

Rede de Referenciação Hospitalar

---

# PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE

## Rede de Referência Hospitalar

---

# Psiquiatria da Infância e da Adolescência

### Grupo de Trabalho

---

**Autores:**

Teresa Goldschmidt  
Cristina Marques  
Miguel Xavier

DGS

---

**Colaboradores:**

- Patrícia Macho  
- Lara Vilela  
- Justino Gonçalves  
- Elisa Vieira  
- Carla Maia  
- Graça Mendes  
- Filipa Dias Silva  
- Virgínia Rocha  
- Luísa Morais  
- Sílvia Tavares  
- Cláudia Fontes  
- Cristina Rodrigues  
- Zulmira Correia  
- Otilia Queirós  
- Paula Barrias  
- Jorge Bouça

ARS Norte

**Colaboradores:**

---

- Paula Correia
- Paulo Santos
- Rosa Carvalho
- Graça Milheiro
- José Garrido
- Carla Pinho
- António Pires Preto

ARS Centro

---

- Georgina Maia
- Pedro Pires
- Cátia Santos
- Olga Cordeiro
- Catarina Pereira
- Lara Condesso
- Nazaré Matos
- Maria Moura
- Fernando Santos
- Augusto Carreira
- Teresa Maia Correia
- Marco Torrado
- Luís Simões Ferreira
- Pedro Caldeira da Silva
- Teresa Cepêda
- Margarida Marques
- Ana Moscoso
- Adriano Natário
- Maria José Proença

ARS LVT

---

- Fernanda Barros
- Isabel Martins
- Érico Alves

ARS Alentejo

---

- Maria do Carmo Marcelino

ARS Algarve

---

04 de maio de 2018



## ÍNDICE

---

Índice de Quadros.....	iii
Índice Gráficos.....	iv
1 – Enquadramento legislativo e histórico da rede de referenciação hospitalar .....	5
2 – Âmbito da Psiquiatria da Infância e Adolescência .....	9
2.1. A Psiquiatria da Infância e Adolescência ao longo do desenvolvimento .....	10
2.2. Enquadramento da Psiquiatria e Saúde Mental na Infância e Adolescência .....	11
2.3. História da Especialidade .....	13
3 – Epidemiologia das Condições Clínicas mais frequentes e respetivas necessidades em cuidados .....	17
3.1. Dados de Estudos Epidemiológicos .....	18
3.2. Continuidade da Psicopatologia na Infância e Adolescência .....	21
3.3. Peso das Perturbações Mentais da Infância e Adolescência .....	22
4 – Caracterização da Situação Nacional Atual.....	23
4.1. Estruturas Existentes.....	23
4.2. Desempenho .....	26
4.3. Recursos Humanos .....	28
4.4. Articulação.....	31
4.5. Normas de Orientação Clínica da DGS aplicáveis à Psiquiatria da Infância e Adolescência.....	32
4.6. Idoneidade Formativa .....	32

5 – Necessidades previsíveis e indicadores a adotar .....	35
5.1. Indicadores .....	35
5.2. Estimativa das Necessidades .....	38
5.3. Internamento .....	46
5.4. Hospital de Dia .....	49
5.5. Exames Médico-Legais .....	50
5.6. Articulação com estruturas da comunidade .....	50
5.7. Formação de Internos .....	50
6– Caracterização e definição dos diferentes níveis .....	52
6.1. Definição dos níveis dos Serviços e da respetiva carteira de Serviços .....	52
6.2. Localização Esperada dos Serviços de Urgência da Especialidade .....	56
6.3. Caracterização Esperada das Equipas .....	57
6.4. Arquitetura da RRH .....	58
6.5. Indicadores de monitorização da RRH .....	69
7. Recomendações .....	71
7.1. Adaptações a realizar nos sistemas de informação hospitalares .....	72
8– Anexos .....	74
9 – Bibliografia .....	83
10 – Abreviaturas, siglas e acrónimos .....	89

## ÍNDICE DE QUADROS

---

- Quadro 1. Cronologia de acontecimentos significativos na área da Pedopsiquiatria em Portugal
- Quadro 2. Prevalência das Perturbações Mentais e Abuso de Substâncias em Crianças e Adolescentes dos 9 - 17 anos nos EUA (MECA Study)
- Quadro 3. Prevalência e Desenvolvimento das Perturbações Psiquiátricas na Infância e Adolescência North Carolina, EUA (Great Smoky Mountains Study)
- Quadro 4. Prevalência das Perturbações Mentais na Grã-Bretanha, 2004 (%)
- Quadro 5. Prevalência de Perturbações Mentais na Primeira Infância numa população dinamarquesa
- Quadro 6. Prevalência de Perturbações Mentais em Crianças dos 2 aos 5 anos (População não referenciada, EUA)
- Quadro 7. Distribuição da Tipologia dos Serviços por Região de Saúde em Maio de 2018
- Quadro 8. Caracterização do internamento e do atendimento urgente
- Quadro 9. Evolução da criação de Serviços Locais de Psiquiatria da Infância e Adolescência 2011-2018
- Quadro 10. Total de Consultas por Região de Saúde
- Quadro 11. Caracterização da produção hospitalar em Portugal Continental (2009-2013)
- Quadro 12. Recursos Humanos em 31 de Março de 2011, por Região de Saúde
- Quadro 13. Recursos Humanos em 31 de Dezembro de 2016
- Quadro 14. Evolução da multidisciplinaridade nos Serviços / Unidades 2011-2016
- Quadro 15. Serviços / Unidades com idoneidade formativa
- Quadro 16. Cálculo do número anual médio de consultas para casos com incapacidade grave (calculado para população de 18.000 crianças e adolescentes por 100.000 habitantes)
- Quadro 17. Cálculo do número anual médio de consultas para casos com moderado grau de incapacidade (calculado para população de 18.000 crianças e adolescentes por 100.000 habitantes)
- Quadro 18. ARS NORTE – Nº médicos existentes em 2018 e recomendações a curto e médio prazo
- Quadro 19. ARS CENTRO – Nº médicos existentes em 2018 e recomendações a curto e médio prazo
- Quadro 20. ARS LVT – Nº médicos existentes em 2018 e recomendações a curto e médio prazo
- Quadro 21. ARS ALENTEJO – Nº médicos existentes em 2018 e recomendações a curto e médio prazo
- Quadro 22. ARS ALGARVE – Nº médicos existentes em 2018 e recomendações a curto e médio prazo
- Quadro 23. Carteira de Serviços por Tipologia
- Quadro 24. Valências das Equipas Multidisciplinares
- Quadro 25. Recomendações da RRH 2018 e comparativo com RRH 2011

## ÍNDICE GRÁFICOS

---

Gráfico 1 – Evolução do número de Especialistas e Internos no SNS 2011-2018

Gráfico 2 – Evolução do número de Internos 2000-2016



## 1 – ENQUADRAMENTO LEGISLATIVO E HISTÓRICO DA REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR

---

Atualmente o Serviço Nacional de Saúde (SNS) depara-se com diversos desafios desencadeados sobretudo, pelas alterações demográficas, mudanças nos padrões de doença, inovação tecnológica e mobilidade geográfica.

Considerando as vertentes do acesso e a equidade em saúde, intrínsecas à prestação de cuidados no seio do SNS, e a necessidade de assegurar cuidados de saúde a todos os cidadãos, importa que as diferentes instituições hospitalares garantam a prestação de forma coordenada e articulada entre si, e com os restantes níveis de cuidados. Neste âmbito, as Redes de Referência Hospitalar (RRH) assumem um papel orientador e regulador das relações de complementaridade interinstitucionais, perspetivando-se a implementação de um modelo de prestação de cuidados de saúde centrado no cidadão.

Em termos históricos, as RRH tiveram origem no Programa Operacional da Saúde – SAÚDE XXI, na sequência das principais recomendações do Subprograma de Saúde 1994-1999, constituindo-se, na altura, como o quadro de referência de suporte ao processo de reforma estrutural do sector da saúde. No eixo prioritário relativo à melhoria do acesso a cuidados de saúde de qualidade, a medida 2.1 do referido programa (“Rede de Referência Hospitalar”) objetivava implementar RRH pelas áreas de especialização tidas como prioritárias, visando a articulação funcional entre hospitais, mediante a diferenciação e identificação da carteira de serviços, de modo a responder às necessidades da população, garantindo o direito à proteção e acesso na saúde.

Deste modo, as RRH fomentaram um processo de regulação e de planeamento da complementaridade entre instituições hospitalares, contribuindo para a otimização e gestão eficiente da utilização de recursos, com vista a assegurar um quadro de sustentabilidade a médio e longo prazo do SNS.

Vários são os normativos legais e documentos técnicos que abordam a temática das redes hospitalares e a sua importância estratégica como garante da sustentabilidade e eficiência do SNS. A Lei n.º 64-A/2011, de 30 de dezembro, que aprovou as Grandes Opções do Plano para 2012-2015, bem como o Programa do XIX Governo Constitucional, preconizavam a melhoria da qualidade e acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, mediante a reorganização da rede hospitalar através de uma visão integrada e mais racional do sistema de prestação de cuidados.

Na sequência do Memorando de Entendimento celebrado com a União Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, foi criado o Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar

(GTRH) - Despacho do Ministro da Saúde n.º 10601/2011, de 16 de agosto, publicado no Diário da República, II Série, n.º 162, de 24 de agosto - cujo relatório final intitulado “Os Cidadãos no Centro do Sistema, Os Profissionais no Centro da Mudança” definiu oito Iniciativas Estratégicas, corporizadas, cada uma, por um conjunto de medidas, cuja implementação e monitorização promoverão o cumprimento de um programa de mudança, com a extensão, profundidade e densidade exigidas numa verdadeira reforma estrutural do sector hospitalar português.

No seu relatório, o GTRH defendia que na reorganização da rede hospitalar deviam ser considerados diversos fatores, nomeadamente: (i) critérios de qualidade clínica; (ii) proximidade geográfica; (iii) nível de especialização; (iv) capacidade instalada; (v) mobilidade dos recursos; (vi) procura potencial; (vii) acessibilidades; (viii) redes de referência por especialidade; (ix) equipamento pesado de meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponível; (x) *benchmarking* internacional e (xi) realidade sócio-demográfica de cada região.

O GTRH elencou, ainda, um conjunto de fragilidades inerentes às RRH existentes à data, designadamente: (i) desatualização da maioria das redes (a maioria tinha sido elaborada até 2006 e nunca ajustada); (ii) inexistência de um modelo único e homogéneo do documento; (iii) inexistência de aprovação ministerial para algumas das RRH publicadas; (iv) ausência de integração entre RRH de diferentes especialidades que se interpenetram; (v) inexistência de inclusão dos setores convencionados e privados (nos casos em que se possa aplicar), contemplando apenas o universo do SNS; (vi) falta de integração do conceito de Centros de Referência e (vii) indefinição quanto ao prazo de vigência das RRH.

No primeiro Eixo Estratégico “Uma Rede Hospitalar mais Coerente”, o GTRH propôs a elaboração da Rede de Referência Hospitalar de forma estruturada e consistente e dotada de elevados níveis de eficiência e qualidade dos cuidados prestados. Para o efeito, e com o desígnio de redesenhar a rede hospitalar naqueles pressupostos, foi proposta a revisão das RRH em vigor, bem como a elaboração das redes inexistentes, promovendo-se uma referência estruturada e consistente entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares (considerando toda a rede de prestação, desde os cuidados de primeira linha aos mais diferenciados), assegurando uma melhor rentabilização da capacidade instalada aos níveis físico, humano e tecnológico.

De igual forma, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 apresenta um conjunto de orientações, nos eixos estratégicos “Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde” e “Qualidade em Saúde”, propondo o reforço da articulação dos serviços de saúde mediante a reorganização dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, cuidados pré-hospitalares, serviços de urgência, entre outros, consolidando uma rede de prestação de cuidados integrada e eficiente. Ademais, o Plano Nacional de

Saúde – Revisão e extensão a 2020 sugere, no eixo “Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde”, “o desenvolvimento de redes de referência de cuidados não apenas de base geográfica, mas também de hierarquia de competências técnicas”. Pretende-se, deste modo, uma rede hospitalar coerente, racional e eficiente, consubstanciada num sistema integrado de prestação de cuidados.

Perante um quadro de reorganização das instituições de saúde hospitalares (no que se refere à disponibilização e coordenação da carteira de valências, aos modelos organizativos e de integração de cuidados), a redefinição do que devem ser os cuidados hospitalares e como se devem integrar com os diferentes níveis de cuidados com a garantia de uma melhor articulação e referência vertical, permite intervir complementarmente no reajuste da capacidade hospitalar.

Desta forma, as RRH desempenham um papel fulcral enquanto sistemas integrados, coordenados e hierarquizados que promovem a satisfação das necessidades em saúde aos mais variados níveis, nomeadamente: (i) diagnóstico e terapêutica; (ii) formação; (iii) investigação e (iv) colaboração interdisciplinar, contribuindo para a garantia de qualidade dos cuidados prestados pelas diferentes especialidades e subespecialidades hospitalares.

Assim, as RRH permitem a: (i) articulação em rede, variável em função das características dos recursos disponíveis, dos determinantes e condicionantes regionais e nacionais e o tipo de especialidade em questão; (ii) exploração de complementaridades de modo a aproveitar sinergias, concentrando experiências e permitindo o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos técnicos com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados e (iii) concentração de recursos permitindo a maximização da sua rentabilidade.

Também o XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, preconiza a redução das desigualdades entre os cidadãos no que respeita ao acesso à prestação de cuidados, bem como o reforço do papel do cidadão no SNS.

Ora, a capacitação do cidadão pressupõe a disponibilização de informação relevante para a sua tomada de decisão, por forma a optar pela instituição do SNS onde pretende ser assistido, de acordo com as suas preferências, critérios de conveniência pessoal e da natureza da resposta das instituições.

Com a publicação da Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio, que surge precisamente com o intuito de reforçar o papel do cidadão no SNS, contribuir para a melhoria da sua governação bem como para a melhoria da gestão hospitalar, são revogadas as Portarias n.ºs 82/2014, de 10 de abril, e a 123-A/2014, de 19 de junho.

Nesta perspetiva, foram definidas como medidas fulcrais a “promoção da disponibilidade e acessibilidade dos serviços” aos utentes e “a liberdade de escolherem em que unidades desejam ser assistidos”, mediante a articulação com o médico de família e cumprindo a hierarquização técnica e as regras de referenciação em vigor, indo ao encontro do preconizado na Lei n.º 7-B/2016, de 31 de março, que aprova as Grandes Opções do Plano para 2016 -2019.” O Despacho n.º 6170-A/2016, de 6 de Maio, concretiza a maior equidade no acesso dos cidadãos aos serviços. No entanto, na área da Psiquiatria da Infância e da Adolescência é fundamental um trabalho de proximidade que envolve a articulação com os Cuidados Primários de Saúde e outras estruturas da comunidade, das quais se destacam Escolas, Tribunais e Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, que a aplicação deste Despacho poderá vir a condicionar.

A Portaria n.º 147/2016, acima referida, objetiva ainda: (i) definir o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do SNS (independentemente da sua natureza jurídica e tendo como princípio a definição das RRH) e (ii) continuar o processo de criação e revisão das RRH.

