser desproporcionados em relação aos potenciais benefícios.

A investigação que envolva grupos vulneráveis apenas é justificada se der respostas a necessidades de saúde desse grupo e se a investigação não puder ser feita em grupos não vulneráveis.

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
D	2022	2025	2/17

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV-103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO	

A Direção-Geral da Saúde, nos termos da Norma N.º 015/2013⁽¹⁾, enuncia os princípios que fundamentam a obtenção de consentimento informado e os procedimentos que devem ser seguidos nas instituições de saúde, para garantir o respeito por estes direitos. O consentimento deve ser prévio, livre, informado e esclarecido. Para o efeito, há obrigação de providenciar ao doente ou ao seu representante legal informação suficiente, clara, adaptada, isenta e oportuna.

Antes do início do estudo, o protocolo de investigação, incluindo os instrumentos para obtenção de consentimento informado, deve seguir os trâmites do estabelecido no INV.101- Realização no CHULC de projetos de Investigação da iniciativa do investigador.

4.2. Confidencialidade de Dados Pessoais

Qualquer informação de natureza pessoal que possa identificar o indivíduo (dados pessoais), coligida durante a investigação, deve ser considerada confidencial.


Os projetos de investigação realizados no CHULC são executados no estrito cumprimento das normas legais e regulamentares em matérias de proteção de dados pessoais, segredo profissional e de acesso à documentação administrativa nominativa. A proteção do direito à privacidade e a segurança dos dados sensíveis, como sejam os dados de saúde, são princípios elementares de toda a investigação desenvolvida no CHULC.

O Conselho de Administração do CHULC é o responsável na instituição pelo cumprimento das normas legais e regulamentares para o tratamento de dados pessoais para fins de investigação. Os investigadores principais dos projetos de investigação que decorrem no CHULC são considerados subcontratantes para o tratamento dos dados pessoais dos participantes, corresponsabilizando-se pelo cumprimento das normas legais e regulamentares.

O tratamento de dados pessoais só pode ser efetuado se o seu titular tiver dado consentimento e se for respeitado o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados 2016/679 da União Europeia⁽²⁾, nomeadamente nos seguintes aspetos:

- A recolha dos dados não deve ser excessiva relativamente à finalidade da recolha;
- Os dados recolhidos para uma determinada investigação não podem ser tratados posteriormente de forma incongruente com essa finalidade específica;
- Os dados devem ser conservados de forma a apenas permitir a identificação dos seus titulares durante o período de estudo ou em período posterior necessário para tratamento dos dados, previamente definido. Mediante pedido de consentimento, pode o titular autorizar a conservação dos seus dados para fins históricos, estatísticos ou científicos por período superior ao referido;
- Não está autorizado o tratamento de dados pessoais referentes a convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, origem racial ou étnica, vida sexual e dados genéticos. Mediante disposição legal, pode ser permitido o tratamento dos dados referidos, se o titular der consentimento expresso para tal, havendo a garantia de não discriminação;
- O tratamento dos dados referentes à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos, é permitido quando for necessário para efeitos de medicina preventiva, de diagnóstico médico, de prestação de cuidados ou tratamentos médicos ou de gestão de serviços de saúde. Nestes casos, o tratamento desses dados deve ser efetuado por profissional de saúde obrigado a sigilo ou por outra pessoa sujeita igualmente a segredo profissional e garantidas medidas adequadas de segurança da informação;

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
D	2022	2025	3/17

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV. 103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO	

- Os investigadores, bem como as pessoas que, no exercício das suas funções, tenham tido conhecimento dos dados pessoais tratados, ficam obrigados a sigilo profissional, inclusive após o termo das suas funções.

As comissões de ética para a saúde devem dar parecer desfavorável à realização de projetos de investigação cujos procedimentos de consentimento informado não estejam de acordo com o consignado na Norma N.º 015/2013⁽¹⁾.

4.3. Informação e esclarecimento dos participantes

Para que um indivíduo decida participar de livre vontade no estudo, é essencial que receba informação documentada, completa e inteligível. A informação deve abranger: os objetivos do estudo, os procedimentos a que o participante será sujeito, os potenciais riscos, inconvenientes e vantagens da sua participação, medidas previstas para proteção de dados pessoais, medidas para resposta a eventuais efeitos adversos, indicação de eventuais conflitos de interesses e previsível uso futuro dos dados, resultados e materiais obtidos para além do estudo. O investigador apenas solicitará o consentimento após a garantia de que o participante e/ou seu representante legal ficaram devidamente esclarecidos.

Para obtenção de consentimento, a informação deve ser dada sempre na forma escrita, impressa ou em formato eletrónico, quando possível, complementada com informação oral, presencial ou via web, devendo ser proporcionados o tempo e os meios necessários para garantir a sua completa compreensão.

Nos estudos da iniciativa do CHULC deve ser usado o modelo do CHULC para apresentação escrita da informação previsto no procedimento COM.104⁽³⁾ da Política de Comunicação, adaptados ao suporte utilizado. Em estudos de iniciativa externa, mas a decorrer no CHULC, sempre que possível, deverão ser adaptados os documentos informativos aos modelos previstos no procedimento COM.104.

Na incapacidade de o indivíduo entender ou decidir (incapacidade mental ou confusão), a informação pertinente e necessária deve ser fornecida ao seu representante legal, nunca se excluindo o dever de informar o próprio indivíduo na medida do seu entendimento (linguagem e conteúdo).


O menor de idade deve receber informações sobre o estudo clínico e os respetivos riscos e benefícios, adequadas à sua capacidade de compreensão.

Se houver dificuldades de comunicação, por falta de domínio da língua, deve recorrer-se aos mecanismos de assistência disponíveis, como o serviço de intérpretes do CHULC ou ao apoio de familiares ou acompanhantes que dominem o português e o idioma em causa.

O participante ou o seu representante legal devem ser informados sobre o direito de recusar participar ou de retirar o consentimento em qualquer momento, sem ter de o justificar, não havendo qualquer tipo de discriminação, represália ou interferência na melhor prestação de cuidados.

