



Associação Portuguesa
de Psiquiatria
da Infância e da Adolescência

CONTRIBUTOS PARA UM DIAGNÓSTICO E ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - SUB-COMISSÃO DE SAÚDE MENTAL, DIREITO DE MENORES E FAMÍLIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, JULHO DE 2005.

**Contributos para um diagnóstico e uma
estratégia de intervenção integrada em
matéria
de saúde mental da infância e
da adolescência**

Documento elaborado por:

Maria José Gonçalves

Maria José Viana de Almeida

Paula Guimarães

Ana Paula Alves

Contributos para um diagnóstico e uma estratégia de intervenção integrada em matéria de saúde mental da infância e da adolescência

A – Enquadramento da intervenção

Antes da Reforma do Direito de Menores, a Organização Tutelar de Menores (OTM) abrangia, de forma indiferenciada, os jovens em perigo dos jovens agentes de actos qualificados como crimes, promovendo uma intervenção que não distinguia objectivos, estruturas de acolhimento e métodos de actuação.

A entrada em vigor das Leis n.º 147/99, de 1 de Setembro, (que aprovou a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo) e n.º 166/99, de 14 de Setembro, (que aprovou a Lei Tutelar Educativa), permitiu autonomizar as crianças e jovens em perigo dos jovens agentes de infracção, reconhecendo a necessidade de desenvolver acções assentes em paradigmas diferentes.

1 - A Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo

A LPCJ entrou em vigor em 1 de Janeiro de 2001 e tem como pressuposto de que as crianças e os jovens são actores sociais cuja protecção deve ser sinónimo de promoção dos seus direitos individuais, económicos, sociais e culturais.

O seu âmbito de aplicação abrange todas as crianças e jovens em perigo que residam ou se encontrem em território nacional, considerando-se como criança ou jovem a pessoa com menos de 18 anos ou a pessoa com menos de 21 anos que solicite a continuação

da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos, bem como menores de 12 anos que pratiquem facto qualificado como crime.

A intervenção para a promoção dos direitos e de protecção das crianças e jovens em perigo faz-se numa dupla perspectiva: a criança titular de direitos e liberdades fundamentais e a criança carente de protecção social, segundo princípios orientadores como sejam a prevalência do superior interesse da criança e do jovem, a prevalência da família e a responsabilidade parental, a intervenção precoce, mínima e proporcional.

As medidas de promoção e protecção previstas no artº.35º. da LPCJ podem ser medidas em meio natural de vida ou medidas de colocação e são suportadas num Acordo de Promoção e Protecção que prevê, entre outros aspectos, os cuidados de saúde a prestar à criança/jovem.

No âmbito do trabalho em curso importa destacar a medida de acolhimento institucional que pode ser de **curta duração** (artº.50º. da LPCJ) e que tem lugar em Casa de Acolhimento Temporário, por prazo não superior a 6 meses, destinando-se a situações para as quais tecnicamente se diagnosticou a necessidade de afastamento temporário das famílias de origem; e o **acolhimento prolongado** que se destina às situações desprovidas de meio familiar ou cujas problemáticas justificam o afastamento em relação às famílias de origem, por um período superior a seis meses e que tem lugar em Lar de Infância e Juventude, os quais podem ser especializados ou terem valências especializadas (artº.51º. da LPCJ).

Os diagnósticos que têm vindo a ser realizados nos últimos anos, dão visibilidade à lacuna actualmente existente no sistema de acolhimento nacional, no que se refere a respostas especializadas para as necessidades dos jovens com **comportamentos desviantes e/ou problemas de saúde mental**, sendo que as propostas já efectuadas vão no sentido da criação de uma plataforma de acolhimento institucional transitória entre o sistema de protecção e o sistema de justiça, com as obrigatórias ligações à área da saúde.

2 - A Lei Tutelar Educativa

A LTE entrou em vigor em 1 de Janeiro de 2001, exigindo um amplo esforço de adaptação das estruturas do Ministério da Justiça, por forma a adequar os equipamentos, funcionamento e competências profissionais aos novos princípios de actuação.

O seu âmbito pessoal de aplicação abrange os jovens com idade compreendida entre os 12 e os 16 anos de idade, que pratiquem, em Portugal, factos qualificados pela lei como crime e passíveis de aplicação de medida tutelar por lei anterior ao momento da sua prática.