No âmbito da especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência foi elaborada, em 2011, a primeira Rede de Referenciação Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (1), sob a responsabilidade da Coordenação Nacional para a Saúde Mental e da Administração Central dos Serviços de Saúde, tendo sido aprovada por Sua Excelência a Ministra da Saúde Dra. Ana Jorge, em 15 de Junho de 2011, constituindo o presente documento a sua revisão.

## 2 – ÂMBITO DA PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

---

A Psiquiatria da Infância e da Adolescência é uma especialidade médica que assegura a prestação de cuidados e intervenções diferenciadas na área da saúde mental à população de idade pediátrica (inferior a 18 anos).

O seu campo de intervenção abrange um espectro alargado de atividades que englobam (2):

- Ações de promoção e prevenção universal e seletiva, com o objetivo de reduzir fatores de risco/vulnerabilidade e aumentar fatores de proteção;
- Estratégias de prevenção e intervenção precoce, para casos com os primeiros sinais de perturbação;
- Avaliação diagnóstica e tratamento, para aqueles que apresentam já uma perturbação definida;
- Programas de cuidados continuados e reabilitação psicossocial, para situações com sequelas em resultado de uma perturbação.

A atividade do Psiquiatra da Infância e Adolescência envolve assim a promoção da saúde mental, a avaliação, diagnóstico e definição de estratégias terapêuticas para situações de perturbação mental e também a intervenção preventiva em grupos de risco.

Este trabalho desenvolve-se em articulação com especialidades médicas e não médicas, como as restantes especialidades da idade pediátrica, a medicina familiar, a psiquiatria e a psicologia, entre outras.

O Psiquiatra da Infância e Adolescência deve estar integrado e coordenar uma equipa multidisciplinar, com atividades de consulta externa, consultoria (incluindo a atividade de ligação), exames médico-legais, hospital de dia, internamento e urgência (as duas últimas a serem desenvolvidas nos Serviços de nível regional).

A articulação com os Cuidados de Saúde Primários e outras estruturas da comunidade, nomeadamente serviços sociais, escolas e jardins-de-infância, Equipas de Intervenção Precoce da Infância, projetos de intervenção psicossocial, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e Tribunais é uma das atividades fundamentais das Equipas de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

A interface com as outras especialidades da idade pediátrica é essencial nas patologias pedopsiquiátricas com repercussão orgânica importante, como no caso das Perturbações do Comportamento Alimentar, e nas doenças somáticas de evolução crónica, prolongada ou de prognóstico muito reservado.

Outra área de intervenção prioritária são as crianças e adolescentes com pais portadores de perturbações mentais. Muitos deles, por apresentarem um risco elevado de desenvolver problemas de

saúde mental, devem ser alvo de avaliação e requerem frequentemente uma articulação próxima entre os Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência e de Psiquiatria Geral.

O envolvimento das famílias, bem como das crianças ou adolescentes, no planeamento de cuidados é da maior relevância e contribui para a motivação e disponibilidade para as intervenções pedopsiquiátricas propostas.

## 2.1. A Psiquiatria da Infância e Adolescência ao longo do desenvolvimento

A grande diversidade de apresentação dos quadros psicopatológicos durante a infância e adolescência exige do especialista uma elevada diferenciação para permitir o diagnóstico e a implementação de intervenções adequadas às várias etapas do desenvolvimento, não só porque cada uma delas apresenta um grupo de patologias específicas dessa faixa etária, mas também porque a expressão sintomática de uma determinada patologia se pode manifestar de forma distinta ao longo do desenvolvimento.

Por outro lado, os quadros frequentes de co-morbilidade com outras patologias pediátricas, bem como os problemas associados à deficiência mental, colocam dificuldades acrescidas no seu manejo e implicam que a intervenção não se limite à área da Psiquiatria da Infância e Adolescência, reforçando a importância de um trabalho transdisciplinar.

### **PERÍODO PERINATAL E PRIMEIRA INFÂNCIA (DOS ZERO AOS 3 ANOS)**

É prioritário o apoio à função parental, o rastreio de situações de risco psicopatológico e a intervenção precoce em patologias com impacto no desenvolvimento, como as Perturbações do Espectro do Autismo. Estas últimas requerem a organização de programas terapêuticos intensivos, prolongados, que promovam o desenvolvimento, preservem as expectativas e envolvam e apoiem as famílias. A identificação precoce das alterações do processamento sensorial, e das perturbações da relação entre a criança e os principais cuidadores, é fundamental para que possam ter a intervenção necessária e evitar a evolução para quadros psicopatológicos mais graves.

### **IDADE PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR**

Neste período assume particular importância o diagnóstico e a intervenção em patologias com impacto no desempenho escolar, como as perturbações de hiperatividade com défice de atenção, as perturbações de oposição ou as problemáticas do foro ansioso e depressivo. O trabalho de articulação com a escola é fundamental nesta etapa.

## ADOLESCÊNCIA

As problemáticas da ansiedade, da depressão, do risco suicidário e de outros comportamentos de risco têm uma prevalência significativa nesta faixa etária. As perturbações do comportamento assumem uma maior gravidade. Começam a tornar-se mais frequentes as patologias aditivas, requerendo novas especificidades ao nível da avaliação e tratamento. É também nesta fase do desenvolvimento que as perturbações do comportamento alimentar têm uma maior prevalência, e que surgem os primeiros surtos de quadros psicopatológicos graves e frequentemente crónicos, tais com as Perturbações Psicóticas e as Perturbações do Espectro Bipolar, particularmente importantes de diagnosticar pelas implicações relevantes da intervenção precoce, em termos do prognóstico.

É importante salientar que as Perturbações do Comportamento Disruptivo exigem frequentemente articulação pluridisciplinar e com estruturas da comunidade, sociais e por vezes da Justiça. A prevenção da evolução destes quadros para Perturbações da Personalidade, situações de difícil tratamento na idade adulta, e com elevados custos sociais, é um dos campos fundamentais em termos de intervenção multidisciplinar e abrangente que englobe os determinantes sociais envolvidos (7).

### 2.2. Enquadramento da Psiquiatria e Saúde Mental na Infância e Adolescência

As crianças e os adolescentes devem ser reconhecidos como cidadãos com os seus próprios interesses e direitos e ser tratados como agentes ativos da sociedade e não recetores passivos de cuidados.

Estes direitos estão plenamente consagrados na Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada por Portugal em 1990, sendo o direito à saúde um de entre muitos outros.

A Saúde Mental da Infância e da Adolescência integra-se no contexto mais alargado da Saúde e Bem-estar, no qual a saúde mental e física são interdependentes. Os problemas de saúde mental resultam de uma interação complexa entre a criança ou adolescente, a família e o meio sócio-cultural em que estão inseridos (2).

No momento actual, existem múltiplas razões importantes para se investir no desenvolvimento de intervenções eficazes de saúde mental para crianças e adolescentes (2):

- As perturbações psiquiátricas desta faixa etária trazem grandes encargos à sociedade. Algumas delas são específicas de determinadas fases do desenvolvimento, pelo que programas e intervenções para estas perturbações podem ser direccionados para a fase na qual existe a maior probabilidade da sua ocorrência, diminuindo o seu impacto negativo;
- Existe um importante grau de continuidade entre muitas perturbações da infância, e principalmente entre as da adolescência, e as da idade adulta. Cerca de 50% das doenças mentais que se

manifestam ao longo da vida têm o seu início na adolescência e 70% delas antes dos 24 anos de idade (4,5). O suicídio é a terceira causa de morte entre os 15 e os 35 anos de idade e os comportamentos auto lesivos e atos suicidas a segunda entre 15 e os 19 anos de idade (6,7,8). A intervenção precoce pode prevenir ou reduzir a probabilidade de incapacidade a longo prazo;

- O investimento nesta área é a ação com melhor relação custo/eficácia para contrariar o aumento contínuo dos problemas mentais a que assistimos atualmente em todos os grupos etários (9). Os estudos da economia da saúde evidenciam o maior retorno do investimento nas etapas precoces do desenvolvimento (10). Intervenções eficazes reduzem o custo das perturbações de saúde mental não só para o indivíduo e sua família, mas também para os sistemas de saúde e para as comunidades.

Em Portugal têm sido desenvolvidos nos últimos anos esforços no sentido de colmatar as necessidades que existem neste âmbito. Embora as fragilidades continuem a fazer-se sentir, há que salientar alguns aspetos positivos, nomeadamente a existência de:

- Uma especialidade autónoma de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, com internato médico hospitalar desde 1983;
- Legislação e normas orientadoras favoráveis, em particular o Decreto-Lei 35/99, de 5 de fevereiro, revogado pelo Decreto-Lei 304/2009, de 22 de outubro, o qual estabelece os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental; e a Circular Normativa n.º 6/DSPSM da Direcção-Geral da Saúde, de 17/06/2005, que estabelece estes princípios para a saúde mental da infância e da adolescência;
- Uma atitude mais ativa das famílias de crianças com necessidades especiais, que têm vindo a desenvolver esforços para se organizarem em associações, promotoras da criação de novos recursos;
- Um modelo organizacional estruturado dos serviços de Psiquiatria da Infância e da Adolescência a nível nacional, com equipas multidisciplinares, nas quais se privilegia uma abordagem global e integrada da criança e se valorizam as intervenções de articulação com a comunidade, nomeadamente o trabalho de proximidade com escolas e Centros de Saúde;
- Um Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM) aprovado em Resolução de Conselho de Ministros em Abril 2008, com normas orientadoras para os serviços de saúde mental da infância e da adolescência (11);
- Uma Rede de Referência Hospitalar da Psiquiatria da Infância e da Adolescência (1) publicada em 2011, contendo informação relevante sobre a capacidade instalada e as necessidades futuras da especialidade.



## 2.3. História da Especialidade

O reconhecimento da existência de psicopatologia nas crianças e jovens surgiu de forma consistente apenas no século XX, sobretudo a partir da 2.ª Guerra Mundial. O 1.º Congresso Internacional da então designada Psiquiatria Infantil realizou-se em 1937, em Paris, sendo considerado um marco na afirmação da Psiquiatria da Infância e Adolescência como uma especialidade médica autónoma. O seu título *Conditioned reflexes – Pedagogics and Child Psychiatry – Juvenile Criminality*, indicava bem a interligação, que permanece atual, desta especialidade com os sectores da escola e da justiça. Foi também em 1937 que foi fundada a associação agora denominada IACAPAP – *International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Disciplines*. A ESCAP – *European Society for Child and Adolescent Psychiatry*, viria a ser criada em 1954.

Os progressos na área da pedagogia e do desenvolvimento infantil tiveram uma forte influência na área da psiquiatria da infância e da adolescência, nomeadamente através da criação dos primeiros testes psicométricos (Binet e Simon, 1905), do aparecimento das diversas correntes psicopedagógicas (Pestalozzi, Montessori, Décroly, Freinet), e da constituição das primeiras equipas médico-pedagógicas (Bourneville, Aurélio da Costa Ferreira, Esquirol e Séguin).

O aparecimento e divulgação da Psicanálise, com a importância que veio dar às experiências da infância na construção do adulto e à possibilidade de nelas se intervir através de intervenções psicoterapêuticas diversas, teve também um papel relevante no desenvolvimento da Psiquiatria da Infância e Adolescência (12,13).

### 2.3.1. História da Psiquiatria da Infância e Adolescência em Portugal

Em Portugal foi criada, em 1959, a especialidade de “Neuropsiquiatria Infantil” que viria a dar lugar em 1983 à especialidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência, já com um internato próprio.

Salientam-se dois importantes precursores nesta área: o Dr. António Aurélio da Costa Ferreira (1874-1922), licenciado em Medicina e em Filosofia, antropólogo e professor, que introduziu o estudo científico das crianças deficientes e o seu ensino no Instituto Médico-Pedagógico da Casa Pia de Lisboa (posteriormente designado Instituto António Aurélio da Costa Ferreira (IAACF)); e o Prof. Vítor Fontes (1895-1974), médico psiquiatra, professor de Anatomia da Faculdade de Medicina de Lisboa, pedagogo, que terá continuado e desenvolvido a obra do primeiro, interessando-se especialmente pelas “anomalias craneanas dos deficientes mentais” e que, tendo aberto a primeira escola para professores primários especializados, permitiu a criação das primeiras “classes especiais”, ligadas ao Ministério da Educação. Foi presidente da IACAPAP e organizou o seu 4º Congresso Mundial em Lisboa em 1958, com o título

*The Emotional Life of the Child 6-12 years.*

João dos Santos (1913-1987) foi fundamental no desenvolvimento de uma abordagem abrangente da criança e da sua psicopatologia que ainda hoje se mantém atual, sendo considerado o fundador da moderna Psiquiatria da Infância e Adolescência em Portugal. Foi inicialmente professor de Educação Física, depois médico, psiquiatra do IAACF e do Hospital Júlio de Matos. Aí, foi responsável pelo Pavilhão Infantil de Rapazes (inaugurado em 1944), depois pelo das Raparigas e ainda por algumas Enfermarias de adultos, na Secção Asilar, que podia chegar a ter 100 doentes. Obrigado a sair do país por razões políticas, foi para Paris onde trabalhou no Laboratório de Henri Wallon, nos serviços do 13.º Bairro de Paris e fez formação psicanalítica. Regressou a Lisboa no final dos anos 40, e voltou ao Hospital Júlio de Matos, onde começou a trabalhar com grupos de voluntários de várias profissões que foi formando, incentivando a criação de diversas Instituições, Movimentos e Associações, alguns dos quais se listam:

- Associação Portuguesa de Surdos (1956);
- Liga Portuguesa de Deficientes Motores (1956), posteriormente, Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral;
- Liga Portuguesa contra a Epilepsia (1971);
- Instituto de Apoio à Criança (IAC) (1983);
- Liga Portuguesa de Higiene Mental;
- Associação Educação pela Arte;
- Movimento da Escola Moderna.

Integrou pela primeira vez, em 1952, uma valência de Saúde Mental para Bebés num Centro de Saúde Materno-Infantil, o Centro Sofia Abecassis, em Lisboa, trabalhando principalmente com as enfermeiras, para as quais criou as primeiras orientações para lidar com as diversas queixas (das mães) relativas aos seus bebés. Este trabalho teve continuidade no Centro Materno-Infantil do Bom Sucesso (Restelo) e no Centro Materno-Infantil Domingos Barreiro (Marvila). Apoiou projetos na Maternidade Alfredo da Costa e a criação do Centro Helen Keller, com a integração pedagógica, nas mesmas salas, de crianças cegas, amblíopes e com visão normal, e participou também na criação dos Centros Psicopedagógicos de “A Voz do Operário” (onde orientou pesquisa sobre “sintomas reativos”) e do Colégio Claparède.

Em 1965 criou o Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa, o primeiro serviço público de Saúde Mental Infantil em Portugal, de cariz multidisciplinar, a partir da sua conceção dinâmica do funcionamento mental das crianças e da perspetiva de saúde pública que foi desenvolvendo. A partir do seu núcleo inicial, o Centro foi crescendo, diferenciando-se em várias equipas multidisciplinares e unidades especializadas. João dos Santos foi o seu Diretor até se jubilar, em 1982, sendo a “Casa da Praia” a última Equipa do Centro que criou, tendo por base a “Pedagogia Terapêutica” como a via de abordagem privilegiada de

crianças deprimidas com dificuldades de aprendizagem marcadas.

Os Centros de Saúde Mental Infantil de Coimbra e do Porto foram criados a seguir ao de Lisboa, em 1969 e 1976, respetivamente.