Deve ser fornecida ao participante toda a informação relevante para a sua saúde ou qualidade de vida, presente ou futura, obtida durante a investigação. Esta informação deve ser dada no contexto de prestação de cuidados de saúde ou de aconselhamento, devendo respeitar-se o desejo de o participante não querer ter conhecimento dessa informação. Se o processo de anonimização não permitir prestar a referida informação, isso deve ser explicitado ao participante.

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
D	2022	2025	4/17

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV.103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO	

O participante tem o direito de tomar conhecimento dos resultados do estudo em que participou.

4.4. Consentimento

O consentimento deve ser um ato prévio aos procedimentos inerentes à investigação. A regra geral sobre a capacidade para consentir é definida pelo Código Penal⁽⁴⁾ que, no seu n.º 3 do art.º 38.º, estabelece que "O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta."

Cabe ao Investigador Principal a responsabilidade de garantir o consentimento eficaz, i.e., concedido por quem tem capacidade legal para o fazer e estando devidamente esclarecido. O Investigador Principal é, portanto, o responsável por aferir a competência dos potenciais participantes para consentir. Esta responsabilidade pode ser delegada nos restantes investigadores, garantida a sua capacidade para avaliar a competência dos potenciais participantes e de transmitir a informação para obter o consentimento informado, tornando o esclarecimento do participante uma responsabilidade partilhada da equipa de investigação.

Nos estudos em que os dados são obtidos pelo autopreenchimento de formulários eletrónicos via web, deve ser solicitada a confirmação do consentimento logo após a apresentação do estudo, assim como dos atos e procedimentos necessários à sua consecução, antes de se proceder à introdução de dados pelo participante. Preferentemente, apenas se deve poder aceder ao formulário de recolha de dados após ter sido concedido o consentimento para participação.

A verificação da condição de menoridade para conceder consentimento livre e esclarecido deve estar prevista nos estudos em que os dados são obtidos pelo autopreenchimento de formulários eletrónicos via web.


Em locais de prestação de cuidados de saúde, o consentimento informado deve ser prestado em articulação com a equipa clínica.

Se o participante estiver em relação de dependência do investigador, o pedido de consentimento informado deve ser solicitado por outro investigador qualificado para o efeito.

O consentimento informado deve ser formal e concedido sob a forma escrita, sendo um exemplar arquivado em dossier dedicado, em lugar seguro, ao cuidado do Investigador principal e o outro entregue ao participante ou ao seu representante legal. Excluem-se deste princípio os estudos em que os dados são obtidos pelo autopreenchimento de formulários eletrónicos via web.

Sempre que for possível o acesso aos portais clínicos eletrónicos (Registo de Saúde Eletrónico-RSE, SClinico ou HCIS), deve ser obtido o consentimento informado eletrónico. Após a seleção do doente no SClinico ou no HCIS (Figura 1), deve entrar-se no RSE onde, no menu DGS (Figura 2), se acede ao formulário para consentimento informado (Anexo 1). As identificações do clínico e do utente ficam automaticamente preenchidas. Deve ser feita menção no formulário eletrónico de que os documentos informativos sobre os procedimentos de investigação foram entregues. O manual de utilização encontra-se disponibilizado na intranet.

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
D	2022	2025	5/17

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV.103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO	

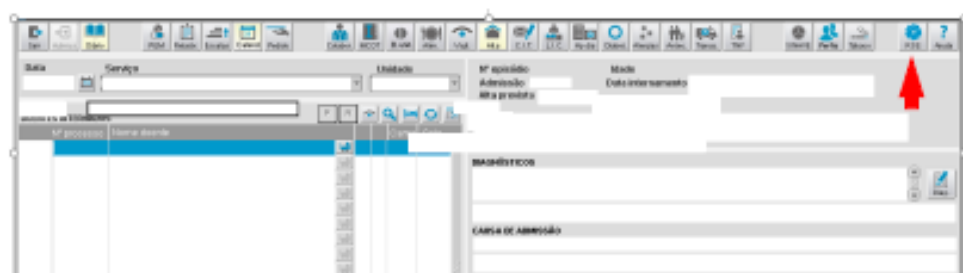


Figura 1. – Acesso à ligação para o Registo de Saúde Eletrónico (RSE) através do SClínico.

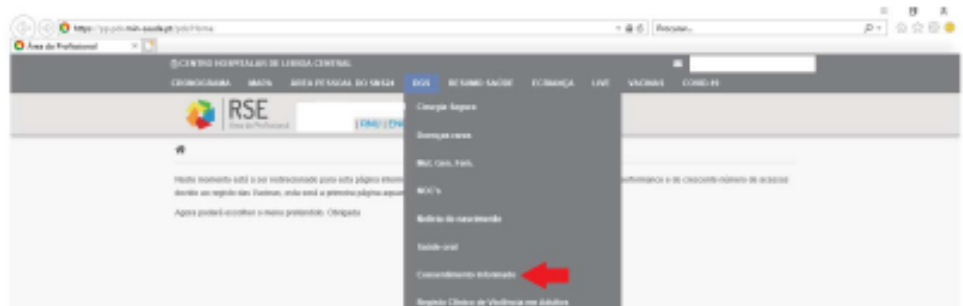


Figura 2. – Acesso ao formulário para obtenção do consentimento informado na plataforma do Registo de Saúde Eletrónico (RSE).

Nos projetos em que não for possível aos investigadores aceder aos portais clínicos eletrónicos (SClínico, HCIS ou RSE), deve ser obtido o consentimento informado utilizando o modelo padronizado em papel (Anexo 2).


O Procedimento Multissetorial INV.101 do CHULC prevê a obtenção de consentimento para tratamento de dados pessoais para investigação em formulário independente (INV.101, Anexos 8 e 8A), que deve também acompanhar o processo de autorização hierárquica.

Quando o protocolo de estudo prevê a realização de determinado procedimento, o responsável pela sua execução, independentemente do consentimento informado prestado em momento anterior, deve obter consentimento verbal específico para efetivar o ato e registar no processo clínico (quando aplicável).

No caso de indivíduos considerados não competentes para receber a informação ou tomar a decisão, o investigador deve obter o consentimento informado do representante legal, nomeado por tribunal. Quando se trate de um participante considerado incapaz para decidir, mas que pode dar o seu assentimento a decisões acerca da sua participação na investigação, o investigador deve procurar o assentimento em acréscimo ao consentimento do representante legal. O dissentimento do participante deve ser respeitado.