Ao abrigo do princípio da legalidade, o legislador previu, taxativamente, as medidas tutelares educativas que devem ser

aplicadas segundo critérios de adequação, intervenção mínima e proporcionalidade.¹

Do elenco de medidas tutelares educativas, destaca-se, no âmbito do trabalho em curso, a medida de internamento, considerada a medida de "fim de linha" por consubstanciar a privação de liberdade e por determinar uma intervenção tutelar educativa mais exigente e que integra, para além da educação para o direito, a formação escolar e a formação profissional.

O internamento dos jovens num dos 12 centros educativos do sistema, origina responsabilidades acrescidas ao IRS, enquanto organismo do Ministério da Justiça responsável pela sua gestão.

Tal como decorre da alínea a) do nº1 do artigo 171º da LTE, os menores, durante o internamento em centro educativo, têm direito a que o centro zele pela sua vida, integridade física e saúde.

O artigo 174º, nº 1, do mesmo diploma sublinha, ainda, que os menores dispõem de assistência hospitalar ou outra, sempre que necessidades de saúde a exijam.

¹ São medidas tutelares, nos termos do Artigo 4º da LTE:

- a) A admoestação;
- b) A privação do direito de conduzir ciclomotores ou de obter permissão para conduzir ciclomotores;
- c) A reparação ao ofendido;
- d) A realização de prestações económicas ou de tarefas a favor da comunidade;
- e) A imposição de regras de conduta; f) A imposição de obrigações;
- g) A frequência de programas formativos; h) O acompanhamento educativo;
- i) O internamento em centro educativo.

Também o Regulamento Geral e Disciplinar dos Centros Educativos, aprovado pelo Decreto-Lei nº 323-D/2000, de 20 de Dezembro, determina, nos números 1 e 2 do seu artigo 56º, que o centro educativo deve zelar pela saúde e bem-estar do educando, promovendo, designadamente, a sua vigilância clínica regular, bem como a realização dos exames e tratamentos de que careça e sublinha que, para além dos cuidados de saúde que lhe são prestados no centro educativo, o educando tem direito à assistência médica e hospitalar em condições idênticas às que teria se não estivesse internado.

Neste sentido, importaria garantir, uma estreita articulação entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde, de modo a prestar os cuidados de saúde necessários aos jovens, reconhecendo que esta dimensão é determinante para o bem-estar global e para o sucesso da intervenção educativa.

3 - A intervenção integrada no domínio da saúde mental

As crianças abrangidas pela UM e pela LPCJ provêm de meios familiares muito vulneráveis, com falhas graves ao nível das capacidades parentais, nomeadamente a capacidade de promover a protecção física e a segurança afectiva, de prestar cuidados básicos e organizar rotinas, de fornecer estimulação sensorial e afectiva e apoiar as aprendizagens.

São famílias desestruturadas, em que a pobreza, associada a elevadas taxas de alcoolismo, de desemprego, toxicodependência,

doença mental, conduzem a situações de grande violência intra-familiar.

As relações pais - filhos estão gravemente afectadas e as crianças não encontram, nos laços familiares, uma base segura no qual se apoie o desenvolvimento da sua personalidade.

Assim, crescem com graves carências a nível psicológico e educativo que são potenciadas pelos numerosos acontecimentos de vida negativos que acontecem nestas famílias, dos quais destacamos as separações múltiplas e precoces, os abandonos, os lutos, que imprimem uma grave descontinuidade nas suas experiências afectivas e relacionais.

Não é, pois, de estranhar a elevada percentagem de sintomas psicológicos e comportamentais que estas crianças apresentam e a elevada taxa de morbilidade psiquiátrica encontrada na população infantil e juvenil institucionalizada.

O acesso aos cuidados de saúde mental, nos seus vários níveis, deveria ser considerado uma prioridade e ser integrado no conjunto da intervenção social educativa e jurídica.

O primeiro nível do acesso destas crianças e jovens à saúde mental é-lhes dado pela possibilidade dos cuidados nas instituições serem prestados por profissionais com formação em saúde mental.

O segundo nível é o acesso a serviços especializados onde as suas situações clínicas sejam diagnosticadas e tratadas.

O terceiro nível é o acesso a residências terapêuticas, a tempo parcial ou total, quando a gravidade das situações a isso obriga.

Actualmente, existem constrangimentos nos 3 níveis descritos:

1º nível: o recrutamento dos profissionais e agentes educativos não contempla exigências curriculares na área da saúde mental e não lhes é fornecida formação complementar posterior. Esta situação origina más práticas que potenciam as já existentes debilidades destas crianças e jovens e fragiliza as actuações dos profissionais junto dos menores.