### **2.3.2. A Pedopsiquiatria Hospitalar**

Em 1982, o Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa e o Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil do Porto passaram a ser considerados estabelecimentos ou hospitais centrais, para efeito de concursos da carreira hospitalar. Já anteriormente, em 1974, tinha sido aberto o internamento infantil e juvenil no Hospital Magalhães Lemos.

Em 1983, é criado o Internato Complementar da Especialidade de Pedopsiquiatria.

Em 1992, são extintos todos os Centros de Saúde Mental do país, incluindo os de Saúde Mental Infantil, que passam a integrar os hospitais pediátricos especializados (em Lisboa no Hospital Dona Estefânia, em Coimbra no Centro Hospitalar de Coimbra e no Porto no Hospital Maria Pia) como Departamentos de Pedopsiquiatria.

Em 1999, é publicado o Decreto-Lei 35/99, de 5 de fevereiro, sobre a Organização dos Serviços de Saúde Mental, que mantém essa integração dos Departamentos nos Hospitais Pediátricos, considerados Serviços de nível regional, e permite a criação de Serviços e Unidades Locais nos Departamentos de Psiquiatria ou Pediatria dos hospitais distritais.

Em 2001, dá-se a abertura da Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria no Hospital Dona Estefânia, a primeira a ser criada em Portugal num hospital pediátrico.

Em 2004, é publicada a Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental, da Direcção-Geral da Saúde, na qual se fazia referência expressa aos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência. Posteriormente, em 2005 a Direcção-Geral da Saúde emite uma Circular Normativa sobre a organização desses Serviços.

A partir de 2007, foram criados novos Centros Hospitalares, como Entidades Públicas Empresariais (E.P.E.), englobando os hospitais onde estavam integrados os Departamentos de Pedopsiquiatria.

Em 2011 foi publicada de forma autónoma a primeira Rede de Referência Hospitalar da Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

Em 2016 abriu a Unidade de Internamento em Coimbra, no Hospital Pediátrico – CHUC, e foi ampliada a Unidade de Internamento pedopsiquiátrico do CHLC.

Em 2018, numa parceria entre CHPL e o CHLC, abriu a ‘UP – Unidade Partilhada’, com 11 camas para

internamento de adolescentes entre os 15 e os 18 anos, que constitui a primeira unidade de transição entre a pedopsiquiatria e a psiquiatria.

**Quadro 1. Cronologia de acontecimentos significativos na área da Pedopsiquiatria em Portugal.**

1958	4º Congresso Internacional da Psiquiatria Infantil <i>“The Emotional Life of the Child 6-12 years”</i> , em Lisboa;
1959	Criação da Especialidade de “Neuropsiquiatria Infantil”, na Ordem dos Médicos;
1965	Criação do Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa;
1969	Criação do Centro de Saúde Mental Infantil de Coimbra;
1974	Criação do Internamento Infantil e Juvenil no Hospital Magalhães de Lemos;
1976	Criação do C.S. Mental Infantil e Juvenil do Porto dependente do C.S. Mental do Porto;
1980	I Congresso da World Association of Infant Psychiatry (atual WAIMH), realizado no Estoril;
1983	Criação do Internato Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (Pedopsiquiatria);
1989	Criação da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (APPIA);
1990	I Encontro Nacional de Pedopsiquiatria (a APPIA organiza anualmente estes Encontros, até hoje) e início da publicação da Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, semestral até agora;
1992	Extinção dos Centros de Saúde Mental, com a sua integração nos Hospitais, criando os Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência;
1999	Publicação do Decreto-Lei 35/99, sobre a Organização dos Serviços de Saúde Mental, que mantém a sua integração nos Hospitais - Abertura progressiva de cerca de vinte Unidades ou Serviços de Pedopsiquiatria em Hospitais Gerais;
2001	3º Congresso Europeu da L’Association Européenne de Psychopathologie de l’Enfant et l’Adolescent <i>“Psicopatologia e Parentalidade”</i> , em Lisboa; Abertura da Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria no Hospital Dona Estefânia, em Lisboa;
2004	Publicação da Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental, pela Direção Geral da Saúde, que incluía a Psiquiatria da Infância e Adolescência;
2005	Publicação da Circular Normativa nº 06/DSPSM de 17/06/05 sobre a organização dos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência;
2007	Criação de Centros Hospitalares, como Entidades Públicas Empresariais, englobando os Hospitais em que estavam integrados os Departamentos de Pedopsiquiatria; Aprovação e publicação do Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016, com normas orientadoras para os serviços de saúde mental da infância e da adolescência;
2011	Publicação autónoma da Rede de Referência da Psiquiatria da Infância e da Adolescência, pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental e pela ACSS;
2016	Abertura do Internamento de Pedopsiquiatria no Hospital Pediátrico de Coimbra – CHUC; Ampliação da Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria de Lisboa para 16 camas;
2018	Abertura da Unidade Partilhada de internamento (parceria CHPL/CHLC), com 11 camas para adolescentes.

### 3 – EPIDEMIOLOGIA DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS MAIS FREQUENTES E RESPECTIVAS NECESSIDADES EM CUIDADOS

---

As perturbações mentais são presentemente o principal problema de saúde pública na Europa, e um dos principais em todo o mundo, para todos os grupos etários.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresente pelo menos uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade (14). Esta estimativa é confirmada pelos dados da OMS - Região Europeia (15) e da Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência (16), indicando que uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais e que destas, cerca de metade tem uma perturbação psiquiátrica.

Existem em Portugal escassos estudos epidemiológicos que forneçam dados relevantes para o planeamento de serviços de saúde mental para a população infantil e juvenil. É de notar em particular a ausência de referência a estudos de vigilância epidemiológica de perturbações do desenvolvimento e saúde mental infantil do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Diversos estudos mostram que a maioria das crianças com perturbações psiquiátricas não recebe tratamento especializado (17,18). Trabalhos realizados na Holanda evidenciam que apenas 1/3 das crianças com problemas significativos recebe tratamento (19,20), num padrão semelhante ao que se passa noutros países. Estes números são ainda menos satisfatórios em grandes regiões do mundo em vias de desenvolvimento (21).

Os resultados do estudo sobre a prevalência de doenças mentais na população adulta portuguesa (22) sugerem que Portugal é o país da Europa com a maior prevalência de doenças mentais na população adulta: 'No último ano, um em cada cinco portugueses sofreu de uma doença psiquiátrica (23%) e quase metade (43%) já teve uma destas perturbações durante a vida' (23). Considerando o que é repetidamente declarado sobre a importância preventiva dos programas de saúde mental infantil, estes dados podem servir como indicadores do grave défice ao nível da prevenção e intervenção precoce nos problemas de saúde mental em Portugal.

À semelhança deste estudo, realizado recentemente para a população adulta, recomenda-se o investimento num estudo epidemiológico nacional que possa fornecer dados fiáveis na área da saúde mental da infância e adolescência. Perante a inexistência de um estudo similar para a população com menos de 18 anos em Portugal, apresentamos dados epidemiológicos de outros países.

### 3.1. DADOS DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

#### 3.1.1. Dados epidemiológicos dos Estados Unidos

- O **MECA Study** (*Methodology for Epidemiology of Mental Disorders in Children and Adolescents*) (24) estimou que nos EUA cerca de 21% das crianças e adolescentes entre os 9 e os 17 anos apresentavam uma perturbação mental significativa ou comportamentos aditivos. É de salientar que este estudo considera um **grau moderado de incapacidade** em termos do funcionamento psicossocial, justificando uma prevalência mais elevada do que nos outros estudos apresentados, mas correspondendo ainda assim a um indicador de psicopatologia significativa.

**Quadro 2. Prevalência das Perturbações Mentais e Abuso de Substâncias em Crianças e Adolescentes dos 9-17 anos nos EUA (MECA Study)**

DIAGNÓSTICO	9-17 anos
Qualquer Perturbação	20,9%
Pert. Humor	13,0%
Pert. Depressivas	6,2%
Pert. de Comportamento Disruptivo	10,3%
Pert. Abuso de Substâncias	2,0%
<i>Escala de Avaliação Global ≤ 70 (incapacidade global moderada)</i>	

Fonte: *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, U. S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (NIMH, 1999)

- O **Great Smoky Mountains Study** (18) é um estudo epidemiológico de referência, prospetivo, com recurso a 3 coortes entre os 9 e os 13 anos e *follow-up* até aos 16 anos, permitindo avaliar a forma como a psicopatologia se vai modificando ao longo do desenvolvimento. Confirma uma elevada prevalência para o período do estudo (3 anos) e permite ainda estimar que, para todo o período da infância e adolescência, 1 em cada 5 a 6 crianças apresentará uma perturbação mental significativa, confirmando os dados já referidos por outros estudos e relatórios da OMS.

**Quadro 3. Prevalência e Desenvolvimento das Perturbações Psiquiátricas na Infância e Adolescência North Carolina, EUA (Great Smoky Mountains Study)**

DIAGNÓSTICO	Coortes ao longo das idades							Todas as idades		
	9-10	11	12	13	14	15	16	Masculino	Feminino	Todos
Qualquer Perturbação	19,5	12,7	8,3	12,7	9,7	14,2	12,7	15,8	10,6	13,3
Pert. Ansiedade	4,6	2,6	0,9	2,0	1,8	2,8	1,6	2,0	2,9	2,4
Pert. Depressivas	0,5	1,9	0,4	2,6	2,7	3,7	3,1	1,6	2,8	2,2
Pert. Comportamento	4,8	4,0	4,6	6,0	5,9	7,2	3,8	7,3	3,3	5,4
Pert. Hiperactividade	2,2	1,4	1,4	0,5	0,3	0,4	0,3	1,5	0,3	0,9

Reproduzido de: *Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence* (Costello J. et al., 2003).

É interessante notar a descida de prevalência aos 12 anos, pela diminuição das patologias mais frequentes na infância (fobias simples, ansiedade de separação, perturbações do controlo de esfíncteres,

PHDA, Perturbações de Oposição), ainda antes da instalação dos quadros clínicos da adolescência (ansiedade generalizada, Fobia Social, Perturbações de Pânico, Perturbações do Humor, Perturbações do Comportamento). A co-morbilidade, situação que implica um agravamento substancial do quadro clínico em termos do funcionamento psicossocial, foi bastante comum, estando presente em 25,5% das crianças e adolescentes com psicopatologia. Foi frequente a co-morbilidade entre várias Perturbações do Comportamento (em especial da Perturbação de Oposição com a PHDA), da Perturbação de Oposição com a depressão, mas também entre a ansiedade e a depressão.

### 3.1.2. Dados epidemiológicos de países europeus

No que diz respeito aos países europeus apresentam-se dados da Grã-Bretanha, onde os estudos epidemiológicos tiveram início na década de 60, com um dos primeiros trabalhos na área da infância, no estudo da Ilha de Wight (25).

O estudo de H Green e colaboradores (26) permite identificar as diferenças de prevalências das perturbações mentais na infância e nos primeiros anos da adolescência, verificando-se variações na linha das já verificadas no *Great Smoky Moutains Study*, com as Perturbações de Oposição e a PHDA a diminuírem, enquanto as Perturbações da Ansiedade, do Humor e do Comportamento aumentam.

Quadro 4. Prevalência das Perturbações Mentais na Grã-Bretanha, 2004 (%)

DIAGNÓSTICO	5 aos 10 anos			11 aos 16 anos			5 aos 16 anos		
	Masculino	Feminino	Todos	Masculino	Feminino	Todos	Masculino	Feminino	Todos
Qualquer Perturbação	10,2	5,1	7,7	12,6	10,3	11,5	11,4	7,8	9,6
Pert. Ansiedade	2,2	2,4	2,2	3,6	5,2	4,4	2,9	3,8	3,3
Pert. Depressivas	0,2	0,3	0,2	1,0	1,9	1,4	0,6	1,1	0,9
Pert. Comportam. Disrup.	6,9	2,8	4,9	8,1	5,1	6,6	7,5	3,9	5,8
Pert. Oposição	4,5	2,4	3,5	3,5	1,7	2,6	4,0	2,0	3,0
Outras Pert. Comport.	2,4	0,4	1,4	4,5	3,5	4,0	1,8	1,8	2,7
Pert. Hiperactividade	2,7	0,4	1,6	2,4	0,4	1,4	2,6	0,4	1,5
Pert. menos comuns	2,2	0,4	1,3	1,6	1,1	1,4	1,9	0,8	1,3
Pert. Espectro do Autismo	1,9	0,1	1,0	1,0	0,5	0,8	1,4	0,3	0,9
Pert. Comp. Alimentar	0,5	0,2	0,3	0,6	0,1	0,4	0,5	0,1	0,3

Reproduzido de: *Mental Health of Children and Young People in Great Britain* (Green H et al., 2004).

### 3.1.3. Dados epidemiológicos na Primeira Infância e Idade Pré-escolar

Poucos estudos epidemiológicos foram realizados nas faixas etárias mais baixas, onde se verifica, como se pode constatar nos dados apresentados, uma prevalência já elevada, implicando a necessidade de uma intervenção especializada dos serviços de saúde mental.

**Quadro 5: Prevalência de Perturbações Mentais na Primeira Infância numa população dinamarquesa**

DIAGNÓSTICO DC:0-3	18 meses
Qualquer Perturbação	18,0 %
Pert. Multissistémica	3,3 %
Pert. Regulatória	7,1 %
Pert. Afecto	2,8 %
Pert. Reactiva da Vinculação	0,5 %
Pert. Comport. Alimentar	2,4 %
Pert. Sono	1,4 %
Pert. Adaptação	0,9 %
Eixo II – Pert. Relação	8,5 %

Reproduzido de: *Prevalence of mental health problems in children 1½ years of age – the Copenhagen Child Cohort 2000* (Skvogaard, A. et al, 2007)

Foi utilizada neste estudo dinamarquês (27) uma classificação diagnóstica específica para a Primeira Infância, a DC:0-3.

É relevante neste estudo o grupo de perturbações multissistémicas (a que correspondem as Perturbações do Espectro do Autismo) que tem registado, a nível mundial, um aumento muito importante de incidência nas últimas duas décadas, por motivos que ainda não são claros (28).

**Quadro 6. Prevalência de Perturbações Mentais em Crianças dos 2 aos 5 anos (População não referenciada, EUA)**

DIAGNÓSTICO	Angold et al n = 307, DSM IV	Lavigne et al n = 510, DSM III R	Keenan et al n = 104, DSM III R
Qualquer Perturbação	16,2	21,4	26,4
Pert. Ansiedade	9,4	2,5	8,4
Pert. Humor	2,1	0,3	1,1
Pert. Comportamento	9,6	16,8	12,6
Pert. Hiperactividade	3,3	2,0	5,7

Reproduzido de: *Common Emotional and Behavioral Disorders in Preschool Children: presentation, nosology and epidemiology* (Egger H & Angold A, 2006)

Os dados da idade pré-escolar, dos dois aos 5 anos, reportam-se a uma revisão (29) de estudos epidemiológicos nesta faixa etária, identificando uma alta prevalência, com predomínio nos três estudos das Perturbações de Comportamento, situação que como vimos se mantém ao longo de toda a infância e parte significativa da adolescência, remetendo de novo para a necessidade de intervenções precoces neste domínio.

#### 3.1.4. Dados epidemiológicos de estudos nacionais

Poucos têm sido os estudos epidemiológicos realizados no nosso país. Iremos referir dois, um de âmbito nacional e outro de âmbito regional.