Em indivíduos com incapacidade física ou mental para dar consentimento (por exemplo, doentes inconscientes), a investigação deve apenas realizar-se se a condição que impede dar o consentimento constitui uma das características necessárias da população

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
D	2022	2025	6/17

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV.103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO	

em estudo, devendo esta situação estar prevista no protocolo de investigação. Nestes casos, o consentimento informado deve idealmente ser solicitado ao seu representante legal, nomeado por tribunal. No caso de não ser possível aguardar pelo consentimento, esta situação deve estar prevista no protocolo de investigação e solicitado o parecer da Comissão de Ética em Saúde competente sobre a licitude da isenção da obtenção do consentimento.

No caso de o participante não estar capacitado para dar o consentimento, mas anteriormente tiver deixado expressa a vontade em querer ou em recusar participar, esta vontade deve ser tomada em consideração, cabendo ao Investigador Principal, a decisão de solicitar o parecer da Comissão de Ética em Saúde competente.

Se não houver coincidência entre o sentido da vontade expressa ou presumida de um indivíduo não competente para dar consentimento para participar no estudo e o sentido do consentimento do seu representante legal, particularmente quando a situação de não competência é transitória, o conflito deve ser evitado, considerando o indivíduo como não elegível para participar no estudo.

No caso de menores, o consentimento esclarecido formal deve ser prestado por um dos progenitores, desde que não inibidos do exercício do poder parental, pelos seus representantes legais ou, na falta de ambos, pelo tribunal. A opinião dos menores deve, no entanto, ser tomada em consideração, em função da sua maturidade, não ficando a equipa de investigadores desobrigada de pedir o consentimento aos seus representantes legais.

No caso de não haver concordância entre a opinião expressa pelo menor de 16 anos e o sentido do consentimento do seu representante legal para a investigação proposta, o menor deve ser considerado não elegível para participar no estudo.

4.5. Casos particulares


Investigação experimental sobre intervenções terapêuticas, diagnósticas ou preventivas (ensaios clínicos): é necessário pedir consentimento específico, respetivamente para a intervenção e para a recolha, armazenamento e análise de dados. Estes estudos são regulados por legislação própria.

Investigação durante a gravidez ou amamentação: deve produzir efeitos benéficos para a saúde do feto ou do lactente e da mãe, não envolver riscos ou que estes sejam mínimos e não ser possível realizar em mulheres que não estejam grávidas ou a amamentar.

Investigação utilizando material biológico humano: é necessário pedir consentimento específico para a coleção do material, análise, armazenamento e sua reutilização. A utilização para investigação, de material obtido no decurso de intervenções com outra finalidade, exige, para seu armazenamento e reutilização, a obtenção de consentimento informado específico. Estes estudos são regulados por legislação própria.

Investigação em embriões humanos *in-vitro*: estes estudos são regulados por legislação própria.

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
D	2022	2025	7/17

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV. 103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO	

Investigação em situações de emergência ou quando é impossível ou impraticável obter consentimento: Em situações em que a obtenção do consentimento é impossível ou impraticável ou quando a informação para obtenção do consentimento interfere na validade da investigação, esta apenas poderá realizar-se após aprovação por uma comissão de ética. Podendo ser obtido consentimento não escrito, este deve ser documentado da melhor forma e testemunhado. Logo que seja possível deve ser obtido o consentimento informado e expresso do participante ou do seu representante legal. Esta situação deve estar prevista no protocolo de investigação.

5 DEFINIÇÕES

Boas práticas clínicas – “Os preceitos internacionalmente reconhecidos de qualidade ética e científica que devem ser respeitados na conceção, na realização, no registo, na notificação, na publicação e na revisão dos estudos clínicos que envolvam a participação de seres humanos”⁽⁵⁾.

Comissão de Ética – A CES que funciona no CHULC, encarregue de emissão do parecer previsto na Lei n.º 21/2014, de 16/04⁽⁵⁾.

Comissão de Ética Competente (CEC) – A comissão encarregue de emissão do parecer⁽⁶⁾, podendo ser a CEIC, a CES que funciona no centro de estudo clínico envolvido, ou a CES designada pela CEIC para esse fim.

Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC) – “O organismo independente constituído por profissionais de saúde e outros, incumbido de assegurar a proteção dos direitos, da segurança e do bem-estar dos participantes nos estudos clínicos e de garantir os mesmos junto da sociedade”⁽⁵⁾.


Comissões de Ética para a Saúde (CES) – “As entidades instituídas com essa denominação pelo Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de maio”⁽⁵⁾.

Competência (ou capacidade de decisão) – A competência é a capacidade de desempenhar determinada função com um propósito legal particular. Deve considerar-se competente o indivíduo capaz de: 1) saber, sem qualquer dúvida, a natureza de um determinado ato, nomeadamente em relação ao ato de dar consentimento e a natureza dos atos que consente; 2) compreender ou avaliar as alternativas existentes e 3) comunicar uma preferência. Neste contexto, a incompetência do participante em determinada área não implica incompetência em outra área.

Consentimento informado – “A decisão expressa de participar num estudo clínico, tomada livremente por uma pessoa dotada de capacidade de o prestar ou, na falta desta, pelo seu representante legal, após ter sido devidamente informada sobre a natureza, o alcance, as consequências e os riscos do estudo, bem como o direito de se retirar do mesmo a qualquer momento, sem quaisquer consequências, de acordo com as orientações emitidas pela CEC, que devem incluir a definição do meio adequado de o prestar, o qual deve ser escrito, sempre que aplicável”⁽⁵⁾.

Consentimento presumido – Considera-se lícita a presunção de consentimento “quando a situação (...) permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no ato, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado”⁽⁴⁾.

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
D	2022	2025	8/17

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV.103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO	

Consentimento do titular dos dados – “Uma manifestação de vontade, livre, específica, informada e explícita, pela qual o titular dos dados aceita, mediante declaração ou ato positivo inequívoco, que os dados pessoais que lhe dizem respeito sejam objeto de tratamento”. “O consentimento deverá abranger todas as atividades de tratamento realizadas com a mesma finalidade. Nos casos em que o tratamento sirva fins múltiplos, deverá ser dado um consentimento para todos esses fins”. “Muitas vezes não é possível identificar na totalidade a finalidade do tratamento de dados pessoais para efeitos de investigação científica no momento da recolha dos dados. Por conseguinte, os titulares dos dados deverão poder dar o seu consentimento para determinadas áreas de investigação científica, desde que estejam de acordo com padrões éticos reconhecidos para a investigação científica”⁽²⁾.