2º nível: os serviços existentes não têm recursos humanos suficientes.

3º nível: não existe. A total ausência de resposta nesta área leva a que os jovens que dela precisam passam de urgência em urgência, de instituição em instituição, sem fim à vista para os seus problemas bem como a um insuportável acréscimo de "burn-out" dos profissionais.

B- Diagnóstico de necessidades em matéria de saúde mental

Uma intervenção de saúde mental junto das crianças e jovens abrangidos, quer pela Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, quer pela Lei Tutelar Educativa, reveste-se de particular importância, como decorre da breve caracterização efectuada.

1 - Caracterização das crianças e jovens acolhidos em estruturas tuteladas pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade

Segundo o Relatório de Caracterização da Situação das Crianças e Jovens em Situação de Acolhimento em 2004 encontravam-se em colocação institucional e familiar 15.118 crianças e jovens.

No que concerne à caracterização sociográfica destas crianças e jovens, é de referir que se trata maioritariamente de adolescentes e pré-adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos de idade, de ambos os sexos e de nacionalidade e naturalidade portuguesas. Na sua maioria, encontram-se a frequentar a escola, ainda que se registre a tendência para delinear trajetórias escolares pautadas pelo insucesso, tanto mais acentuado quanto mais avançado é o escalão etário.

Antes do seu acolhimento em lares de infância e juventude, famílias de acolhimento ou centros de acolhimento temporário, estas crianças viviam sobretudo em famílias nucleares com filhos ou famílias monoparentais femininas.

Trata-se de famílias que, em regra, prestam aos seus filhos suporte de forma irregular ou não promovem qualquer enquadramento. No entanto, existem algumas famílias cujo apoio aos seus filhos em situação de acolhimento é prestado com regularidade. Refira-se que a grande maioria destas crianças e jovens não se encontra em situação de orfandade. Na origem do seu acolhimento estiveram problemáticas como a negligência, a mendicidade e o abandono, seguidos dos maus tratos, físicos e psicológicos.

Ainda segundo o referido relatório a medida de promoção e protecção mais frequentemente aplicada ou proposta para estas crianças e jovens é a manutenção em acolhimento institucional, justificada nomeadamente pela necessidade de garantir a estabilidade emocional e a situação de saúde das crianças e jovens.

2 - Apoio psiquiátrico disponibilizado em instituição de acolhimento de crianças e jovens

Em Portugal Continental existem 311 instituições de acolhimento: - 216 Lares de Infância e Juventude e 95 Centros de Acolhimento Temporário, estando incluídos neste universo 21 estabelecimentos integrados de gestão directa da segurança social: - 12 Lares de Infância e Juventude e 9 Centros de Acolhimento Temporário.

De acordo com levantamento distrital efectuado em Fevereiro de 2004, apurou-se que existiam 389 jovens com comportamentos desviantes associados a práticas de factos ilícitos e a patologias mentais, acolhidos sobretudo em Lares de Infância e Juventude ou a aguardar execução de medida de acolhimento institucional por inexistência de instituição adequada.

Dos dados disponíveis e sem prejuízo da realização de um diagnóstico mais circunstanciado, podemos afirmar que não existem pedopsiquiatras nem outros profissionais da área da saúde mental nas equipas das instituições de acolhimento de crianças e jovens.

Recorre-se, sempre que necessário, à rede de serviços de saúde da zona, com as conseqüentes e inúmeras dificuldades no acesso a consultas de especialidade e sem que as necessidades de um acompanhamento mais próximo, sistemático e humanizado na área da saúde mental sejam efectivamente satisfeitas, o que compromete a definição e consolidação de projectos de vida e conseqüentemente a inclusão social destes jovens.

3 - Caracterização dos jovens internados em Centros Educativos, pertencentes ao Ministério da Justiça

Recorrendo ao estudo recente elaborado pelo Observatório Permanente da Justiça "Os caminhos difíceis da Nova Justiça Tutelar" referentes a 2001/2002 e da análise dos dados disponíveis, recolhidos a partir da consulta dos processos, podemos concluir que os jovens são, na sua maioria, nacionais portugueses, do sexo masculino, entre os 14 e os 16 anos, residentes nas cidades de Lisboa ou Porto, com frequência do ensino básico.

Na sua maioria são provenientes de famílias onde podemos identificar uma multidisfunção, causada por toxicodependência, alcoolismo, negligência parental e violência doméstica.