Em 1999/2000 foi realizado por Oliveira et al. (30) um estudo de âmbito nacional sobre as Perturbações do Espectro do Autismo que revelou uma prevalência global em Portugal Continental de 9,2/10.000 (8,1-10,0 - intervalo de confiança de 95%).

Em 2003/2004 foi realizado por Freitas et al. (31) um estudo sobre a prevalência da depressão na Ilha da Madeira, tendo sido obtida uma prevalência de sintomas depressivos de 7,52% ( $\pm 2,3$  - intervalo de confiança de 95%) em 505 pré-adolescentes e adolescentes da população escolar do 3º ciclo do Funchal, com predomínio no sexo feminino.

### 3.2. CONTINUIDADE DA PSICOPATOLOGIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Inúmeros estudos epidemiológicos, quer prospetivos quer retrospectivos têm vindo a confirmar a noção empírica que muitas das patologias psiquiátricas dos adultos têm início, de facto, antes dos 18 anos de idade. Iremos citar dois desses estudos:

- Um estudo longitudinal de Newman e colaboradores (32), dos 11 aos 21 anos, em que se verificou um aumento da prevalência das perturbações mentais ao longo do tempo. Aos 21 anos mais de 50% dos casos apresentavam co-morbilidades, que agravavam significativamente os quadros clínicos em termos do funcionamento psicossocial. É de salientar que **73,8% dos adultos com diagnósticos aos 21 anos tinham história prévia de perturbação mental.**
- Kessler e colaboradores (4), numa revisão dos vários *surveys* de saúde mental realizados pela OMS, concluíram que cerca de **50% das patologias psiquiátricas persistentes começavam antes dos 14 anos, e 75% antes dos 24 anos.**

Estes dados realçam e reforçam a necessidade de intervenções no âmbito da saúde mental infantil e juvenil, no sentido de tratar precocemente as perturbações mentais para tentar diminuir as consequências negativas da psicopatologia a longo prazo.

#### **Perturbações do Comportamento Disruptivo**

A Perturbação de Oposição na infância foi identificada como precursora da Perturbação do Comportamento, para ambos os sexos (33). Este aspeto é relevante e obriga a uma maior atenção às Perturbações de Oposição, pelo elevado peso que representa para as famílias e para a sociedade a Perturbação do Comportamento (patologia mais grave, não só ao longo do desenvolvimento, mas também na idade adulta), uma vez que evolui frequentemente para Perturbações da Personalidade do

Cluster B (nomeadamente PP Anti-social, PP Estado-limite). Podem também evoluir para Perturbações do Humor e da Ansiedade (34).

### **Perturbações da Ansiedade e do Humor**

É de referir a continuidade homotípica (do mesmo quadro psicopatológico) que se verifica para a ansiedade de separação, a ansiedade generalizada, fobia social e perturbação de pânico, esta última só para o sexo feminino (35); existe ainda uma continuidade heterotípica (com um quadro psicopatológico diferente) entre as várias Perturbações da Ansiedade e também com as Perturbações Depressivas, podendo a afetividade negativa como traço temperamental explicar esta continuidade (35). Esta ficou também claramente demonstrada num estudo retrospectivo, o *Maudsley Study*, para a Perturbação Depressiva Major (36).

### **Perturbações Psicóticas**

Embora a prevalência das Perturbações Psicóticas seja baixa na população adulta e também nos adolescentes, é importante o seu diagnóstico precoce para permitir uma intervenção atempada que possa minimizar o impacto negativo em termos do funcionamento cognitivo e psicossocial dos indivíduos doentes (37). É de salientar a elevada validade preditiva positiva deste diagnóstico na adolescência, que tem a sua continuidade homotípica na idade adulta (38).

## **3.3. PESO DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

O peso global das perturbações mentais para a sociedade é um dado reconhecido pela comunidade científica e comprovado por inúmeros estudos (39), com uma impressionante tradução em termos de DALYs (*Disability Adjusted Life Years*).

Na infância e adolescência, tendo em conta a elevada prevalência das perturbações mentais associada a uma alta taxa de co-morbilidade e a continuidade frequente da psicopatologia, torna-se imprescindível o reconhecimento do peso económico e social que estas perturbações determinam. Este peso tem vindo a ser demonstrado pela evidência científica (40, 41, 42, 43, 44) e vai muito para além do peso económico direto inerente aos custos para os serviços de saúde.

Face ao que foi exposto, é evidente a relevância do investimento no reforço da rede de serviços de saúde mental especificamente dirigidos à infância e adolescência.

## 4 – CARATERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO NACIONAL ATUAL

### 4.1. Estruturas Existentes

O número de Serviços, de nível regional e local, e de Unidades existentes no país é baixo e tem uma distribuição desigual, comprometendo a equidade no acesso da população aos cuidados especializados em psiquiatria da infância e adolescência (Quadro 7).

**Quadro 7. Distribuição da Tipologia dos Serviços por Região de Saúde em Maio 2018**

	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve	Total
Serviços Regionais	1	1	1	0	0	3
Serviços Locais	3	2	3	1	0	9
Unidades	9	2	8	1	1	21

#### 4.1.1. Serviços de Nível Regional em Centros Hospitalares

Em 2011, na altura da publicação da RRH da Psiquiatria da Infância e Adolescência, existiam 3 Departamentos/Áreas em Lisboa, Porto e Coimbra, com autonomia funcional e organizacional, que correspondiam ao nível de Serviços Regionais preconizados no Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 304/2009, de 22 de outubro.

- Área de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar Lisboa Central E.P.E. – Hospital Dona Estefânia;
- Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E;
- Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. – Hospital Pediátrico de Coimbra.

Atualmente apenas no Centro Hospitalar do Porto se mantém o Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência. No Centro Hospitalar Universitário de Coimbra passou a Serviço de Pedopsiquiatria, integrado no Pólo do Hospital Pediátrico, e no Centro Hospitalar Lisboa Central passou a Especialidade de Pedopsiquiatria integrada na Área da Mulher, Criança e Adolescente.

Apesar das modificações organizacionais, que implicam uma menor autonomia, os 3 pólos – Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência no CH do Porto, Serviço de Pedopsiquiatria no CHUC em Coimbra e Especialidade de Pedopsiquiatria no CHLC em Lisboa mantiveram características de Serviços Regionais, desenvolvendo atividades diferenciadas específicas, no contexto da especialidade, integrando serviço de urgência e internamento, e cumprindo a missão de

prestar apoio e funcionar de forma complementar aos Serviços Locais, tanto do ponto de vista clínico como formativo.

Considera-se fundamental garantir o estatuto destes Serviços Regionais, integrados no CH Porto, CHU Coimbra e CH Lisboa Central, atribuído legalmente pelo Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, e a sua autonomia, de forma a que possam cumprir as funções que lhes competem. Nesta circunstância recomenda-se a adoção da denominação Departamento, que consta no art.º 17 do referido Decreto-Lei.

O Quadro 8 apresenta características de duas valências diferenciadas, o Internamento e o Serviço de Urgência, que atualmente apenas existem nos Serviços de nível Regional.

**Quadro 8. Caracterização do internamento e do atendimento urgente**

	INTERNAMENTO	ATENDIMENTO URGENTE
<b>CH do Porto</b>	10 camas	- 8h-20h, todos os dias: presença física de especialista - 20h-24h, todos os dias: prevenção à Unidade de Internamento - 24h-8h, todos os dias: apoio do SII do HML à Unidade de Internamento
<b>CH Universitário de Coimbra</b>	8 camas	- 8h às 20h, todos os dias
<b>CH Lisboa Central</b>	16 camas + 11 camas na UP (parceria CHPL/CHLC)	- 24h/dia, 7 dias por semana: presença física de especialista

As **unidades de internamento** admitem situações agudas e estão direcionadas para intervenções/programas terapêuticos de curta duração.

O Serviço de Urgência nas áreas da ARS LVT, Alentejo e Algarve é assegurado, desde 2014, pela Urgência Metropolitana de Lisboa, que se realiza no CHLC-HDE, integrando especialistas dos hospitais do sector público da área da Grande Lisboa.

Os Serviços de nível regional, para além da resposta específica de internamento e serviços de urgência, desempenham um importante papel na formação de Internos da especialidade, estabelecendo protocolos com os Serviços Locais para complementar a formação específica nas valências onde estes Serviços não têm capacidade para o fazer.

#### **4.1.2. Serviços de Nível Local em Hospitais, Centros Hospitalares ou Unidades Locais de Saúde**

Os Serviços Locais de Psiquiatria da Infância e Adolescência, que são apenas nove em todo o país, desenvolvem atividades de âmbito muito diverso, assegurando a prestação de cuidados pedopsiquiátricos à população da sua área de referência.

Em 2011 existiam formalizados seis Serviços, e apesar de no PNSM 2007-2016 estar prevista até 2012 a criação de 13 novos Serviços/Unidades, até Maio de 2018 somente mais quatro Serviços tinham sido criados (Quadro 9), tendo um dos Serviços previamente existente passado a Unidade.

**Quadro 9. Evolução da criação de Serviços Locais de Psiquiatria da Infância e Adolescência 2011-2018**

2011	2018
C.H de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	C.H de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
C.H. Cova da Beira, E.P.E	C.H. Cova da Beira, E.P.E
C. H. Baixo Vouga, E.P.E.	C. H. Baixo Vouga, E.P.E.
C.H. Lisboa Ocidental, E.P.E.	C.H. Lisboa Ocidental, E.P.E.
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	
Unidade Local de Saúde Baixo Alentejo, E.P.E.	Unidade Local de Saúde Baixo Alentejo, E.P.E. *
	C.H. Lisboa Norte, E.P.E.
	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.
	Hospital Beatriz Ângelo, P.P.P.
	CH Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.

\*apenas 1 especialista

#### 4.1.3. Unidades em Hospitais, Centros Hospitalares ou Unidades Locais de Saúde

Existem vinte e uma Unidades de Psiquiatria da Infância e da Adolescência em estruturas do SNS, que desenvolvem o mesmo tipo de atividades dos Serviços, embora em geral com recursos mais escassos e com menor grau de autonomia:

- Hospital de Braga, P.P.P. (apenas 1 especialista)
- C. H. Tâmega e Sousa, E.P.E.
- Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. (apenas 1 especialista)
- C. H. S. João, E.P.E.
- Hospital da Senhora de Oliveira Guimarães, E.P.E.
- C. H. do Médio Ave, E.P.E. (apenas 1 especialista)
- C. H. Póvoa do Varzim / Vila do Conde, E.P.E. (apenas 1 especialista)
- CH Entre Douro e Vouga, E.P.E.
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
- C. H. Leiria, E.P.E.
- C.H. Tondela-Viseu, E.P.E.
- C.H. Barreiro-Montijo, E.P.E. (sem especialista)
- C.H. Setúbal, E.P.E.

- C.H. Médio Tejo, E.P.E.
- Hospital de Santarém, E.P.E.
- Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.
- C.H. Oeste, S.P.A. (apenas 1 especialista)
- Hospital de Vila Franca de Xira, P.P.P.
- Hospital Garcia da Orta (Almada) E.P.E.
- Hospital do Espírito Santo, E.P.E. (sem especialista)
- C.H. Universitário do Algarve, E.P.E. (apenas 1 especialista)

Em seis destas Unidades, existe apenas um especialista.

Em dois locais - Hospital Espírito Santo E.P.E em Évora, e no C.H. Barreiro-Montijo, E.P.E. - não está colocado nenhum especialista (em Maio de 2018), situação que se poderá alargar à Unidade Local de Saúde do Nordeste E.P.E., na qual a única especialista colocada previsivelmente se irá reformar em 2018.

Relativamente a todas as Unidades acima listadas se reforça a necessidade de ser cumprida a legislação em vigor e o preconizado no PNSM (11):

- Devem ser criados Serviços sempre que a população abrangida seja superior a 250.000 habitantes
- A autonomia dos Serviços/Unidades de Psiquiatria da Infância e Adolescência face aos Departamentos ou Serviços onde se encontram integrados deve ser assegurada;
- Os Serviços (ou as Unidades) hospitalares devem ser chefiados por um Psiquiatra da Infância e da Adolescência.

Estas diretrizes estão em consonância com as normas orientadoras europeias e da OMS onde se sublinha a necessidade de autonomia destes serviços (2).

#### 4.2. DESEMPENHO

Uma das características da especialidade é que não se enquadra completamente no modelo de recolha da atividade clínica hospitalar, implicando que a atividade das equipas multidisciplinares é mal traduzida na simplicidade dos números existentes. Acresce a esta situação que nem sempre o registo estatístico das consultas de pedopsiquiatria é autonomizado, situação que acontece em algumas Unidades, podendo ser enquadradas no conjunto das consultas de pediatria ou psiquiatria, consoante os Serviços onde se encontrem integradas.

Recomenda-se que se pense numa forma de registo que permita refletir a realidade de forma mais aproximada, sob pena de se continuar a subvalorizar o trabalho na saúde mental da infância e adolescência.

A recolha desajustada dos dados pode ainda contribuir para acentuar desigualdades (nem sempre reais) entre as estruturas, com eventuais reflexos na avaliação do desempenho e consequentemente no financiamento dos Serviços / Unidades, em função da forma como a atividade é registada. Recomenda-se assim que sejam uniformizados os critérios de registo da atividade na psiquiatria da infância e adolescência.

No entanto, e porque estes são os dados disponíveis, apresentam-se os que estão publicados no relatório Saúde Mental em Números 2014 (45) referentes às consultas externas de Psiquiatria da Infância e da Adolescência nos anos de 2012 e 2013 (Quadro 10), e ao internamento, no período de 2009 a 2013 (Quadro 11), sendo de salientar o aumento registado, tanto no ambulatório como no internamento.

**Quadro 10. Total de Consultas por Região de Saúde**

Sub-Região	Total de Consultas		Primeiras Consultas	
	2012	2013	2012	2013
<b>Alentejo</b>	3.436	3.558	419	609
<b>Algarve</b>	1.182	1.257	125	122
<b>Centro</b>	12.849	14.818	2.170	2.519
<b>LVT</b>	39.387	43.307	4.811	4.872
<b>Norte</b>	39.877	51.045	8.984	11.814
<b>Total</b>	<b>96.731</b>	<b>113.985</b>	<b>16.509</b>	<b>19.936</b>

Fonte: Saúde Mental em Números 2014, DGS

O internamento tem vindo a registar um aumento significativo – cerca de 40% entre 2009 e 2013, evidenciando a necessidade de incrementar a capacidade de resposta, e também a de implementar estruturas de reabilitação psicossocial que permitam complementar a resposta hospitalar.