Dados genéticos – “Dados pessoais relativos às características genéticas, hereditárias ou adquiridas, de uma pessoa singular, que deem informações únicas sobre a fisiologia ou a saúde dessa pessoa singular e que resulta designadamente de uma análise de uma amostra biológica proveniente da pessoa singular em causa”⁽²⁾.


Dados pessoais – “Informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável (“titular dos dados”); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrónica ou por referência a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, económica, cultural ou social da pessoa singular”⁽²⁾.

Dados relativos à saúde – “Dados pessoais relacionados com a saúde física ou mental de uma pessoa singular, incluindo a prestação de serviços de saúde, que revelem informações sobre o seu estado de saúde”. “O que precede inclui informações sobre a pessoa singular recolhidas durante a inscrição para a prestação de serviços de saúde, ou durante essa prestação (...) a essa pessoa singular; qualquer número, símbolo ou sinal particular atribuído a uma pessoa singular para a identificar de forma inequívoca para fins de cuidados de saúde; as informações obtidas a partir de análises ou exames de uma parte do corpo ou de uma substância corporal, incluindo a partir de dados genéticos e amostras biológicas; e quaisquer informações sobre, por exemplo, uma doença, deficiência, um risco de doença, historial clínico, tratamento clínico ou estado fisiológico ou biomédico do titular de dados, independentemente da sua fonte, por exemplo, um médico ou outro profissional de saúde, um hospital, um dispositivo médico ou um teste de diagnóstico *in vitro*”⁽²⁾.

Divulgação de estudos clínicos – “Qualquer forma de comunicação que tenha por objeto ou por efeito informar sobre a realização de um estudo clínico, podendo esta incluir observações realizadas no contexto do estudo, interpretação de resultados e conclusões do mesmo junto do público, junto dos profissionais de saúde, junto dos meios de comunicação social, em publicações de carácter geral ou científico, independentemente do seu público-alvo, e em material publicitário de medicamentos, dispositivos médicos ou quaisquer outros meios de intervenção na saúde”⁽⁵⁾.

Encarregado da proteção de dados – “Informa e aconselha o responsável pelo tratamento ou o subcontratante, bem como os trabalhadores que tratam os dados, a respeito das suas obrigações nos termos das disposições de proteção de dados.” “Deverá ser envolvido, de forma adequada e em tempo útil, em a todas as questões

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
D	2022	2025	9/17

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV.103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO	

relacionadas com a proteção de dados pessoais". "O encarregado da proteção de dados pode ser um elemento do pessoal da entidade responsável pelo tratamento ou exercer as suas funções com base num contrato de prestação de serviços"⁽²⁾.

Ensaio Clínico – A Lei da Investigação Clínica, na perspetiva de avaliação do efeito de medicamentos, define ensaio clínico como "Qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou os outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia"⁽⁵⁾. No entanto, à falta de legislação específica, os mesmos conceitos devem entender-se como estendendo-se também à avaliação do efeito de dispositivos médicos, intervenções, produtos nutricionais, cosméticos e intervenções comportamentais.


Equipa de investigação – "É constituída pelos investigadores e ainda pelos profissionais que, por força das suas funções, participam direta e imediatamente no estudo clínico"⁽⁶⁾.

Estudo clínico ou estudo – "Qualquer estudo sistemático, conduzido no ser humano ou a partir de dados de saúde individuais, destinado a descobrir ou a verificar a distribuição ou o efeito de fatores de saúde, de estados ou resultados em saúde, de processos de saúde ou de doença, do desempenho e/ou, segurança de intervenções ou serviços de saúde, através de aspetos biológicos, comportamentais, sociais ou organizacionais"⁽⁵⁾. O ensaio clínico é uma forma específica de estudo clínico.

Estudo clínico com intervenção – "Qualquer investigação que preconize uma alteração, influência ou programação dos cuidados de saúde, dos comportamentos ou dos conhecimentos dos participantes ou cuidadores, com a finalidade de descobrir ou verificar efeitos na saúde, incluindo a exposição a medicamentos, a utilização de dispositivos médicos, a execução de técnicas cirúrgicas, a exposição a radioterapia, a aplicação de produtos cosméticos e de higiene corporal, a intervenção de fisioterapia, a intervenção de psicoterapia, o uso de transfusão, a terapia celular, a participação em sessões de educação individual ou em grupo, a intervenção com regime alimentar, a intervenção no acesso ou organização dos cuidados de saúde ou a intervenção designada como terapêutica não convencional"⁽⁵⁾.

Estudo clínico sem intervenção – "O estudo no qual estejam preenchidas as seguintes condições: i) Os medicamentos sejam prescritos ou os dispositivos médicos sejam utilizados de acordo com as condições previstas na autorização de introdução no mercado ou no procedimento de avaliação de conformidade, respetivamente; ii) A inclusão do participante numa determinada estratégia terapêutica não seja previamente fixada por um protocolo de estudo, mas dependa da prática corrente; iii) A decisão de prescrever o medicamento ou utilizar um dispositivo médico esteja claramente dissociada da decisão de incluir ou não o participante no estudo; iv) Não seja aplicado aos participantes qualquer outro procedimento complementar de diagnóstico ou de avaliação e sejam utilizados métodos epidemiológicos para analisar os dados recolhidos"⁽⁵⁾.

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
D	2022	2025	10/17

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV.103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO	

Informação de saúde – “Abrange todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, que se encontre com vida ou tenha falecido e a sua história clínica e familiar”⁽⁶⁾.