Neste sentido, mesmo os jovens que não apresentam um quadro psiquiátrico, necessitam de apoio continuado durante o período de cumprimento de medida. São jovens com um percurso marcado pela vitimação e insucesso escolar.

Muitos foram objecto de medidas de protecção e residiram em estruturas de acolhimento tuteladas pela Segurança Social, com evidentes lacunas ao nível da intervenção de pedopsiquiatria.

São, ainda, de registar alguns casos de evidente debilidade mental que, em rigor, não deveriam estar a cumprir medida de internamento, por manifesta incapacidade de entender ou beneficiar da intervenção educativa.

Por ausência de respostas especificamente dirigidas para estes jovens, o tribunal opta por aplicar medidas tutelares de guarda ou de internamento, sem se verificarem todos os pressupostos legalmente previstos, com consequências nefastas nos jovens, nas estruturas que os acolhem e nos demais educandos.

Da análise do sistema, recorrendo a dados datados de Janeiro de 2005, verificamos que 90 dos 272 jovens apresentam problemas de saúde mental, exigindo forte intervenção, o que corresponde a 33% da população.

4 - Apoio psiquiátrico disponibilizado em Centro Educativo

Ao longo do cumprimento das medidas tutelares de internamento, os educandos são alvo de acompanhamento psicológico e, em determinadas situações, de acompanhamento psiquiátrico regular, com componente medicamentosa.

No entanto, dos 12 Centros Educativos que, actualmente constituem o sistema, apenas um possui um psiquiatra integrado nos quadros

do Instituto e que trabalha, a tempo inteiro, no Centro, integrando a sua equipa.

Outro equipamento beneficia de apoio regular de pedopsiquiatra avançado e os restantes possuem apenas apoio pontual de psiquiatras avançados ou por recurso aos serviços de saúde da zona.

Tais circunstâncias, em nada imputáveis ao Ministério da Justiça e ao IRS, impedem, não só um trabalho interdisciplinar, que envolva as diversas valências que compõem a equipa dos Centros Educativos, como compromete uma intervenção global e integrada com o jovem, em que a vertente da intervenção psiquiátrica interage com a intervenção educativa.

O acompanhamento psiquiátrico dos jovens que se encontram a cumprir medidas tutelares de internamento é, não só um factor importante para a sua estabilidade e adesão à vivência em Centro Educativo mas uma condição para uma reinserção social efectiva.

Neste sentido, é fundamental o reforço, estabilidade e vinculação dos psiquiatras e pedopsiquiatras aos Centros Educativos, por forma a garantir uma intervenção de qualidade, assente em metodologias concertadas e sob a égide de princípios comuns em matéria de saúde mental.

Por outro lado, revela-se, igualmente, essencial promover uma articulação sistemática, protocolada e perene entre a Justiça, Segurança Social e Saúde, de modo a preparar, o mais precocemente possível o acompanhamento dos jovens

**após a cessação das medidas, a partir dos serviços de
implantação local.**

C - Propostas

Face ao exposto, a Subcomissão considera que o Conselho Nacional de Saúde Mental pode desempenhar um papel importante junto dos Ministérios envolvidos, no sentido de promover uma intervenção integrada em prol da saúde mental infantil e juvenil dos grupos mais vulneráveis, designadamente através de um maior investimento na formação dos quadros de pessoal no domínio da saúde mental, bem como através da criação de uma resposta terapêutica integrada.

Neste sentido, submete-se à apreciação do Conselho um conjunto de recomendações inspiradoras da intervenção, bem como uma proposta de Plano de Formação e uma proposta de criação de unidade terapêutica, propostas que constituem anexos ao presente documento, dele fazendo parte integrante.

Lisboa, 19 de Julho de 2005

ANEXO I

PROPOSTA DE RECOMENDAÇÕES DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL SOBRE SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL

Considerando a Convenção dos Direitos Criança, adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Setembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990;

Considerando os Princípios Orientadores das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil (Princípios Orientadores de Riade);

Considerando a Recomendação da Rede Europeia de Promoção da Saúde Mental, aprovada em Bruxelas, em 27 de Novembro de 1999;

Considerando o Plano Europeu de Acção para a Saúde Mental, aprovado em Helsínquia, em Janeiro de 2005;