**Quadro 11. Caracterização da produção hospitalar em Portugal Continental (2009-2013)**

	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Utentes Saídos</b>	359	391	295	428	497
<b>Dias Internamento</b>	3.889	4.185	2.594	4.596	6.839
<b>Demora média</b>	10,83	10,7	8,79	10,74	13,76

Fonte: Saúde Mental em Números 2014

Relativamente à atividade do Serviço de Urgência em Psiquiatria da Infância e Adolescência não foi possível aceder a dados oficiais publicados. Para que se possa ter uma ideia da dimensão, referem-se os

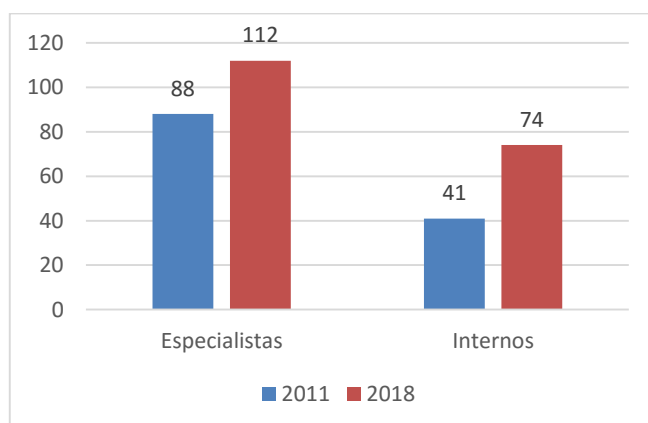
dados de um estudo realizado no CHCL, relativo à Urgência Metropolitana de Lisboa (46), que registou para o ano de 2013, um número muito elevado de casos – um total de 1.641, predominantemente adolescentes com alterações de comportamento, incluindo comportamentos auto-lesivos e tentativas de suicídio. As outras situações mais frequentes apresentavam sintomatologia depressiva e ansiosa.

### 4.3. RECURSOS HUMANOS

#### 4.3.1. Médicos

O número de médicos especialistas registou um acréscimo significativo, apesar de um número elevado de reformas e verificou-se um aumento considerável do número de Internos, como fica patente no Gráfico 1. Salienta-se o esforço significativo que tem vindo a ser feito no sentido de formar mais especialistas, com destaque para os Serviços de nível regional, sendo de realçar neste âmbito o CHLC. É também de valorizar a decisão do Colégio de Especialidade da Psiquiatria da Infância e Adolescência de atribuir idoneidade formativa a Serviços Locais/Unidades, complementada pelos Serviços de nível Regional, um processo que deverá ter continuidade nos próximos anos, ampliando assim capacidade formativa.

Gráfico 1 - Evolução do número de médicos no SNS 2011-2018



Nota: Dados da RRH 2011 e fornecidos pelos Serviços, através de Inquérito da APPIA 2017/18

#### 4.3.2. Equipa multidisciplinar

Os Quadros 12 e 13 caracterizam a situação em 2011 e 2016, no que diz respeito à constituição das Equipas Multidisciplinares.



**Quadro 12. Recursos Humanos em 31 de Março de 2011, por Região de Saúde**

	ARS NORTE	ARS CENTRO	ARS LVT	ARS ALENTEJO	ARS ALGARVE
<b>Psiquiatras da Infância e da Adolescência</b>	33	16	36	2	1
<b>Internos da Especialidade</b>	13	3	25	0	0
<b>Psicólogos</b>	27	15	32	9	1
<b>Enfermeiros</b>	19	5	28	3	0
<b>Técnicos de Serviço Social</b>	10	8	8	2	0
<b>Terapeutas Ocupacionais</b>	6	3	5	1	1
<b>Terapeutas da Fala</b>	0	1	3	3	0
<b>Psicomotricistas</b>	0	1	3	1	0
<b>Educadores/Professores</b>	1 (DREN)	3	3	3	0
<b>Outros</b>	1	0	0	0	0

Dados da RRH da Psiquiatria da Infância e Adolescência, 2011

Tal como referido anteriormente, a maioria dos Serviços e Unidades têm profissionais partilhados com os Serviços de Pediatria ou Psiquiatria, ou mesmo com outros Serviços, com um número de horas reduzido para desenvolver intervenções com crianças, adolescentes e suas famílias.

**Quadro 13. Recursos Humanos em 31 de Dezembro de 2016**

	ARS NORTE		ARS CENTRO		ARS LVT		ARS ALENTEJO		ARS ALGARVE	
	Próprios	Partilhado	Próprios	Partilhado	Próprios	Partilhado	Próprios	Partilhado	Próprios	Partilhado
<b>Psiquiatras da Infância e Adolescência</b>	40		14		40,5		2		1	
<b>Internos da especialidade</b>	12		15		47		0		0	
<b>Psicólogos</b>	21	12,5	7	3	29	0	2	0,5	1,5	1
<b>Enfermeiros</b>	16,2	3,6	13	7	35		2	1	0,5	0
<b>Técnicos de Serviço Social</b>	2,75	8	3	4	5,5	8	1	0	0	0
<b>Terapeutas Ocupacionais</b>	1,25	0,2	3	1	4,75	0	1	0	0	1
<b>Terapeutas da Fala</b>	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1
<b>Psicomotricistas</b>	0	0	2	0	3	0	1	0	0	0
<b>Educ./Professores</b>	1	0	3	1	2	1	3	0	0	0
<b>Outros</b>	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Dados fornecidos pelos Serviços, através de Inquérito da APPIA, 2017

O Quadro 14 permite constatar a evolução global do número de profissionais médicos e não médicos alocados aos Serviços de 2011 a 2016. Verifica-se um aumento no número de enfermeiros nas regiões LVT e Centro, em relação com o Internamento, que teve a sua abertura em Coimbra, no CHUC, e uma ampliação no número de camas em Lisboa, no CHLC. No entanto, na maioria dos Serviços, o número de enfermeiros foi reduzido ou mantém-se escasso. Assinala-se a redução do número de psicólogos, técnicos do Serviço Social e do escasso número de outras valências terapêuticas das Equipas transversal à maioria dos Serviços/Unidades.

**Quadro 14. Evolução da multidisciplinaridade nos Serviços / Unidades 2011-2016**

	ARS Norte		ARS Centro		ARS LVT		ARS Alentejo		ARS Algarve	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016	2011	2016	2011	2016
<b>Psiquiatras da Infância e Adolescência</b>	33	40 ↑	16	14 ↓	36	40,5 ↑	2	2	1	1
<b>Internos da Especialidade</b>	13	12	3	15 ↑↑	25	47 ↑↑	0	0	0	0
<b>Psicólogos</b>	27	21 ↓	15	7 ↓↓	32	29 ↓	9	2 ↓↓	1	1,5
<b>Enfermeiros</b>	19	16,2 ↓	5	13 ↑↑	28	35 ↑	3	2 ↓	0	0,5
<b>Técnicos de Serviço Social</b>	10	2,75 ↓↓	8	3 ↓↓	8	5,5 ↓	2	1 ↓	0	0
<b>Terapeutas Ocupacionais</b>	6	1,25 ↓↓	3	3	5	4,75	1	1	1	0 ↓
<b>Terapeutas da Fala</b>	0	0	1	1	3	1 ↓	3	1 ↓	0	0
<b>Psicomotricistas</b>	0	0	1	2	3	3	1	1	0	0
<b>Educadores/Professores</b>	1	1	3	3	3	2	3	3	0	0
<b>Outros</b>	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0

(Fonte: Dados fornecidos pelos Serviços, através de Inquérito da APPIA, 2017).

Esta situação compromete a qualidade da intervenção no âmbito da Psiquiatria da Infância e da Adolescência. No que diz respeito ao Serviço Social, os estudos científicos (47,48) demonstram a importância dos determinantes sociais na qualidade da saúde das populações, com impacto no âmbito da saúde mental. Tendo em conta esta evidência científica, é fundamental que os Serviços/Unidades de Psiquiatria da Infância e Adolescência tenham Técnicos do Serviço Social **alocados aos próprios Serviços**, e em número suficiente para poderem ser efetivos na sua ação.

A escassez dos psicólogos, e outros terapeutas, impede que em muitos casos se possa proceder à necessária intervenção psicoterapêutica, nas diversas modalidades, implicando que o recurso a psicofármacos possa ser mais elevado. Salienta-se que a intervenção psicofarmacológica deve ser, sempre que possível, enquadrada numa resposta multimodal, que a ausência de recursos psicoterapêuticos não permite.

## 4.4 ARTICULAÇÃO

### 4.4.1. Articulação com os Cuidados Primários de Saúde

Na Região de Saúde do Algarve existem **Equipas Multidisciplinares GASMI – Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil nos ACES**, tuteladas pela ARS do Algarve, que atendem crianças dos 3 aos 12 anos de idade com problemas de saúde mental. Estas equipas, que não integram médicos, têm supervisão de Psiquiatras da Infância e da Adolescência da Especialidade de Pedopsiquiatria do CHLC - Hospital Dona Estefânia. **Constituem uma modalidade de boas práticas** na prestação de cuidados pedopsiquiátricos à população pediátrica.

Em vários Serviços locais/regionais e Unidades funcionam Equipas Comunitárias, ou realizam-se consultas da especialidade em locais mais próximos da área de residência das populações, através da deslocação do psiquiatra da infância e adolescência, sozinho ou em equipa multidisciplinar.

Salienta-se a vertente de formação/consultoria/supervisão que está presente na maioria dos projetos de articulação com os CSP.

Para além do trabalho desenvolvido no terreno existem duas publicações especialmente dirigidas aos profissionais dos CSP sobre temáticas da saúde mental na infância e adolescência:

- i. Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários (49) <sup>1</sup>
- ii. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância – Manual de Orientação para os Profissionais de Saúde (50) <sup>2</sup>

### 4.4.2. Articulação com Estruturas da Comunidade

Para além da articulação com os CSP, a grande maioria dos Serviços/Unidades desenvolve um trabalho de articulação com escolas, CPCJs, Tribunais, Instituições de Acolhimento de Crianças e Jovens e Centros Tutelares Educativos, constituindo este trabalho, para o qual deve estar previsto tempo no

---

<sup>1</sup><https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/pub-saude-mentalrecomendacoes-para-a-pratica-clinica-1-pdf.aspx>

<sup>2</sup>[https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/pub-saude-mental\\_e-gravidez\\_folheto\\_dgs\\_2005-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/pub-saude-mental_e-gravidez_folheto_dgs_2005-pdf.aspx)

horário dos profissionais, uma mais-valia importante no sentido de promover contextos e decisões que possam melhorar a saúde mental das crianças e jovens, e a integração o mais favorável possível das que são portadoras de psicopatologia grave.

#### 4.5. NORMAS DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA DA DGS APLICÁVEIS À PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

A DGS emitiu duas NOCs aplicáveis a crianças e jovens, ambas relacionadas com situações de consumos:

- i) Diagnóstico de Policonsumos e Intervenção Breve em Adolescentes e Jovens<sup>3</sup>
- ii) Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em Adolescentes e Jovens<sup>4</sup>

#### 4.6. IDONEIDADE FORMATIVA

Atualmente existem no país 8 locais que têm idoneidade formativa, sendo que apenas os Serviços de nível regional têm a idoneidade total. Os restantes Serviços têm idoneidade formativa parcial, e estabeleceram protocolos com os Serviços regionais para complementar a formação dos seus Internos (Quadro 15).

A formação de Internos representa um esforço considerável para os Serviços Regionais que, para além de terem um maior número de Internos, asseguram a complementaridade dos restantes Serviços com idoneidade parcial. Por isso mesmo devem ter 1 ETC de médico especialista para assegurar a organização do Internato e cada orientador de formação deverá ter 1,5 horas por semana/Interno para assegurar a sua orientação/supervisão.

---

<sup>3</sup><https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0362012-de-30122012-png.aspx>

<sup>4</sup><https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0352012-de-30122012-png.aspx>

**Quadro 15. Serviços / Unidades com idoneidade formativa**

	Nível do Serviço	Idoneidade Formativa
CH Porto	Regional	Total
CHU Coimbra	Regional	Total
CH Lisboa Central	Regional	Total
CH Vila Nova Gaia/Espinho	Local	Protocolo CHP
CH Lisboa Ocidental	Local	Protocolo CHLC
CH Lisboa Norte	Local	Protocolo CHLC
H Garcia Orta	Unidade	Protocolo CHLC
CH Tâmega e Sousa	Unidade	Protocolo CHP

Fonte: Dados fornecidos pelos Serviços, através de Inquérito da APPIA, 2017

Existem nos Serviços Regionais cursos organizados de formação teórica e teórico-prática, com periodicidade semanal, além da formação prática tutelada desenvolvida nas equipas multidisciplinares. No caso do Serviço de Pedopsiquiatria do CHUC recorre-se à videoconferência para que os Internos desse Serviço possam assistir a aulas dos cursos que têm lugar no CHLC.

Os internos de Psiquiatria Geral realizam um estágio obrigatório com duração de 3 ou 6 meses e os internos de outras especialidades efetuam estágios opcionais de duração variável.

Face ao escasso número de especialistas, e à previsível reforma de um número relativamente elevado de pedopsiquiatras nos próximos 5 anos, mantém-se a recomendação da avaliação pelo Colégio da Especialidade de outros Serviços / Unidades de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, com vista à atribuição de idoneidade formativa parcial.

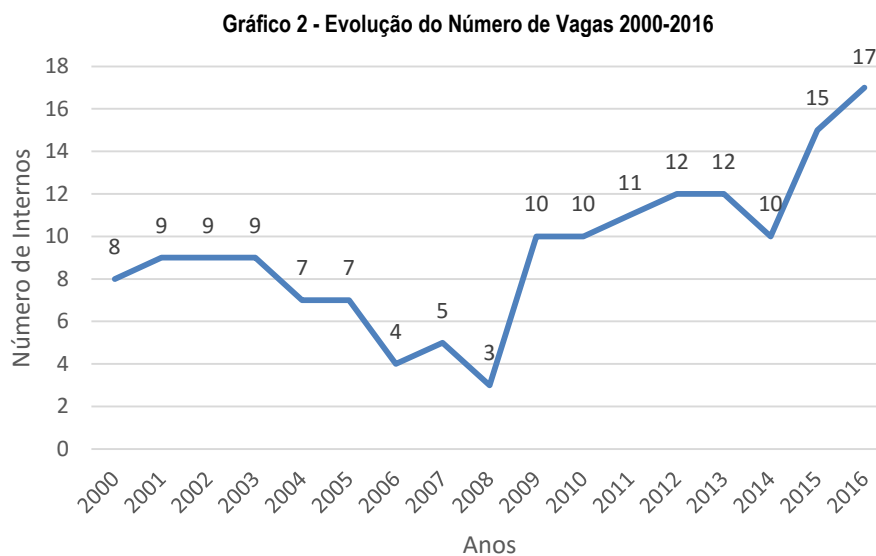
O programa de formação específica do Internato de Psiquiatria da Infância e Adolescência pode ser consultado no Anexo A.

Recentemente o Colégio de Especialidade emitiu um parecer indicando que os Serviços/Unidades têm de ter pelo menos três médicos especialistas para poderem solicitar a idoneidade formativa parcial (Anexo B).

#### **4.6.1. Evolução do Internato Médico**

De acordo com o proposto pelo PNSM verificou-se um aumento consistente do número de vagas desde 2009 (Gráfico 2), que previsivelmente irá continuar, se o Colégio da Especialidade de Psiquiatria da

Infância e Adolescência vier a atribuir, como se espera, idoneidade formativa a mais Serviços / Unidades que para tal reúnam as necessárias condições.