Informação genética – Informação de saúde que verse as características hereditárias de uma ou de várias pessoas, aparentadas entre si ou com características comuns daquele tipo. Exclui-se desta definição a informação obtida por testes de parentesco ou estudos de zootia em gémeos, dos estudos de identificação genética para fins criminais e do estudo das mutações genéticas somáticas no cancro. A informação genética pode resultar da realização de testes genéticos por meios de biologia molecular, assim como por testes citogenéticos, bioquímicos, fisiológicos ou imagiológicos ou da simples recolha de informação familiar, registada sob a forma de uma árvore familiar ou outra, cada um dos quais pode, por si só, enunciar o estatuto genético de uma pessoa e seus familiares⁽⁶⁾.

Investigador – “Uma pessoa que exerça profissão reconhecida em Portugal para o exercício da atividade de investigação, devido às habilitações científicas e à habilitação legal para a prestação de cuidados que a mesma exija, que se responsabiliza pela realização do estudo clínico no centro de estudo e, sendo caso disso, pela equipa de investigação que executa o estudo nesse centro, podendo neste caso, ser designado investigador principal”⁽⁵⁾.

Investigador Principal - Investigador responsável pela realização do estudo e coordenação de toda a equipa de investigadores.

Menor de idade – Em conformidade com o Art. 122º do Código Civil, “É menor quem não tiver ainda completado dezoito anos de idade”.

Participante – “A pessoa que participa no estudo clínico”⁽⁵⁾.

Representante legal – Pais e tutores legais de menores ou representantes designados por um tribunal.

Tratamento de dados – “Uma operação ou um conjunto de operações efetuadas sobre dados pessoais ou sobre conjuntos de dados pessoais, por meios automatizados ou não automatizados, tais como a recolha, o registo, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, o apagamento ou a destruição”. “Os dados pessoais deverão ser tratados de uma forma que garanta a devida segurança e confidencialidade, incluindo evitar o acesso a dados pessoais e equipamento utilizado para o seu tratamento ou a utilização dos mesmos, por pessoas não autorizadas”⁽²⁾.

6 SIGLAS E ABREVIATURAS

BI – Boletim Informativo

CA – Conselho de Administração


CEC – Comissão de Ética Competente

CEIC – Comissão de Ética para a Investigação Clínica

CES – Comissões de Ética para a Saúde

CHKS – *Caspe Healthcare Knowledge Systems*

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
D	2022	2025	11/17

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV.103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO	

CHULC – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados

DR – Diário da República

RSE – Registo de Saúde Eletrónico

7 REFERENCIAL

MANUAL	CRITÉRIOS	TÍTULO	NORMA
ACSA 2017	01	Pessoa como sujeito ativo	S 05. 01.04_02
MANUAL	NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
CHKS 2020	10	Gestão de risco clínico e de segurança do doente	10.25 e 10.27
	12	Gestão de medicamentos e serviços de farmácia	12.134 e 12.135

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


8.1 Fontes citadas no corpo do documento

- 1 [Direção-Geral da Saúde, Norma N.º 015/2013 atualizada a 4/11/2015 Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito.](#)
- 2 [Regulamento \(UE\) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados \(Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados\).](#)
- 3 [PM- COM.104- Materiais de Informação destinados a Utentes](#)
- 4 [Código Penal. Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro. Vigésima terceira alteração ao Código Penal, Lei nº 59/2007, de 4 de setembro.](#)
- 5 [Lei de investigação Clínica, Lei nº21/2014 DR, 1ª Série nº75 de 16 de abril de 2014.](#)
- 6 [Informação genética pessoal e informação de saúde. Lei 12/2005. DR 1ª Série N.º 18 de 28 de janeiro de 2005.](#)

8.2 Fontes consultadas mas não citadas

- A Convenção sobre os Direitos da Criança. http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe. World Health Organization. European Consultation on the Rights of Patients. Amsterdam 28 - 30 March 1994. http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf
- Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, concerning Biomedical Research. (Strasbourg, 25.I.2005). <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/195.htm>
- Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes - Direção Geral da Saúde; <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>.
- Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes Internados. <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Candiani M. Psiquiatria forense. <http://marciocandiani.site.med.br/index.asp?PageName=Psiquiatria-20Forense-20-28Medicina-20e-20Direito-29>. Acedido a 5 de agosto de 2011.
- [CHULC, Política de Investigação](#)

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
D	2022	2025	12/17

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	Procedimento Multissetorial	INV.103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO	

- [CHULC, TRC 104 - Consentimento Informado e Esclarecido para Procedimentos Clínicos.](#)
- Clinical Research & Clinical Trials. What is clinical research? <http://www.nichd.nih.gov/health/clinicalresearch/>.
- [Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Regulamento nº 14/2009, da Ordem dos Médicos, DR nº 8, II Série, de 11 de janeiro de 2009.](#)
- Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. (Oviedo, 4.IV.1997). <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>
- Declaração Universal dos Direitos do Homem. http://www.fd.uc.pt/hrc/enciclopedia/onu/textos_onu/dudh.pdf
- Diretiva 2005/28/CE que estabelece princípios e diretrizes pormenorizadas de boas práticas clínicas no que respeita aos medicamentos experimentais para uso humano, bem como os requisitos aplicáveis às autorizações de fabrico ou de importação desses produtos. Jornal Oficial da União Europeia. http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/eudralex/vol-1/dir_2005_28/dir_2005_28_pt.pdf
- [Lei de Bases da Saúde. Lei 95/2019 de 4 de setembro de 2019.](#)
- [Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto - «assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento \(UE\) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados».](#)
- [Lei n.º 59/2019, de 8 de agosto - «Aprova as regras relativas ao tratamento de dados pessoais para efeitos de prevenção, deteção, investigação ou repressão de infrações penais ou de execução de sanções penais, transpondo a Diretiva \(UE\) 2016/680 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016».](#)
- Organização. Regulamento. Capítulo III, Secção II, Subsecção IV, Artigo 40º. Intranet CHLC, EPE.
- Organização. Regulamento. Capítulo III, Secção II, Subsecção IV, Artigo 41º. Intranet CHLC, EPE.
- Plano Nacional de Saúde 2004/2010. http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_323.html
- [Regulamento \(UE\) nº 536/2014 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de abril de 2014, relativo aos ensaios clínicos de medicamentos para uso humano e que revoga a Diretiva 2001/20/CE;](#)
- Regulamento do CHULC – Homologado em 2014.
- Salako SE. The declaration of Helsinki 2000: ethical principles and the dignity of difference. Med Law 2006;25:341-54.
- World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (59th WMA General Assembly, Seoul, October 2008). <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