Considerando a Recomendação REC(2005)5 do Comité de Ministros aos Estados Membros sobre os direitos das crianças que vivem em instituições residenciais; Considerando os princípios plasmados nas Leis de Protecção das Crianças e Jovens em Perigo e na Lei Tutelar Educativa,

O Conselho Nacional de Saúde Mental entende que deve ser adoptada uma Política Integrada de promoção da saúde mental da infância e da adolescência, traduzida num Plano de intervenção faseado e que congregue os diferentes domínios de actuação e respectivos agentes e estruturas responsáveis, junto da população infantil e juvenil abrangida pela Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo e pela Lei Tutelar Educativa,

O Conselho Nacional de Saúde Mental aprova, ainda, nos termos do Artigo 3º nº 1 do Decreto-lei nº 35/99, de 5 de Fevereiro, as seguintes Recomendações:

1. Seja reconhecida a necessidade de disponibilizar cuidados de saúde mental às crianças e jovens;
2. Seja garantida às crianças e jovens em situação de maior vulnerabilidade psicossocial a prioridade no acesso aos cuidados de saúde mental;
3. Seja assegurada que a vertente da saúde mental integre o projecto de vida destas crianças e jovens;
4. Seja assegurada uma intervenção integrada através da criação de uma plataforma transitória que abranja as áreas da Saúde, Segurança Social e Justiça;
5. Seja promovido um plano de formação de em saúde mental, dirigido a todos os agentes educativos e sociais que actuam junto das crianças e jovens alvo de medidas de protecção e medidas tutelares educativas;
6. Seja criada uma rede de serviços de saúde mental e psiquiatria infantil, e da adolescência, devidamente apetrechados, em ordem a facilitar o acesso aos cuidados de saúde e garantir o apoio às famílias e estruturas de intervenção;
7. Seja criada uma unidade residencial de acolhimento para crianças e jovens que necessitem de acompanhamento de saúde mental;
8. Seja designada a entidade responsável pela criação de condições jurídicas, técnicas, orgânicas e funcionais que possibilitem a implementação das presentes recomendações.
9. Seja constituída uma comissão permanente de acompanhamento, composta por representantes dos ministérios envolvidos, destinada a monitorizar e avaliar o cumprimento das recomendações propostas.

ANEXO II

Proposta de formação em saúde mental infantil e juvenil

Fundamentação

Considerando que as crianças e jovens abrangidos pela Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo e pela Lei Tutelar Educativa, acolhidos, respectivamente nas estruturas sob tutela do Ministério do Trabalho e Solidariedade e internados nos Centros Educativos pertencentes ao IRS e sob tutela do Ministério da Justiça são, na sua maioria, oriundos de famílias que apresentam graves disfunções;

Considerando, que o seu percurso está marcado por um desrespeito reiterado dos seus direitos á protecção, segurança, educação e saúde, contemplados, nomeadamente na Convenção dos Direitos das Crianças , adoptada pela Assembleia Geral da ONU e que compete ao Estado, garantir a sua protecção;

Considerando, igualmente, que, muitas destas crianças e jovens foram vítimas de violência familiar, sob qualquer uma das suas quatro formas principais: violência física, abuso sexual, negligência e crueldade, com graves consequências ao nível do seu desenvolvimento psicológico e saúde mental;

Considerando, ainda, que grande número destas crianças e jovens apresentam sintomas, desde a primeira infância, de depressão, comportamentos agressivos e inadaptação escolar, bem como toxicomania, alcoolismo e gravidezes não desejadas, bem como problemas de saúde mental e graves carências ao nível psico-afectivo;

Considerando, por último, que existe uma notória insuficiência de recursos humanos no domínio da pedopsiquiatria e psicologia, disponíveis para assegurar o acompanhamento necessário destas crianças e jovens e graves lacunas de formação em matéria de saúde mental, dos dirigentes e agentes educativos e desconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, do enquadramento legal da intervenção educativa e da organização e funcionamento das estruturas de acolhimento;

Torna-se urgente, promover o desenvolvimento das competências recíprocas nas áreas da saúde mental da infância e da adolescência e da reforma de direito de menores aos profissionais das estruturas sob tutela do Ministério do Trabalho e Solidariedade e dos Centros

Educativos, bem como, aos profissionais de saúde, através do desenvolvimento de um plano de formação.