Fonte: ACSS/UOPRH, 2011 e dados fornecidos pelos Serviços, através de Inquérito da APPIA, 2017

## 5 – NECESSIDADES PREVISÍVEIS E INDICADORES A ADOTAR

---

### 5.1. INDICADORES

A avaliação padronizada dos resultados das intervenções desenvolvidas pelos serviços de Psiquiatria da Infância e da Adolescência é relativamente recente, não obstante ser largamente reconhecida a sua necessidade como meio de promover a qualidade dos serviços. Para que este tipo de cuidados especializados detenha elevada qualidade deverão assumir-se como clinicamente adequados, éticos e humanizados, sempre guiados pelo superior interesse da criança e da sua família. Atualmente, espera-se que um serviço ofereça intervenções baseadas na evidência, como de resto a investigação tem salientado, e que apresente uma boa relação custo-eficácia (51, 52, 53). Esta perspetiva exige equipas multidisciplinares que prestem cuidados diferenciados e disponibilizem programas funcionais diversificados, adequados às várias problemáticas em saúde mental da infância e da adolescência, regularmente avaliados no que se refere à sua qualidade. A multidisciplinaridade do trabalho clínico implica, do ponto de vista da sua monitorização, a implementação de um modelo multidimensional de avaliação, englobando um conjunto de domínios a medir junto da população utente. Encontram-se já disponíveis diversos sistemas de indicadores de fácil acesso, cuja seleção deve tomar em consideração não apenas o nível de complexidade e detalhe, mas também a possibilidade da sua implementação efetiva no terreno, aspeto que por sua vez se liga ao estado de desenvolvimento dos sistemas de registo e informação.

Do ponto de vista instrumental, os indicadores a criar devem ser válidos, fiáveis, sensíveis à mudança, e permitir não só a monitorização longitudinal da qualidade de prestação dos cuidados, como também a realização de avaliações transversais, do tipo das auditorias.

No que se refere ao caso particular da avaliação transversal de estrutura (recursos humanos, logística) e de processo (procedimentos), sugere-se que sejam utilizados os instrumentos elaborados pela OMS (54, 55, 56, 57, 58) já aplicados no âmbito do PNSM.

Relativamente aos indicadores de movimento assistencial (ex.: n.º de internamentos, consultas, sessões de hospital de dia, episódios de urgência, visitas domiciliárias, exames periciais, outros atos, taxa de ocupação, entre outros), sugere-se que sejam utilizadas como fonte de informação preferencial as estatísticas produzidas institucionalmente pelos Serviços regionais e locais e pelas Unidades.

Finalmente, no que se refere às dimensões de acessibilidade, continuidade de cuidados, efetividade e acontecimentos sentinela, apresenta-se o conjunto mínimo de indicadores considerados como mais relevantes na monitorização da atividade dos serviços.

## **A. Acessibilidade**

### 1. Taxa de cobertura global

*Numerador (Num): n.º de utentes em contacto com serviços/Denominador (Denom): população < 18 anos no sector*

### 2. Tempo de espera

*Tempo médio entre a referenciação e a 1.ª consulta*

### 3. Acesso de novos casos

*Num: n.º primeiras consultas/Denom: n.º total de consultas*

### 4. Referenciação

*Num: n.º de casos referenciados pelo médico de família num ano/Denom: n.º total de novos casos num ano*

## **B. Continuidade de Cuidados**

### 5. 1.ª consulta pós-alta

*Tempo médio entre a alta do internamento e a primeira consulta após a alta.*

### 6. Taxa de abandono

*Num: n.º de utentes que abandonaram o contacto no ano anterior/Denom: n.º de utentes registados*

## **C. Efetividade<sup>5</sup>**

### 7. Sintomatologia

*Percentagem de doentes com melhoria clínica, caracterizada através de aplicação de um instrumento padronizado (ex: BPRS-C)*

### 8. Funcionalidade

*Percentagem de doentes com melhoria do grau de funcionalidade, caracterizada através de aplicação de um instrumento padronizado (ex: Escala do Funcionamento Global da Criança - CGAS, Questionário de Avaliação de Capacidades e Dificuldades – SDQ)*

### 9. Satisfação com os serviços

---

<sup>5</sup> Instrumentos disponibilizados no website do CAMHS Outcome Research Consortium, através no seguinte endereço electrónico: <http://www.corc.uk.net/index.php?contentkey=81> )



*Questionário de avaliação da satisfação com o serviço (CHI-ESQ): versões para pais, crianças dos 9 aos 12 anos e dos 12 aos 18 anos*

#### **D. Acontecimentos Sentinela**

##### 10. Internamento compulsivo

*Num: n.º de internamentos compulsivos/Denom: n.º total de internamentos*

##### 11. Alta contra parecer médico

*Num: n.º altas contra parecer médico/Denom: n.º total de altas*

##### 12. Suicídios durante o internamento

*Num: n.º eventos ocorridos/Denom: n.º total de internamentos*

##### 13. Óbitos durante o internamento

*Num: n.º eventos ocorridos/Denom: n.º total de internamentos*

##### 14. Readmissões

*Num: n.º readmissões nas 2 semanas após a alta/Denom: n.º total de altas Rede de Referência*

#### **E. Articulação com as estruturas da Comunidade**

##### 15. Articulação

*Evidência de protocolos ou procedimentos adequados de articulação com os Cuidados de Saúde Primários, outras especialidades da idade pediátrica e Psiquiatria Geral (descrição breve – modelo de articulação e de referência).*

#### **Dimensões Adicionais**

Para além dos indicadores acima referidos poderá ainda ser pertinente avaliar as seguintes dimensões, no âmbito da articulação e da prevenção:

- Primeiro contacto com os serviços de utentes com idade inferior a 5 anos (Num: n.º de utentes < 5 anos em contacto com serviços / Denom: n.º total de utentes < 18 anos em contacto com serviços);
- Existência de mecanismos promotores da identificação de crianças e adolescentes em situação de risco – descrição breve;
- Evidência de mecanismos promotores da identificação de membros das famílias com elevadas necessidades e que possam não estar a ser devidamente apoiados (ex: pessoas com deficiência mental ou atraso do desenvolvimento; pais com doença mental grave) – descrição breve;
- Evidência de mecanismos promotores da identificação de comportamentos ou situações de elevado risco (ex: suicídio, violência familiar, gravidez adolescente, abuso de substâncias psicoativas) – descrição breve.

Em circunstância alguma deve um determinado indicador ser utilizado de forma isolada para avaliação da qualidade dos serviços, sob pena desta não traduzir a realidade. Como exemplo, citamos a relação entre o número de primeiras consultas e o número total de consultas, utilizado com frequência como indicador de acessibilidade e de boas práticas. Este indicador pode, se associado a uma elevada taxa de abandono e a uma baixa efetividade, ser indicador de uma prestação de cuidados de qualidade deficitária.

## 5.2. ESTIMATIVA DAS NECESSIDADES

A intervenção na área da psiquiatria da infância e da adolescência deverá ter um carácter abrangente, funcionando de forma integrada nos diversos níveis de intervenção em termos dos cuidados de saúde. Face à escassez do número de especialistas (apesar da evolução positiva que se registou nos últimos anos), torna-se ainda mais fundamental uma articulação e consultoria com o nível dos Cuidados de Saúde Primários, permitindo que a resposta hospitalar especializada seja dirigida às situações psicopatológicas mais graves.

Nesta perspetiva, e correspondendo às orientações da OMS (15), deverá ser privilegiado o trabalho desenvolvido junto dos profissionais dos CSP, no sentido de os capacitar para intervir no âmbito de saúde mental da infância e da adolescência, numa ótica de prevenção, mas também de intervenção direta nos casos de menor complexidade. Os Serviços especializados devem garantir, no âmbito da sua atuação, a consultoria/supervisão aos CSP.

Ainda de acordo com as orientações da OMS (2) devem ser utilizados para o planeamento estratégico dos serviços de saúde mental os dados epidemiológicos, nomeadamente a prevalência das doenças mentais, para calcular as necessidades das populações neste âmbito.

Em Portugal praticamente não existem estudos epidemiológicos na área da psiquiatria da infância e da adolescência, constituindo uma lacuna que se propõe que seja colmatada através da realização de um estudo nacional, envolvendo epidemiologistas e pedopsiquiatras.

É necessário recorrer a dados de estudos internacionais para cálculo das necessidades das populações e da capacidade de resposta dos Serviços. No entanto, os dados de prevalência podem conduzir a uma sobre-estimativa da provável utilização dos serviços, pelo que devem ser utilizados com precaução e sustentados por informação acerca das carências e recursos locais (58).

Baseado neste pressuposto, apresenta-se, a título exemplificativo, a estimativa das necessidades nacionais em função do cálculo do número anual médio de consultas de Psiquiatria da Infância e da Adolescência de acordo com a gravidade da psicopatologia (casos com incapacidade grave – Quadro 16;

casos com grau moderado de incapacidade – Quadro 17) por 100.000 habitantes da população geral (+/- 18.000 crianças e adolescentes).

**Quadro 16. Cálculo do número anual médio de consultas para casos com incapacidade grave (calculado para população de 18.000 crianças e adolescentes por 100.000 habitantes)**

Diagnósticos	Prev. Anual (%)*	Total pop. doente esperada	Casos incap. grave (%)	Casos incap. grave (n)	Consultas ano (média)	Consultas ano (número)
Perturbações do Humor	0.9	16200	40%	6480	12	77760
Perturbações da Ansiedade	3.3	59400	10%	5940	6	35640
Perturbações do Comportamento	5.8	104400	20%	20880	12	250560
PHDA	1.5	27000	5%	1350	4	5400
Perturbação Globais do Desenvolvimento	0.9	16200	50%	8100	6	48600
Perturbações Comportamento Alimentar	0.3	5400	50%	2700	12	32400
POC	0.2	3600	80%	2880	12	34560
Psicose não Afetiva**	0.1	1800	100%	1800	12	21600
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>234000</b>		<b>50130</b>	<b>76</b>	
<b>Total Consultas/Ano</b>						<b>506520</b>

\*Green et al. (2005). *Mental health of Children and Young People in Great Britain*. Office for National Statistics, London.

\*\*Waddell, C., Sheperd, C. (2002). Prevalence of mental Disorders in Children and Youth. Research update, University of British Columbia.

**Quadro 17 - Cálculo do número anual médio de consultas para casos com moderado grau de incapacidade por 100.000 (calculado para a população de 18.000 crianças e adolescentes por 100.000 habitantes)**

Diagnósticos	Prev. Anual (%)*	Total pop. doente esperada	Casos incap. moderada (%)	Casos incap. moderada (n)	Consultas ano (média)	Consultas ano (número)
Perturbações do Humor	0.9	16200	30%	4860	5	24300
Perturbações da Ansiedade	3.3	59400	40%	23760	4	95040
Perturbações do Comportamento	5.8	104400	40%	41760	5	208800
PHDA	1.5	27000	5%	1350	2	2700
Perturbação Globais do Desenvolvimento	0.9	16200	20%	3240	4	12960
Perturbações Comportamento Alimentar	0.3	5400	30%	1620	6	9720
POC	0.2	3600	20%	720	6	4320
Psicose não Afetiva**	0.1	1800	0%	0	6	0
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>234000</b>		<b>77310</b>		
<b>Total Consultas/Ano</b>						<b>357840</b>

\*Green et al. (2005). *Mental health of Children and Young People in Great Britain*. Office for National Statistics, London.

\*\*Waddell, C., Sheperd, C. (2002). Prevalence of mental Disorders in Children and Youth. Research update, University of British Columbia; 100% dos casos são considerados graves.

## 5.2.1 Recursos Humanos

### 5.2.1.1. Contexto Internacional

Existe a nível mundial, mesmo em países desenvolvidos, um número de Psiquiatras da Infância e da Adolescência bastante inferior ao desejável para responder às necessidades das populações.

Os rácios de Psiquiatras da Infância e da Adolescência atualmente aconselhados em outros países europeus e nos EUA são muito superiores ao rácio existente em Portugal, de cerca de 1,1/100.000 habitantes (6,2/100.000 da população com menos de 18 anos), no sector público.

Apresentamos os rácios e recomendações de alguns países:

- **França:** em 2005 o *Conseil National de l'Ordre des Médecins* considerou a Psiquiatria da Infância e da Adolescência como uma especialidade em crise, com um número insuficiente de especialistas. O rácio é de 2,12/100.000 habitantes (59), isto é, 1/11.200 crianças e adolescentes (60)
- **Irlanda:** existe atualmente um rácio de 1/16,150 crianças e adolescentes dos 0 aos 16 anos. O *Irish College of Psychiatrists – Child and Adolescent Psychiatry Section* recomenda rácios de 1/33.000 habitantes (3,3/100.000 habitantes) para os Psiquiatras da Infância e Adolescência, Psicólogos, Enfermeiros e Técnicos de Serviço Social e de 1/66.000 habitantes (1,5/100.000 habitantes) para os restantes elementos da equipa multidisciplinar. Propõe ainda a criação de uma unidade especializada em adolescentes por cada 100.000 habitantes (61).
- **Finlândia:** existe um rácio de 3,16/100.000 habitantes, com um rácio de 1/6.000 crianças e adolescentes dos 0 aos 19 anos (62).
- **EUA:** existem cerca de 7.000 Psiquiatras da Infância e da Adolescência, com uma média de 8,7/100.000 crianças e adolescentes, isto é, um rácio de 1/11.500 desta população (2006), mas com enormes desigualdades na distribuição entre os diferentes estados. Em 1980, era recomendado um aumento do número de especialistas para 10.000 em 1990, no entanto presentemente estima-se que sejam necessários 12.624 especialistas para fazer face às necessidades crescentes da população (63).
- **Canadá:** a *Canadian Academy of Child Psychiatry* mantém a recomendação de 2002 de um rácio de 1/4.000 crianças e adolescentes (cerca de 6/100.000 habitantes da população geral). Este rácio é o aconselhado apenas para dar resposta às necessidades clínicas da população e não engloba as necessidades para as áreas de investigação, formação e organização de serviços (64).

### 5.2.1.2. Situação em Portugal

A RRH de Psiquiatria da Infância e Adolescência de 2011 recomendava um rácio de 1/9.000 crianças e adolescentes, a ser atingido em duas fases. Numa primeira fase o rácio seria de 1 para 12.000 habitantes com menos de 18 anos (1,5/100.000 da população total; 8,3/100.000 crianças e adolescentes), que seria atingido com 150 especialistas, num período de 4 anos, ou seja, em 2015, o que não veio a acontecer (o SNS tinha no final de 2018 apenas 112 especialistas – vide ponto 4.3.1). Para o rácio indicado de 1/9.000 são necessários cerca de 200 especialistas, pelo que o investimento na formação que tem vindo a ser feito tem necessariamente de se manter. **O rácio preconizado contempla a atividade de ambulatório, não incluindo o Internamento e o Serviço de Urgência.**

É fundamental acompanhar a evolução do crescimento da população e os estudos de prevalência das perturbações mentais para os próximos anos e efetuar os necessários ajustes e correções a estas estimativas. A população jovem de zonas suburbanas pode sofrer alterações significativas num curto espaço de tempo, e os fenómenos de mobilidade da população devem também ser considerados.

O tempo dedicado pelos especialistas à atividade clínica direta (que inclui não apenas as primeiras consultas e as consultas subsequentes mas também intervenções terapêuticas como psicoterapia individual, terapia familiar ou grupos terapêuticos) deve ser 2/3 do seu horário ETC (equivalente a tempo completo). No entanto, os especialistas com responsabilidades na articulação com os CSP, envolvendo atividade de formação, consultoria e supervisão, devem ter tempo alocado para esta atividade, até 1/2 do seu horário, com o ajuste necessário na atividade clínica direta.