9 ANEXOS

[Anexo 1 – Exemplo de preenchimento do formulário eletrónico para obtenção de Consentimento Informado para investigação através da Plataforma de Dados de Saúde dos portais clínicos eletrónicos \(Registo de Saúde Eletrónico- RSE, SClínico ou HCIS\).](#)

[Anexo 2 – Impresso para obtenção de Consentimento Informado para investigação quando for impossível aceder ao formulário eletrónico disponível nos portais clínicos eletrónicos.](#)

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
D	2022	2025	13/17

Anexo J - Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais para Profissionais e Familiares

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

- Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais –

Nome do Projeto de Investigação / Número do protocolo (se aplicável):

Equipas de Saúde Mental da Infância e da Adolescência e *Recovery*

Nome do Participante:
BI/CC:
Nome do Investigador: Patrícia Alexandra Teixeira da Silva

No âmbito da realização do Projeto de Investigação acima mencionado declaro que:

1. Tomei conhecimento:

- dos meus direitos relativamente ao tratamento dos meus dados pessoais, bem como da finalidade do tratamento a que os meus dados pessoais se destinam;
- do prazo de conservação dos dados pessoais para a realização do presente projeto de investigação;
- de que posso retirar o meu consentimento de participante no Projeto de Investigação a qualquer momento, sem fornecer nenhuma razão para tal, sem que isso acarrete qualquer impacto negativo para mim ou meus familiares, devendo fazê-lo, por escrito, através do contacto do Investigador Principal abaixo mencionado, ou pelo e-mail epd@chlc.min-saude.pt relativo ao Encarregado de Proteção de Dados do CHULC. Neste caso, os dados recolhidos, entretanto, não serão apagados pois fazem parte de um estudo científico, ficando abrangidos por todas as medidas de proteção de dados;
- da Política de Privacidade e do Código de Conduta no Tratamento de Dados Pessoais, do CHULC;
- de que posso contactar a Comissão Nacional de Proteção de Dados, através do e-mail geral@cnpd.pt.

2. Dou o meu consentimento para:

- a recolha e o tratamento dos meus dados pessoais no âmbito da finalidade do presente projeto de investigação;
- que o meu médico e os especialistas responsáveis pelo presente projeto de investigação tenham acesso aos meus dados armazenados no âmbito da finalidade do tratamento;
- que, em caso de publicação, os dados pessoais sejam mantidos anónimos e codificados, de forma a garantir que a minha identidade pessoal não seja distinguida e/ou identificável.

Local/Data:	Contacto do Participante:
Assinatura do Participante:	
Local/Data:	Contacto do Investigador:
Assinatura do Investigador Principal:	

Anexo K - Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais para Crianças até aos 13 anos

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

- Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais –

Nome do Projeto de Investigação / Número do protocolo (se aplicável):

Equipas de Saúde Mental da Infância e da Adolescência e *Recovery*

Nome do Participante:
BI/CC:
Nome do Representante Legal:
BI/CC:
Nome do Investigador: Patrícia Alexandra Teixeira da Silva

No âmbito da realização do Projeto de Investigação acima mencionado declaro que:

1. Tomei conhecimento:

- dos meus direitos relativamente ao tratamento dos meus dados pessoais, bem como da finalidade do tratamento a que os meus dados pessoais se destinam;
- do prazo de conservação dos dados pessoais para a realização do presente projeto de investigação;
- de que posso retirar o meu consentimento de participante no Projeto de Investigação a qualquer momento, sem fornecer nenhuma razão para tal, sem que isso acarrete qualquer impacto negativo para mim ou meus familiares, devendo fazê-lo, por escrito, através do contacto do Investigador Principal abaixo mencionado, ou pelo e-mail epd@chlc.min-saude.pt relativo ao Encarregado de Proteção de Dados do CHULC. Neste caso, os dados recolhidos, entretanto, não serão apagados pois fazem parte de um estudo científico, ficando abrangidos por todas as medidas de proteção de dados;
- da Política de Privacidade e do Código de Conduta no Tratamento de Dados Pessoais, do CHULC;
- de que posso contactar a Comissão Nacional de Proteção de Dados, através do e-mail geral@cnpd.pt.

2. Dou o meu consentimento para:

- a recolha e o tratamento dos meus dados pessoais no âmbito da finalidade do presente projeto de investigação;
- que o meu médico e os especialistas responsáveis pelo presente projeto de investigação tenham acesso aos meus dados armazenados no âmbito da finalidade do tratamento;
- que, em caso de publicação, os dados pessoais sejam mantidos anónimos e codificados, de forma a garantir que a minha identidade pessoal não seja distinguida e/ou identificável.

Local/Data:	Contacto do Representante Legal:
Assinatura do Participante:	
Local/Data:	Contacto do Investigador:
Assinatura do Investigador Principal:	

**Anexo L - Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais
para Crianças dos 14 aos 17 anos**

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

- Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais –

Nome do Projeto de Investigação / Número do protocolo (se aplicável):

Equipas de Saúde Mental da Infância e da Adolescência e *Recovery*

Nome do Participante:

BI/CC:

Nome do Representante Legal:

BI/CC:

Nome do Investigador: Patrícia Alexandra Teixeira da Silva

No âmbito da realização do Projeto de Investigação acima mencionado declaro que:

1. Tomei conhecimento:

- dos meus direitos relativamente ao tratamento dos meus dados pessoais, bem como da finalidade do tratamento a que os meus dados pessoais se destinam;
- do prazo de conservação dos dados pessoais para a realização do presente projeto de investigação;
- de que posso retirar o meu consentimento de participante no Projeto de Investigação a qualquer momento, sem fornecer nenhuma razão para tal, sem que isso acarrete qualquer impacto negativo para mim ou meus familiares, devendo fazê-lo, por escrito, através do contacto do Investigador Principal abaixo mencionado, ou pelo e-mail epd@chlc.min-saude.pt relativo ao Encarregado de Proteção de Dados do CHULC. Neste caso, os dados recolhidos, entretanto, não serão apagados pois fazem parte de um estudo científico, ficando abrangidos por todas as medidas de proteção de dados;
- da Política de Privacidade e do Código de Conduta no Tratamento de Dados Pessoais, do CHULC;
- de que posso contactar a Comissão Nacional de Proteção de Dados, através do e-mail geral@cnpd.pt.