Objectivos

São objectivos do plano de formação:

1. Promover a saúde mental das crianças e jovens mais vulneráveis;
2. Disponibilizar aos profissionais as ferramentas necessárias para que possam lidar de uma forma ajustada e concertada com os jovens que estão sob a sua responsabilidade;
3. Contribuir para implementar condições, nas estruturas sob tutela do Ministério do Trabalho e Solidariedade e nos Centros Educativos, adequadas às necessidades específicas dos utentes e que promovam o seu desenvolvimento psico-Afectivo, com observância das especificidades previstas na lei;
4. Promover uma intervenção integrada e multidisciplinar, entre as valências sociais e de saúde;
5. Favorecer a intervenção educativa, aprofundando os conhecimentos em matéria de saúde mental infantil e juvenil.

Destinatários

São destinatários preferenciais do Plano de Formação:

Programa I - Os dirigentes não profissionais, das estruturas sob tutela do Ministério do Trabalho e Solidariedade;

Programa II - Os dirigentes profissionais, os agentes educativos e pessoal auxiliar das estruturas sob tutela do Ministério do Trabalho e Solidariedade e dos Centros Educativos sob tutela do Ministério da Justiça;

Cada módulo de formação não deverá abranger mais do que 15 e 20 formandos, respectivamente no Programa I e no Programa II, podendo os formandos, de acordo com a sua formação, conteúdo funcional e estrutura onde desempenham funções, seleccionar os módulos que pretende frequentar.

Sublinha-se, no entanto, relativamente ao Programa II, a mais valia de constituir grupos mistos, de profissionais de saúde e agentes educativos provenientes quer de estruturas sob tutela do Ministério do Trabalho e Solidariedade e dos Centros Educativos sob tutela do Ministério da Justiça.

Estrutura do Plano de Formação

O Plano de Formação será constituído por módulos, que pretendem contemplar as várias etapas de vida da criança e jovem em relação com a instituição. Todos os módulos terão componentes teóricas e práticas, sendo a apresentação de casos concretos ou de situações clínicas sujeita a rigorosa confidencialidade. O material distribuído sob a forma de papel deverá ser entregue no final de cada módulo ao responsável pela apresentação. A bibliografia relativa aos conteúdos programáticos será entregue no início da formação.

Módulo A – O Novo Direito de Menores

Neste módulo será abordado o processo de reforma do Direito de Menores, bem como o enquadramento legal da intervenção realizada ao abrigo da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo e da Lei Tutelar Educativa.

Módulo B – Antes da entrada: Quem é a criança ou jovem que chega ao Centro?

Neste módulo serão abordados conceitos básicos sobre o desenvolvimento infantil e a adolescência, sobre o risco e as diferentes situações potencialmente geradoras de perturbação mental. Será um módulo essencialmente teórico, ilustrado, a par e passo com casos clínicos, ilustrativos das diferentes situações. Este módulo pretende dar conhecimentos sobre os diferentes percursos de vida e a forma como aspectos destes percursos interferem no desenvolvimento psico-afectivo.

Módulo C – A chegada. Como acolher e instalar o recém-chegado?

A partir das noções de "situação de crise" e de "luto" serão abordadas as necessidades específicas das crianças de acordo com a idade (1ª infância, idade pré-escolar, idade escolar, puberdade e adolescência).

Será um curso teórico-prático com apresentação e discussão dos diferentes modelos de acolhimento e discussão de casos clínicos e recurso a material videográfico e técnicas de participação activa.

Módulo D – A vida na instituição

Serão abordados os aspectos importantes que regulam a vida diária dos jovens, nomeadamente a designação de 1 profissional de referência, importância das rotinas, equilíbrio entre cumprimento/flexibilização das regras, gestão de conflitos (entre as crianças - módulo II ; crianças /adultos e entre profissionais módulo I)

A apresentação de situações constituirá a base, a partir da qual se fará a discussão teórica.

No decurso deste módulo serão identificadas as práticas diferentes, realizadas no contexto das estruturas de protecção e no contexto dos Centros Educativos.

Módulo E – Sinais de alerta. Que fazer?

A partir de algumas noções básicas sobre diferentes quadros clínicos mais frequentes nestas situações, estabelecer-se-ão "guidelines" para a detecção de situações de risco psíquico e estratégias de actuação.

Módulo F – Como apoiar a família?

Estabilização de princípios e de instrumentos de intervenção com crianças, jovens e famílias segundo uma abordagem ecossistémica.