Para os restantes elementos da **equipa multidisciplinar** o rácio preconizado pela Direcção-Geral da Saúde (Circular Normativa n.º 6/DSPSM, de 17/06/2005) era de 1/66.000 habitantes para os psicólogos, enfermeiros e técnicos do serviço social e 1/200.000 habitantes para técnicos com outras formações. Presentemente, é considerado insuficiente em muitos países, que recomendam rácios superiores. Desta forma, deverá ser apenas orientador para o planeamento dos recursos humanos das equipas, uma vez que devem também ser atendidas as recomendações das respetivas associações e ordens profissionais.

Os recursos humanos necessários para os Serviços de Internamento são difíceis de definir, por ausência de critérios internacionais aceites de forma uniforme. No entanto a *Royal Academy of Psychiatrists*, do Reino Unido, tem vindo a desenvolver há vários anos um trabalho importante na definição dos vários parâmetros a considerar nos Serviços de Internamento pedopsiquiátrico para que possam corresponder a padrões de segurança e qualidade. Os parâmetros definidos são avaliados com periodicidade regular e vão sendo aferidos e ajustados. Em 2016 foi publicada a 8.ª edição dos *Service Standards* (69), definindo

o rácio mínimo em termos de recursos humanos para um internamento pedopsiquiátrico com 12 camas, que em seguida se indica:

- 2 Médicos Especialistas (2 ETC – Equivalente de Tempo Completo de 2 médicos especialistas, um dos quais deve ser Consultor);
- Enfermagem - rácio variável de acordo com a tipologia/gravidade dos doentes internados:
- 1:1 se a Unidade de Internamento tiver casos muito graves, necessitando de vigilância e contenção de forma muito intensiva;
- 1:2 nos casos de média dependência, com necessidades de monitorizações frequentes e/ou suporte durante a refeição nos casos das PCAs;
- 1:3 se não tiver situações a requerer suporte tão intensivo;
- Pelo menos 2 Enfermeiros durante a noite, com possibilidade de aumentar o número, se necessário;
- Devem preferencialmente estar presentes em cada turno pelo menos 2 Enfermeiros com especialização em psiquiatria e saúde mental ou em saúde infantil.
- 1 Psicólogo Clínico a tempo inteiro;
- 1 Técnico do Serviço Social a ½ tempo;
- 1 Terapeuta Ocupacional a ½ tempo;
- 1 Terapeuta Familiar a ½ tempo;
- Deve haver acesso a Terapeutas com diversas especializações para permitir implementar programas terapêuticos específicos, incluindo-se aqui a Terapia da Fala e a Terapia pela Arte.
- 1 Professor;
- Deve ter apoio de Nutricionista/Dietista;
- Deve haver apoio médico pediátrico disponível ao longo das 24h.

A Psicomotricidade deverá ser uma valência a considerar nas intervenções terapêuticas, tendo em conta a experiência clínica positiva no internamento pedopsiquiátrico do CHLC-HDE, recomendando-se um Técnico de Psicomotricidade a ½ tempo.

Ainda em relação às áreas de referenciação, é de salientar que **alguns Serviços Regionais e Locais dão resposta de 1.ª linha a áreas de muito vastas, que abrangem as suas 1.ª e 2.ª linhas de referenciação, pela inexistência dos Serviços/Unidades de 1ª linha.**

### **Serviços Regionais**

Para além da área de atração direta, os Serviços Regionais dão resposta às populações de segunda linha para internamento e atendimento em serviço de urgência. Nas situações de falta de resposta em Serviços / Unidades Locais, cabe aos Serviços Regionais colmatar essa lacuna. O cálculo do número de profissionais deve assim ter em conta a dimensão das áreas assistenciais de 1.ª e 2.ª linhas, o número de camas de internamento, o horário e regime de urgência (24 ou 12 horas, presença física ou prevenção), a atividade de ligação, a formação de Internos e a diversidade e grau de diferenciação das valências específicas.

O **Internamento** implica pelo menos mais 2 especialistas (2 ETC) para cada 10-12 camas.

O **Serviço de Urgência** necessita de 4 especialistas (4 ETC) para funcionar 24h/dia (168h), ajustando-se o número em função do horário estabelecido para cada Urgência.

A **Ligação** necessita de ter especialistas atribuídos, recomendando-se que o número seja definido em função da dimensão e da complexidade dos Serviços/Departamentos de Pediatria a que dá apoio.

Recomenda-se também que se contemple a alocação de tempo médico para a atividade de triagem, variável de acordo com a dimensão da população abrangida, para os pedidos através do CTH, e dos Serviços do Pediatria do próprio Hospital onde se integram, para as consultas de Ligação.

A área de referenciação dos Serviços Regionais para o atendimento em serviço de urgência corresponde à totalidade da população da área da Região de Saúde onde se encontram. No caso do CHLC, para além da área da ARS LVT, atende também toda a população das áreas da ARS Alentejo e ARS Algarve.

Para além da atividade assistencial os Serviços Regionais têm uma responsabilidade acrescida na formação de Internos, devendo ter 1 (ETC) médico especialista para a organização das diversas funções decorrentes o Internato, nomeadamente a coordenação, a formação/ensino e a supervisão.

As consultas e as valências diferenciadas, que abrangem áreas que vão para além da área específica do ambulatório de cada Serviço, devem ser consideradas no cálculo de especialistas necessários, bem como a atividade de Ligação, conforme referido previamente.

### Serviços Locais / Unidades

Nos Serviços / Unidades Locais, tal como para os Serviços Regionais, para além do número de especialistas para o ambulatório, recomenda-se que sejam alocados médicos para a atividade de Ligação, com número a definir, tal como para os Serviços regionais, consoante a complexidade dos Serviços/Departamentos de Pediatria onde se integram os Serviços. Recomenda-se também que seja considerado tempo médico para a triagem do CTH. Nos Serviços / Unidades com idoneidade formativa é necessário que os orientadores de formação possam ter tempo alocado para a atividade formativa.

Nos quadros 18 a 22 indicam-se os especialistas existentes e os necessários para a atividade de ambulatório, nos Serviços e Unidades Locais, em cada região de saúde.

**Quadro 18. ARS NORTE – N.º médicos existentes em 2018**

Serviços/ Unidades	2018 (Maio)	População total	Estimativa 0-17	Médicos 2018
ULS do Alto Minho E.P.E.	Serviço Local	244.836	40.266	2
Hospital Sra. da Oliveira Guimarães E.P.E.	Unidade	256.696	50.096	2
C.H. Médio Ave E.P.E.	Unidade	110.529	19.890	1
Hospital de Braga P.P.P.	Unidade	578.884	115.822	1
C. H. S. João E.P.E.	Unidade	330.386	60.096	4
C.H. Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E.	Serviço Local	335.586	61.740	4
C.H. Tâmega e Sousa E.P.E.	Unidade	519.769	110.919	4
C.H. Póvoa do Varzim/Vila do Conde E.P.E.	Unidade	142.941	28.369	1
ULS de Matosinhos E.P.E.	Unidade	175.478	30.767	3
C.H. Entre Douro e Vouga E.P.E.	Unidade	274.859	50.721	3
C.H. Trás-os-Montes e Alto Douro E.P.E.	Serviço Local	273.263	43.961	2
ULS do Nordeste E.P.E.	Unidade	136.252	18.796	1
C. H. Porto E.P.E.	Serviço Regional	302.891	52.598	



**Quadro 19. ARS CENTRO – N.º médicos existentes em 2018**

Serviços / Unidades				
	2018 (Maio)	População total	Estimativa 0-17	Médicos 2018
C.H. Tondela/Viseu, E.P.E.	Unidade	267.633	45.721	2
C.H. Cova da Beira, E.P.E.	Serviço Local	196.264	28.304	2
C.H. Baixo Vouga, E.P.E.	Serviço Local	370.394	66.637	3
C.H. Leiria/Pombal, E.P.E.	Unidade	317.436	57.331	2
CHU Coimbra, E.P.E.	Serviço Regional	645.865	99.441	

**Quadro 20. ARS LVT – N.º médicos existentes em 2018**

Serviços Locais / Unidades				
	2018 (Maio)	População total	Estimativa 0-17	Médicos 2018
C.H. Lisboa Ocidental E.P.E. (inclui Cascais)	Serviço Local	426.687	77.754	4,5
C.H. Lisboa Norte E.P.E. (inclui Oeste Sul)	Serviço Local	449.676	78.563	6
C.H. Oeste (Só Oeste Norte)	Unidade	119.804	21.234	1
Hospital Beatriz Ângelo P.P.P. (Loures)	Serviço Local	287.119	55.658	4
Hospital Vila Franca de Xira P.P.P.	Unidade	244.377	48.946	2
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E.	Unidade	288.993	55.546	3
Hospital Garcia da Orta E.P.E.	Unidade	332.299	61.799	4
C.H. Barreiro-Montijo	Unidade	213.584	40.080	0
C.H. Setúbal E.P.E. (inclui Litoral Alentejano)	Unidade	331.441	61.160	2
Hospital de Santarém E.P.E.	Unidade	196.620	33.557	2
C.H. Médio Tejo E.P.E.	Unidade	227.999	37.797	2
C.H. Lisboa Central E.P.E.	Serviço Regional	983.692	176.463	

**Quadro 21. ARS ALENTEJO – N.º médicos existentes em 2018\***

Serviços Locais / Unidades				
	2018 (Maio)	População total	Estimativa 0-17	Médicos 2018
Hospital Espírito Santo E.P.E.	Unidade	285.232	45.601	0
ULS Baixo Alentejo E.P.E.	Serviço Local	126.692	20.682	1

\* No quadro 21, a população total atribuída ao Hospital Espírito Santo E.P.E. engloba a área geográfica correspondente ao Norte Alentejano, que ainda não possui unidade de PIA.

**Quadro 22. ARS ALGARVE – N.º médicos existentes em 2018**

Serviços Locais / Unidades	2018 (Maio)	População total	Estimativa 0-17	Médicos 2018
	Unidade			
C.H. Universitário Algarve E.P.E.		451.006	80.646	1

Nos Serviços Regionais considera-se o rácio de 1:9.000, dada as características diferenciadas destes Serviços, e porque frequentemente dão resposta em ambulatório a populações que não pertencem à sua área de referência de 1ª linha, por carências dos Serviços Locais/Unidades.

### 5.3. INTERNAMENTO

O conceito de internamento pedopsiquiátrico refere-se a uma estrutura para prestação de cuidados a tempo completo para situações agudas, com capacidade para responder a pedidos de admissão urgentes.

Existem atualmente em Portugal continental, no sector público, apenas quatro unidades de internamento com estas características, com lotação total de 45 camas.

Para além deste tipo de resposta, devem existir estruturas direccionadas para a prestação de cuidados terapêuticos e de reabilitação psicossocial a tempo completo para casos com necessidades de tratamento intensivo de médio/longo prazo. Estes dois tipos de estrutura devem funcionar em estreita articulação, de forma a flexibilizar o recurso a qualquer deles sempre que tal se revele adequado face à situação clínica. A Rede de Cuidados Continuados de Saúde Mental para a Infância e Adolescência (ver ponto 5.3) começou a ser implementada no final de 2017.

Não existe neste momento uma metodologia formal e consensual para definir/calcular as necessidades de internamento pedopsiquiátrico. Desta forma, na larga maioria dos países europeus, o número de camas não é calculado com base nas necessidades.

No entanto é consensual que, para uma determinada população, o número de camas deve ser estimado com base numa avaliação abrangente e multisectorial das necessidades. Esta deve ter em conta (65):

- a prevalência e incidência dos problemas de saúde mental;
- as características sócio-demográficas da população, incluindo o índice de pobreza;
- a geografia local e acessibilidade aos serviços de saúde mental no ambulatório, nomeadamente a hospitais de dia;

- a disponibilidade e acessibilidade a outro tipo de recursos da comunidade no âmbito educacional e social.

Apesar de superior ao existente em Portugal, o número de camas para internamento pedopsiquiátrico é considerado insuficiente na maioria dos países. São apresentados dados relativos ao internamento no Reino Unido para se poder depois extrapolar a informação para Portugal.

### **Situação no Reino Unido:**

Em 2003 existia uma média de 7,1 camas por 100.000 crianças e adolescentes com menos de 18 anos em todo o Reino Unido (64); na Escócia existiam 4,4/ 100.000 (67).

Os resultados do NICAPS – *National In-patient Child and Adolescent Psychiatry Study* (65) mostraram que cerca de 1/3 das crianças e adolescentes é internada inapropriadamente em serviços de Pediatria e de Psiquiatria Geral por falta de vagas nas unidades pedopsiquiátricas. Este e outros estudos internacionais têm revelado que o tipo de cuidados prestados nestes serviços é distinto dos praticados nas unidades de pedopsiquiatria, e não são totalmente adequados a esta população.

Tomando em consideração a capacidade de internamento de 7,1 camas por 100.000 crianças e adolescentes, estima-se que 1 em cada 1.000 com problemas de saúde mental pode necessitar de ser admitida numa unidade de internamento pedopsiquiátrico (66).

### **Recomendações no Reino Unido:**

Para satisfazer as necessidades de internamento de curta duração (incluindo as admissões de urgência) e de tratamentos intensivos de média e longa duração da população com menos de 18 anos com problemas graves de saúde mental, são recomendadas:

- 1) No Reino Unido, 24 a 40 camas por milhão de habitantes da população total; é recomendada uma taxa de ocupação de 85%, de forma a dar resposta aos pedidos urgentes (65).
- 2) Na Escócia (população total 5,1 milhões, com 18% com menos de 16 anos) (68), um dos poucos estudos mais detalhados neste âmbito propõe uma metodologia de avaliação que estima serem necessárias 60 a 65 camas, com a ressalva que este número só será suficiente se existir uma rede de serviços de ambulatório com boa acessibilidade e recursos humanos adequados (67).

**Extrapolando estes dados para Portugal**, verifica-se que o número de camas existentes - 45 - é claramente inferior ao que se existe no Reino Unido. Tendo em conta a realidade portuguesa atual, com uma cobertura de ambulatório maioritariamente deficitária, o recurso crescente aos Serviços de Urgência com situações clinicamente graves por parte da população pediátrica e a ainda reduzida capacidade de

resposta por parte da rede de cuidados Continuados em Saúde Mental para a Infância e Adolescência, recomenda-se a expansão do número de camas de internamento para um mínimo de 72, correspondente a um rácio de 4/100.000 habitantes com idade inferior a 18 anos.

### **5.3 Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental**

A Rede de Cuidados Integrados de Saúde, na vertente da Saúde Mental, teve início no final de 2017 e ao longo de 2018 irá decorrer a fase piloto.

Trata-se de uma resposta fundamental, complementar do internamento e dos hospitais de dia, dirigida a crianças e jovens com perturbação mental grave, associada a incapacidade psicossocial.

O Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro, estabeleceu as condições legais para criar um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental (RNCCISM) destinado às pessoas com doença mental grave de que resultasse uma incapacidade psicossocial. Estas respostas integradas na rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) são do âmbito conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, e contemplam tipologias específicas para crianças e adolescentes. Embora o quadro legislativo estivesse em vigor, a situação de crise económica não permitiu a viabilização da sua concretização no terreno.

Em 2015, o Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, veio integrar a RNCCISM na RNCCI, deixando assim de haver uma Rede específica para Saúde Mental. Já em 2017 foi publicada a Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro, regulamentando a organização e o funcionamento dos CCISM, viabilizando assim a concretização desta resposta fundamental no âmbito da saúde mental.