2. Dou o meu consentimento para:

- a recolha e o tratamento dos meus dados pessoais no âmbito da finalidade do presente projeto de investigação;
- que o meu médico e os especialistas responsáveis pelo presente projeto de investigação tenham acesso aos meus dados armazenados no âmbito da finalidade do tratamento;
- que, em caso de publicação, os dados pessoais sejam mantidos anónimos e codificados, de forma a garantir que a minha identidade pessoal não seja distinguida e/ou identificável.

Local/Data:	Contacto do Participante:
Assinatura do Participante:	
Local/Data:	Contacto do Representante Legal:
Assinatura do Participante:	
Local/Data:	Contacto do Investigador:
Assinatura do Investigador Principal:	

Anexo M - Consentimento Informado para Profissionais e Familiares

CONSENTIMENTO INFORMADO

Profissionais / Familiares (entrevista ao próprio)

O presente estudo “**Equipas de Saúde Mental da Infância e da Adolescência e Recovery**” surge no âmbito de um projeto de investigação no âmbito do Doutoramento em Serviço Social, a decorrer no Iscte – Instituto Universitário de Lisboa, tem como investigador principal Patrícia Alexandra Teixeira da Silva e é orientado pelo Professor Doutor Luís Manuel Capucha e Professora Doutora Maria Irene Carvalho

O estudo tem por objetivo *analisar como a dinâmica, a interação e o grau de interdisciplinaridade entre os profissionais das equipas de saúde mental da infância e da adolescência influenciam a utilização da abordagem recovery.*

O estudo pretende preencher lacunas de informação e produzir conhecimento no campo da saúde mental da infância e da adolescência, relativas à intervenção dos profissionais em equipas de saúde mental e às experiências e necessidades dos adolescentes e suas famílias.

Será realizado no Hospital de Dona Estefânia, especialidade de Pedopsiquiatria nas seguintes equipas: Unidade de Pedopsiquiatria da Segunda Infância, Clínica da Juventude e Equipa de Ligação.

A investigação aborda a dinâmica, interação e interdisciplinaridade no contexto da saúde mental da infância e adolescência, centrando-se especialmente na perspetiva dos elementos das equipas de saúde mental da infância e da adolescência e nos adolescentes e suas famílias. Serão questionadas as experiências e desafios que todos os envolvidos enfrentam no contexto da saúde mental.

O estudo é realizado por Patrícia Alexandra Teixeira da Silva (patricia.alexandra.silva@chlc.min-saude.pt), endereço eletrónico), que poderá contactar caso pretenda esclarecer uma dúvida ou partilhar algum comentário.

A sua participação no estudo, será muito valorizada, pois irá contribuir para o avanço do conhecimento, consiste em participação numa entrevista única. Não existem riscos expectáveis associados à participação no estudo.

A participação no estudo é estritamente voluntária: pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper a participação em qualquer momento sem ter de prestar qualquer justificação. Para além de voluntária, os dados obtidos são pseudonimizados e destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Em nenhum momento do estudo precisa de se identificar.

A gravação será destruída até um ano após a prestação de provas públicas de doutoramento. Será efetuada uma transcrição parcial das entrevistas. Na apresentação de dados e na tese no geral, poderão ser transcritos excertos, devidamente citados. A sua colaboração é da maior importância e o seu contributo é fundamental. Muito grata pela sua participação!

Declaração do Profissional

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos referidos neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti à pessoa abaixo indicada, que tem o direito de recusa de participar ou de retirar o consentimento em qualquer momento, sem ter de o justificar, não havendo qualquer tipo de discriminação, represália ou interferência na prestação dos melhores cuidados, necessários à sua situação clínica.

Nome do profissional de saúde: Patrícia Alexandra Teixeira da Silva

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – Hospital de Dona Estefânia

Contacto institucional do profissional de saúde: 213596591

_____ (local), ____/____/____ (data)

Assinatura: _____

Declaração da Pessoa

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

☐ Autorizo os atos indicados, bem como os procedimentos diretamente relacionados, que sejam necessários à minha participação no estudo de investigação em saúde que me é proposto, justificado por razões fundamentadas.

☐ Não autorizo os atos indicados, bem como os procedimentos diretamente relacionados, que sejam necessários à minha participação no estudo de investigação em saúde que me é proposto, justificado por razões fundamentadas.

Nome: _____

_____ (local), ____/____/____ (data)

Assinatura (de acordo com o CC): _____

Doc. Identificação n.º _____ Data ou Validade: _____

Anexo N - Consentimento Informado para Crianças até aos 13 anos

CONSENTIMENTO INFORMADO

Adolescentes (10-13 anos)

O presente estudo “**Equipas de Saúde Mental da Infância e da Adolescência e Recovery**” surge no âmbito de um projeto de investigação no âmbito do Doutoramento em Serviço Social, a decorrer no Iscte – Instituto Universitário de Lisboa, tem como investigador principal Patrícia Alexandra Teixeira da Silva e é orientado pelo Professor Doutor Luís Manuel Capucha e Professora Doutora Maria Irene Carvalho

O estudo tem por objetivo *analisar como a dinâmica, a interação e o grau de interdisciplinaridade entre os profissionais das equipas de saúde mental da infância e da adolescência influenciam a utilização da abordagem recovery.*

O estudo pretende preencher lacunas de informação e produzir conhecimento no campo da saúde mental da infância e da adolescência, relativas à intervenção dos profissionais em equipas de saúde mental e às experiências e necessidades dos adolescentes e suas famílias.

Será realizado no Hospital de Dona Estefânia, especialidade de Pedopsiquiatria nas seguintes equipas: Unidade de Pedopsiquiatria da Segunda Infância, Clínica da Juventude e Equipa de Ligação.

A investigação aborda o contexto da saúde mental da infância e adolescência.

O estudo é realizado por Patrícia Alexandra Teixeira da Silva (patricia.alexandra.silva@chlc.min-saude.pt), endereço eletrónico), que poderá contactar caso pretenda esclarecer uma dúvida ou partilhar algum comentário.