Módulo G – Visita a uma estrutura de acolhimento tutelada pela Segurança Social e a um Centro Educativo pertencente ao Instituto de Reinserção Social

Avaliação:

A avaliação deverá ter duas componentes:

- avaliação dos conhecimentos adquiridos - feita através da apresentação de um trabalho individual (Programa I: Proposta de melhoria na instituição, numa das áreas tratadas. Programa II Apresentação de um caso de uma criança / Modelo de intervenção)



Associação Portuguesa
de Psiquiatria
da Infância e da Adolescência

- avaliação do impacto da formação - avaliando, seis meses depois, de forma individual, a alteração de práticas do formando.

Carga horária

Programa I – Cada módulo terá 8 horas, excepto o Módulo B que terá 12 horas. A metodologia e participação dos formandos, será definida no início de cada módulo.

Programa II – Cada módulo terá 12 horas. Neste programa, 4 horas serão dedicadas à discussão de casos, propostas e trabalhos apresentados pelos formandos devendo constituir-se grupos de trabalho que não devem ter mais de 10 elementos. A metodologia e a participação dos formandos, será definida no início de cada módulo.

Avaliação – 1 h para a discussão de cada trabalho.

Horário proposto: Períodos de 4h (1 manhã; 1 tarde, 1 manhã).

Estrutura promotora do curso

De modo a proceder à calendarização do curso, selecção dos formadores e formandos e operacionalização dos diferentes módulos, propõe-se que as entidades com assento no Conselho Nacional de Saúde Mental, que integrem a Subcomissão, assumam conjuntamente os encargos decorrentes do curso e indiquem um representante que integre um grupo de trabalho que promova a sua realização.

Propõe-se, ainda que esse grupo de trabalho seja apoiado do ponto de vista logístico pela Direcção-Geral da Saúde.

ANEXO III

Proposta de criação de uma Unidade residencial terapêutica

1. Fundamentação

De acordo com o diagnóstico das necessidades em saúde mental das crianças e jovens institucionalizados em Lares de Infância e Juventude, referido no relatório "Recomendações para uma Intervenção Integrada em Saúde Mental da Infância e da Adolescência", existem 389 jovens com comportamentos desviantes, aos quais acresce um número variável, mas significativo de jovens que se encontram, indevidamente, nos Centros Educativos pertencentes ao Ministério da Justiça.

A gravidade do quadro leva a maior parte das vezes à exclusão destes jovens das instituições que os acolhem, uma vez que o seu manejo implica cuidados especializados, que não estão contemplados no seu funcionamento.

Por outro lado, trata-se de situações clínicas cujo diagnóstico e manejo terapêutico não faz parte das indicações para internamento em unidade hospitalar pedopsiquiátrica.

Na realidade, estes jovens sofrem de perturbações da personalidade que se caracterizam pela impulsividade, pela tendência para o agir, apresentando frequentemente comportamentos anti-sociais e condutas auto e hetero-agressivos, e pela baixa auto-estima, cuja causas mais frequentes são as experiências de vida adversas que sofreram na infância precoce.

A consistente falta de controle interno dos impulsos destas crianças e jovens obriga a incluir nos cuidados prestados pela instituição que os acolhe, mecanismos de controle externo sistematizados.

Um meio institucional estruturado que forneça contenção, suporte, envolvimento e validação (Lewis, M. & alls) tem um efeito benéfico e organizador, com uma melhoria notável da auto-estima e redução dos comportamentos anti-sociais.

No entanto, para que as melhorias na adaptação se mantenham para além do tratamento, é necessário que, no período pós-alta, se organize o suporte psicossocial, familiar, comunitário e profissional



Associação Portuguesa
de Psiquiatria
da Infância e da Adolescência

do jovem e se protejam os laços de vinculação que se criaram com os profissionais da residência, até que se verifique a sua integração total na vida activa.

2. Definição

Trata-se duma unidade residencial para jovens com menos de 18 anos, com perturbações graves do comportamento, não devendo ser admitidos jovens com diagnósticos relacionados com abusos de substância, atraso mental ou doenças psicóticas, para os quais deverão ser criadas outras unidades especializadas.

Constituindo essa unidade de acolhimento dos menores, uma plataforma integrada do sistema de protecção, de justiça e da saúde, os cuidados residenciais devem estar associados a planos terapêuticos individuais que incluirão aspectos clínicos, educativos e treino na socialização.

A instituição deverá dispor de uma estrutura de gestão capaz de aplicar técnicas de gestão financeira e de gestão de pessoal, por forma a operacionalizar os objectivos e a missão da instituição, de definir os diferentes níveis da hierarquia e de autoridade e de salvaguardar os interesses dos jovens.

Um profissional com formação universitária (licenciatura ou mestrado) em saúde mental (médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social), deverá integrar a Direcção.

3. Lotação

A unidade terapêutica deverá corresponder a uma residência pequena, com uma lotação com um mínimo de 40 e o máximo de 60 camas, (Lewis, M. & Alls), para crianças entre os 6 e os 18 anos.

4. Projecto de Vida

Para além do seu conteúdo terapêutico a unidade deve proporcionar aos jovens oportunidades de desenvolvimento de um projecto de vida integrado, que inclua a formação escolar, formação profissional, o lazer e o desporto.

5. Organização do Espaço

Tendo em conta o atrás expostos e sem prejuízo da abertura ao exterior, que promova a frequência instituições comunitárias locais (escolas, ATL, actividades desportivas), quando o estado dos jovens o permitir, a unidade deve incluir, para além das zonas residenciais, espaços comuns de lazer, refeições e de ar livre, bem como salas para abordagens individuais.

Estes espaços deveriam preferencialmente ser definidos de acordo com as diferentes idades (6-10; 11-14; 15-18).

6. Ambiente terapêutico

A criação de um ambiente favorável ao abandono progressivo dos comportamentos impulsivos e disruptivos, bem como à melhoria da auto-estima dos jovens é decisivo, para os resultados que se pretendem.



Associação Portuguesa
de Psiquiatria
da Infância e da Adolescência

As potencialidades terapêuticas do ambiente residencial são dadas:

6.1- Pela estruturação, coesão e coerência do funcionamento da instituição que servirá de suporte e viabilização para as diferentes actividades que aí se organizam, desde as actividades de vida diária, actividades de lazer, actividades de grupo até às intervenções clínicas mais individualizadas.

6.2- Pela possibilidade de fornecer modelos de identificação variados, num ambiente contentor e empático que promova experiências reparadoras.

Para que esses objectivos sejam alcançados, é necessário que:

- **a equipa funcione de forma coesa, articulada, em total colaboração e sintonia.** A coesão da equipa obtém-se através de reuniões de equipa regulares que permitam a discussão dos problemas de comunicação, a partilha das dificuldades; a definição clara de papéis e da liderança; programas de formação; reconhecimento do empenhamento dos profissionais no trabalho de equipa.
- **haja uma definição clara de regras de funcionamento definidas pela equipa, asseguradas pelas chefias e observadas pelos residentes;**
- **seja criado um ambiente humano empático que favoreça a expressão dos afectos, as interacções positivas entre adultos e jovens e inter-pares e uma progressiva melhoria das relações inter-pessoais.**

7. Trabalho terapêutico com os jovens

As necessidades especiais de cada criança deverão ser avaliadas e instituídos planos terapêuticos ou educativos individuais, usando para isso os recursos comunitários existentes.

8. Trabalho com as famílias

O trabalho psicossocial com as famílias deve ser simultâneo, e deve focar o comportamento parental durante as visitas e as férias, de forma a obter a sua colaboração e compreensão para o trabalho realizado pela instituição, bem como a preparação da eventual reintegração do jovem no meio familiar.

9. Recursos humanos

O número de elementos da equipa vai depender da lotação da instituição.

Para além do pessoal auxiliar, educativo e de apoio à mobilidade que deverá fazer parte do quadro permanente da instituição, a equipa multidisciplinar deverá ser constituída por profissionais com competências em saúde mental. Apenas, referiremos as áreas consideradas indispensáveis :

Tempo inteiro:



Associação Portuguesa
de Psiquiatria
da Infância e da Adolescência

Serviço social
Enfermagem
Psicologia

Tempo parcial:

Pedopsiquiatria com funções de assistência directa e de consultoria.

Terapia ocupacional

Apoio educativo

Pedagogia terapêutica

Consultoria

Área jurídica
Terapia
familiar
Psicoterapia

10. Localização

Os locais do antigo Centro de Recuperação de Montachique poderiam ser uma boa solução para um projecto- piloto.

11. Financiamento

Poderia ser explorada a candidatura ao IV Quadro Comunitário de Apoio, constituindo o projecto a conceber em parceria pelos três ministérios envolvidos.

Bibliografia

Lewis, M, Summerville, J.W.& Graffagnino, P.N. (2002) Residential Treatment, in Melvin Lewis(ed.):
Child and Adolescent Psychiatry (3rd edition), USA, LWW,