A sua participação no estudo, será muito valorizada, pois irá contribuir para o avanço do conhecimento, consiste em participação numa entrevista única. Não existem riscos expectáveis associados à participação no estudo.

A participação no estudo é voluntária: pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper a participação em qualquer momento sem ter de justificar o porquê.

Para além de voluntária, os dados obtidos são pseudonimizados (os dados pessoais que permitem a sua identificação são substituídos por um identificador fictício, não sendo possível associar o seu nome) e destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Em nenhum momento do estudo precisa de se identificar.

A gravação será destruída até um ano após a prestação de provas públicas de doutoramento. Será efetuada uma transcrição parcial das entrevistas. Na apresentação de dados e na tese no geral, poderão ser transcritos excertos, devidamente citados. A sua colaboração é da maior importância e o seu contributo é fundamental. Muito grata pela sua participação!

Declaração do Profissional

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos referidos neste documento. Respondo a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti à pessoa abaixo indicada, que tem o direito de recusa de participar ou de retirar o consentimento em qualquer momento, sem ter de o justificar, não havendo qualquer tipo de discriminação, represália ou interferência na prestação dos melhores cuidados, necessários à sua situação clínica.

Nome do profissional de saúde: Patrícia Alexandra Teixeira da Silva

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – Hospital de Dona Estefânia

Contacto institucional do profissional de saúde: 213596591

_____ (local), ____/____/____ (data)

Assinatura: _____

Declaração dos pais/familiares:

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

☐ Autorizo os atos indicados, bem como os procedimentos diretamente relacionados, que sejam necessários à minha participação no estudo de investigação em saúde que me é proposto, justificado por razões fundamentadas.

☐ Não autorizo os atos indicados, bem como os procedimentos diretamente relacionados, que sejam necessários à minha participação no estudo de investigação em saúde que me é proposto, justificado por razões fundamentadas.

Nome do adolescente: _____

Nome: _____

_____ (local), ____/____/____ (data)

Assinatura (de acordo com o CC): _____

Doc. Identificação n.º _____ Data ou Validade: _____

Anexo O - Consentimento Informado para Crianças dos 14 aos 17 anos

CONSENTIMENTO INFORMADO

Adolescente (14-17 anos)

O presente estudo “**Equipas de Saúde Mental da Infância e da Adolescência e Recovery**” surge no âmbito de um projeto de investigação no âmbito do Doutoramento em Serviço Social, a decorrer no Iscte – Instituto Universitário de Lisboa, tem como investigador principal Patrícia Alexandra Teixeira da Silva e é orientado pelo Professor Doutor Luís Manuel Capucha e Professora Doutora Maria Irene Carvalho

O estudo tem por objetivo *analisar como a dinâmica, a interação e o grau de interdisciplinaridade entre os profissionais das equipas de saúde mental da infância e da adolescência influenciam a utilização da abordagem recovery.*

O estudo pretende preencher lacunas de informação e produzir conhecimento no campo da saúde mental da infância e da adolescência, relativas à intervenção dos profissionais em equipas de saúde mental e às experiências e necessidades dos adolescentes e suas famílias.

Será realizado no Hospital de Dona Estefânia, especialidade de Pedopsiquiatria nas seguintes equipas: Unidade de Pedopsiquiatria da Segunda Infância, Clínica da Juventude e Equipa de Ligação.

A investigação aborda a dinâmica, interação e interdisciplinaridade no contexto da saúde mental da infância e adolescência, centrando-se especialmente na perspetiva dos elementos das equipas de saúde mental da infância e da adolescência e nos adolescentes e suas famílias. Serão questionadas as experiências e desafios que todos os envolvidos enfrentam no contexto da saúde mental.

O estudo é realizado por Patrícia Alexandra Teixeira da Silva (patricia.alexandra.silva@chlc.min-saude.pt), endereço eletrónico), que poderá contactar caso pretenda esclarecer uma dúvida ou partilhar algum comentário.

A sua participação no estudo, será muito valorizada, pois irá contribuir para o avanço do conhecimento, consiste em participação numa entrevista única. Não existem riscos expectáveis associados à participação no estudo.

A participação no estudo é estritamente voluntária: pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper a participação em qualquer momento sem ter de prestar qualquer justificação.

Para além de voluntária, os dados obtidos são pseudonimizados (os dados pessoais que permitem a sua identificação são substituídos por um identificador fictício, não sendo possível associar o seu nome) e destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Em nenhum momento do estudo precisa de se identificar.

A gravação será destruída até um ano após a prestação de provas públicas de doutoramento. Será efetuada uma transcrição parcial das entrevistas. Na apresentação de dados e na tese no geral, poderão ser transcritos excertos, devidamente citados. A sua colaboração é da maior importância e o seu contributo é fundamental. Muito grata pela sua participação!

Declaração do Profissional

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos referidos neste documento. Respondo a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti à pessoa abaixo indicada, que tem o direito de recusa de participar ou de retirar o consentimento em qualquer momento, sem ter de o justificar, não havendo qualquer tipo de discriminação, represália ou interferência na prestação dos melhores cuidados, necessários à sua situação clínica.

Nome do profissional de saúde: Patrícia Alexandra Teixeira da Silva

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – Hospital de Dona Estefânia

Contacto institucional do profissional de saúde: 213596591

_____ (local), ____/____/____ (data)

Assinatura: _____

Declaração do adolescente (maturidade ética para o efeito)

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

☐ Autorizo os atos indicados, bem como os procedimentos diretamente relacionados, que sejam necessários à minha participação no estudo de investigação em saúde que me é proposto, justificado por razões fundamentadas.

☐ Não autorizo os atos indicados, bem como os procedimentos diretamente relacionados, que sejam necessários à minha participação no estudo de investigação em saúde que me é proposto, justificado por razões fundamentadas.

Nome do adolescente: _____

_____ (local), ____/____/____ (data)

Assinatura (de acordo com o CC): _____

Doc. Identificação n.º _____ Data ou Validade: _____

Nome: _____

_____ (local), ____/____/____ (data)

Grau de parentesco u tipo de representação: _____

Assinatura (de acordo com o CC): _____

Doc. Identificação n.º _____ Data ou Validade: _____