Tratam-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, diferentes dos 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 perspetiva de maximização da funcionalidade e da integração psicossocial. É igualmente dada prioridade à promoção de competências junto da criança/adolescente e sua família.

As tipologias de CCISM para crianças e adolescentes contemplam equipas multidisciplinares muito diversificadas, conforme estabelecido na Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro, visando o efetivo

desenvolvimento de planos individuais de intervenção, centrados nas necessidades próprias de cada utente em termos de reabilitação em saúde mental. A fase piloto que irá decorrer permitirá aferir a adequação da constituição dessas equipas multidisciplinares aos objetivos definidos para cada uma das tipologias.

A referida portaria define as condições de organização e o funcionamento das unidades e equipas prestadoras de CCISM, em geral. Estabelece igualmente, no âmbito da infância e da adolescência, que os programas de reabilitação desenvolvidos nas unidades residenciais sejam clinicamente coordenados por um Psiquiatra da Infância e da Adolescência. A intervenção das unidades sócio-ocupacionais e das equipas de apoio domiciliário são definidas em articulação efetiva com as estruturas hospitalares da especialidade, beneficiando da sua consultoria e supervisão técnica.

A referenciação às unidades e equipas de CCISM é da competência das estruturas hospitalares acima referidas, de acordo com critérios clínicos pré-definidos, sendo para tal requerida a aplicação de Instrumento Único de Avaliação (IUA).

Face à inexistência de estruturas em Portugal neste domínio específico de intervenção, embora já há vários anos sejam desenvolvidas a nível internacional, foi estipulado um período em que terão lugar inicialmente experiências-piloto de âmbito residencial nas tipologias de treino de autonomia e na tipologia sócio-ocupacional, e posteriormente nas residências de apoio máximo e com as equipas de apoio domiciliário.

No Anexo C apresenta-se uma síntese relativa à tipificação das unidades e equipas de CCISM, assim como dos destinatários, finalidade de cada tipologia, duração do programa de reabilitação e lotação de cada uma das tipologias.

#### 5.4. HOSPITAL DE DIA

O Hospital de Dia é uma modalidade de resposta para doentes graves que não responderam às respostas instituídas em ambulatório, em acompanhamento individual, familiar ou em grupo, ou para o período de transição após um internamento pedopsiquiátrico, de forma a permitir uma adaptação mais apoiada no retorno ao contexto familiar e escolar, após a alta hospitalar.

Necessita de uma Equipa Multidisciplinar, que permita o desenvolvimento de várias modalidades psicoterapêuticas. A integração no grupo permite melhorar as competências relacionais, promovendo a capacidade de expressar sentimentos e melhor controlo da impulsividade.

A forma como é registada a atividade de hospital de dia não é homogénea entre os vários hospitais, o que dificulta uma leitura correta da situação atual e consequentemente a estimativa das necessidades.

É importante que, para além dos Serviços Regionais, os Serviços Locais e as Unidades também possam dispor desta valência terapêutica, tanto para crianças, como para adolescentes.

### 5.5. EXAMES MÉDICO-LEGAIS

A atividade da Psiquiatria da Infância e Adolescência Forense, nomeadamente a realização de exames periciais médico-legais, tem trazido um acréscimo importante de trabalho aos serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência, até porque são procedimentos morosos consumindo muitos recursos . As idas a Tribunal, quando necessárias neste âmbito, implicam sempre um período prolongado de ausência do Serviço, comprometendo da capacidade de resposta . Por estas razões é fundamental que o Ministério da Justiça crie equipas médico-psicológicas especializadas, ligadas ao Instituto de Medicina Legal, para a realização de exames periciais e elaboração de pareceres. Estas equipas podem funcionar em articulação com as estruturas hospitalares de Psiquiatria da Infância e Adolescência, se necessário.

### 5.6. ARTICULAÇÃO COM ESTRUTURAS DA COMUNIDADE

Uma área importante do trabalho multidisciplinar envolve a articulação com os Cuidados de Saúde Primários e outras estruturas da comunidade, nomeadamente na área da Proteção e do Serviço Social, da Justiça e da Escola.

Estima-se que sejam necessárias em média 4 horas semanais por médico para o desenvolvimento deste trabalho. Os restantes elementos da equipa multidisciplinar devem ter também tempos atribuídos para estas funções, a definir de acordo com as necessidades de cada serviço. Este tempo alocado para cada profissional não substitui a necessidade de ter especialistas com funções de formação, consultoria e supervisão para os profissionais dos CSP. Este trabalho é fundamental para se poder implementar modelos colaborativos (70) com os CSP, de forma a que apenas as situações mais graves do ponto de vista pedopsiquiátrico sejam seguidas em consultas de especialidade. Este é um aspeto muito relevante, dada a carência de especialistas.

### 5.7 FORMAÇÃO DE INTERNOS

Tendo em conta o baixo número de especialistas, apesar da evolução positiva, é fundamental continuar o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido na formação de Internos. Os orientadores de formação devem ter tempo atribuído para a atividade formativa e supervisão dos seus Internos, que não deverá ser inferior a 1h 30m/semana para cada Interno.

Tal como foi referido anteriormente (ver 5.1) os Serviços Regionais têm um papel relevante neste âmbito: formam um maior número de Internos, asseguram todas as valências pedopsiquiátricas que permitem complementar a formação dos Serviços que têm idoneidade formativa parcial, e asseguram a formação teórica (Curso do Internato) dos Internos. Dada a sua responsabilidade acrescida nesta área, deverão ter um especialista (um ETC) para as funções ligadas ao Internato, incluindo a coordenação, a formação, ensino e supervisão.

## 6— CARACTERIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS DIFERENTES NÍVEIS

---

### 6.1. DEFINIÇÃO DOS NÍVEIS DOS SERVIÇOS E DA RESPECTIVA CARTEIRA DE SERVIÇOS

#### 6.1.1. Níveis de Serviços

A prestação de cuidados nesta área especializada da psiquiatria da infância e adolescência é atualmente da responsabilidade das estruturas hospitalares, sendo desejável a evolução para cuidados de saúde mental em estruturas na comunidade, em articulação com os cuidados hospitalares.

A organização destas estruturas hospitalares prevê Serviços Regionais, Locais e Unidades, de acordo com a categorização dos estabelecimentos do SNS estabelecidos na Portaria n.º 82/2014, de 10 de Abril.

- **Serviços Regionais**  
Devem existir 3 no país, situados em Lisboa, Porto e Coimbra, nos Hospitais do Grupo III.
- **Serviços Locais**  
Devem existir nos Hospitais dos Grupos I, II e III com área de influência igual ou superior a 250.000 habitantes. No entanto, poderá haver circunstâncias geo-demográficas que determinem a criação de Serviços em áreas de menor dimensão populacional.
- **Unidades**  
Devem existir nos Hospitais ou Unidades Locais de Saúde dos Grupo I e II com área de influência inferior a 250.000 habitantes.

De acordo com o preconizado no PNSM, as diferentes estruturas devem respeitar os seguintes pressupostos (4):

- definir espaços próprios, com condições de privacidade, para atendimento de crianças, adolescentes e suas famílias, em ambiente pediátrico;
- assegurar tempos mínimos para a realização dos vários tipos de intervenções terapêuticas;
- o número de primeiras consultas/ano não deve exceder a capacidade de resposta do serviço ou unidade, de forma a garantir a continuidade das intervenções terapêuticas;
- as intervenções e programas devem envolver várias áreas multidisciplinares, complementares e necessárias ao sucesso do projeto terapêutico, que devem ser valorizadas;
- as intervenções e a articulação com a comunidade deverão ser privilegiadas.



Todos os Serviços, de nível regional ou local, e as Unidades, devem assegurar as seguintes atividades:

**i) Consulta externa**

Deve atender a população dos 0 aos 17 e 364 dias das áreas de atração direta e de 2.<sup>a</sup> linha do hospital onde estão integrados.

**ii) Hospital / Área de Dia**

Deverá existir sempre que os recursos humanos disponíveis possibilitem o seu funcionamento, e implica que exista uma Equipa Multidisciplinar.

O HD é necessário para situações que exigem uma intervenção mais intensiva, especializada e diversificada. Esta valência reveste-se de grande importância ao permitir:

- tratamento intensivo, mantendo a criança ou adolescente integrado no seu meio familiar e comunitário, evitando o recurso ao internamento;
- continuidade de cuidados na fase pós-alta do internamento.

**iii) Pedopsiquiatria de Ligação**

Trabalho de articulação com outros Serviços ou Unidades do hospital, fundamental pela clara interligação entre a patologia dita somática e a mental. Requer também recursos humanos suficientes para que possa ser concretizada.

Deve ser privilegiada a ligação com outras especialidades da idade pediátrica, Obstetrícia e Psiquiatria Geral.

Com esta última, recomenda-se a articulação em duas áreas em particular:

- Intervenção articulada no caso dos pais com patologia psiquiátrica, de forma a minimizar o impacto da perturbação sobre a criança ou adolescente;
- Continuidade de cuidados relativamente aos adolescentes com perturbações mentais de evolução prolongada, quando atingem os 18 anos de idade. A transição entre serviços é um momento sensível que exige uma colaboração estreita entre ambas as especialidades.

#### iv) Exames Médico-Legais

Embora esta atividade deva vir a ser desenvolvida no âmbito dos Institutos de Medicina Legal, neste momento todas as tipologias pedopsiquiátricas são chamadas a dar resposta nesta área, o que constitui uma sobrecarga para os Serviços Clínicos.

#### v) Articulação com os Cuidados de Saúde Primários e outras estruturas da comunidade

Todos os Serviços devem manter uma articulação com os CSP que permita uma continuidade de cuidados com os Serviços.

Na área da psiquiatria da infância e adolescência é fundamental a articulação com as Escolas e outras estruturas da comunidade, nomeadamente os Serviços de Promoção e Proteção de Crianças e Jovens, os Serviços Judiciais, as Instituições de Acolhimento e os Serviços destinados aos Comportamentos Aditivos.

#### vi) Investigação

De acordo com critérios do próprio Serviço.

Alguns Serviços / Unidades poderão ainda desenvolver:

#### **Núcleos de intervenção em áreas específicas**

Poderão criar este tipo de valência, de acordo com as necessidades da população atendida;

**Formação de internos da especialidade**, se dotados de idoneidade formativa atribuída pelo Colégio da Especialidade.

**Internamento**, se a dimensão da população assistida for muito elevada (> 500.000 habitantes) e se tiver recursos humanos que permitam implementar esta resposta.

Os **Serviços Regionais** deverão assegurar, para além das atribuições dos Serviços / Unidades acima referidos, outras atividades específicas.

#### i) Serviço de Urgência

Deve existir atendimento urgente de âmbito regional nos 3 Serviços Regionais; sempre que possível durante 24h, 7 dias por semana, em regime de presença física ou de prevenção, incluído na equipa de urgência de Pediatria.

Cada Urgência deve atender toda a população da Região de Saúde onde se localiza. A Urgência de Pedopsiquiatria do CHLC deve dar resposta, para além da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, as regiões de Saúde do Alentejo e do Algarve, e funciona no modelo da Urgência Metropolitana, incluindo especialistas dos outros Serviços/Unidades da área da Grande Lisboa.

Neste momento os Serviços integrados nos Hospitais em regime de Parcerias Público Privadas não participam na UML, recomendando-se que esta situação seja revista logo que possível.

## **ii) Internamento**

Todos os Serviços Regionais devem obrigatoriamente ter Internamento. O recurso ao internamento a tempo completo surge por vezes como absolutamente necessário em casos com patologia mental grave e complexa.

Deve ocorrer em serviços próprios, com condições físicas e recursos humanos adequados às necessidades específicas destes doentes. Devem existir espaços físicos separados para crianças e para adolescentes, em ambiente pediátrico (69).

O número recomendado de camas para uma unidade de internamento é 10 a 12 (65). Embora não exista um número mínimo de camas recomendado, uma unidade com menos de 6-7 camas (de acordo com alguns pareceres 8 camas) (71) não é clínica e financeiramente viável.

O internamento de crianças e adolescentes com perturbação mental em serviços de Psiquiatria Geral ou de Pediatria é desaconselhado, pelo que apenas deve ser efetuado em situações excecionais e por incapacidade de resposta das unidades de internamento pedopsiquiátrico.

## **iii) Unidades ou núcleos de intervenção em áreas específicas**

Devem assegurar unidades especializadas para a primeira infância, adolescência, e núcleos para patologias mais complexas (ex: Perturbações do Comportamento Alimentar, Comportamentos Suicidários, Primeiro Surto Psicótico, entre outras).

## **iv) Formação de internos da especialidade**

## **v) Consultoria a nível regional**

Apoio aos Serviços Locais / Unidades de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

## vi) Investigação

Este trabalho deve fazer parte integrante da atividade dos Serviços Regionais, uma vez que contribui para melhorar o funcionamento global das equipas multidisciplinares, promovendo a sua coesão, dinâmica organizacional e capacidade crítica.

### 6.1.2. Carteira de Serviços

Na sequência do enunciado apresenta-se, no Quadro 23, o protótipo da carteira de cuidados para as diferentes estruturas hospitalares que prestam cuidados pedopsiquiátricos.

**Quadro 23. Carteira de Serviços por Tipologia**

	SERVIÇOS REGIONAIS	SERVIÇOS LOCAIS	UNIDADES
Consulta Externa	Sim	Sim	Sim
Unidades/Consultas Especializadas	Sim	Se tiver recursos	Se tiver recursos
Hospital/Área de Dia	Sim	Sim	Se tiver recursos
Urgência	Sim	Não	Não
Internamento	Sim	Se justificado	Não
Consultoria interna no hospital (Ligação)	Sim	Sim	Se tiver recursos
Apoio à Urgência Pediátrica	Sim	Se tiver recursos	Se tiver recursos
Articulação com os CSP	Sim	Sim	Sim
Formação de Internos	Sim	Devem ter idoneidade formativa	Se tiverem idoneidade formativa
Investigação/Atividade científica	Sim	Desejável	Desejável
Consultoria aos Serviços Locais / Unidades	Sim		
Exames Periciais	Sim	Sim	Sim

## 6.2. LOCALIZAÇÃO ESPERADA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA DA ESPECIALIDADE

Os Serviços de Urgência da Psiquiatria da Infância e Adolescência devem tendencialmente funcionar nos Serviços de nível regional – Departamento de Pedopsiquiatria do CH Porto, em articulação direta com a Urgência Pediátrica Integrada do Porto, Serviço de Pedopsiquiatria do CHUC e Especialidade de Pedopsiquiatria da Área da Mulher e da Criança do CHLC, onde também existe internamento

pedopsiquiátrico. Devem estar sediadas em Hospitais do Grupo III, preferencialmente em contextos pediátricos, de forma a permitir o diagnóstico diferencial nas situações de possível existência de causa somática para a sintomatologia pedopsiquiátrica aguda, e a intervenção médico-cirúrgica pediátrica, quando necessária.

O seu funcionamento deverá ser 24/7, ou seja, todos os dias da semana, ao longo das 24h. No entanto, devem ser ponderados os recursos humanos disponíveis e a casuística de cada local do Serviço de Urgência.

O Serviço de Urgência do CHLC corresponde à Urgência Metropolitana de Lisboa da Psiquiatria da Infância e Adolescência, integrando os pedopsiquiatras dos hospitais públicos da região da grande Lisboa.

### 6.3. CARACTERIZAÇÃO ESPERADA DAS EQUIPAS

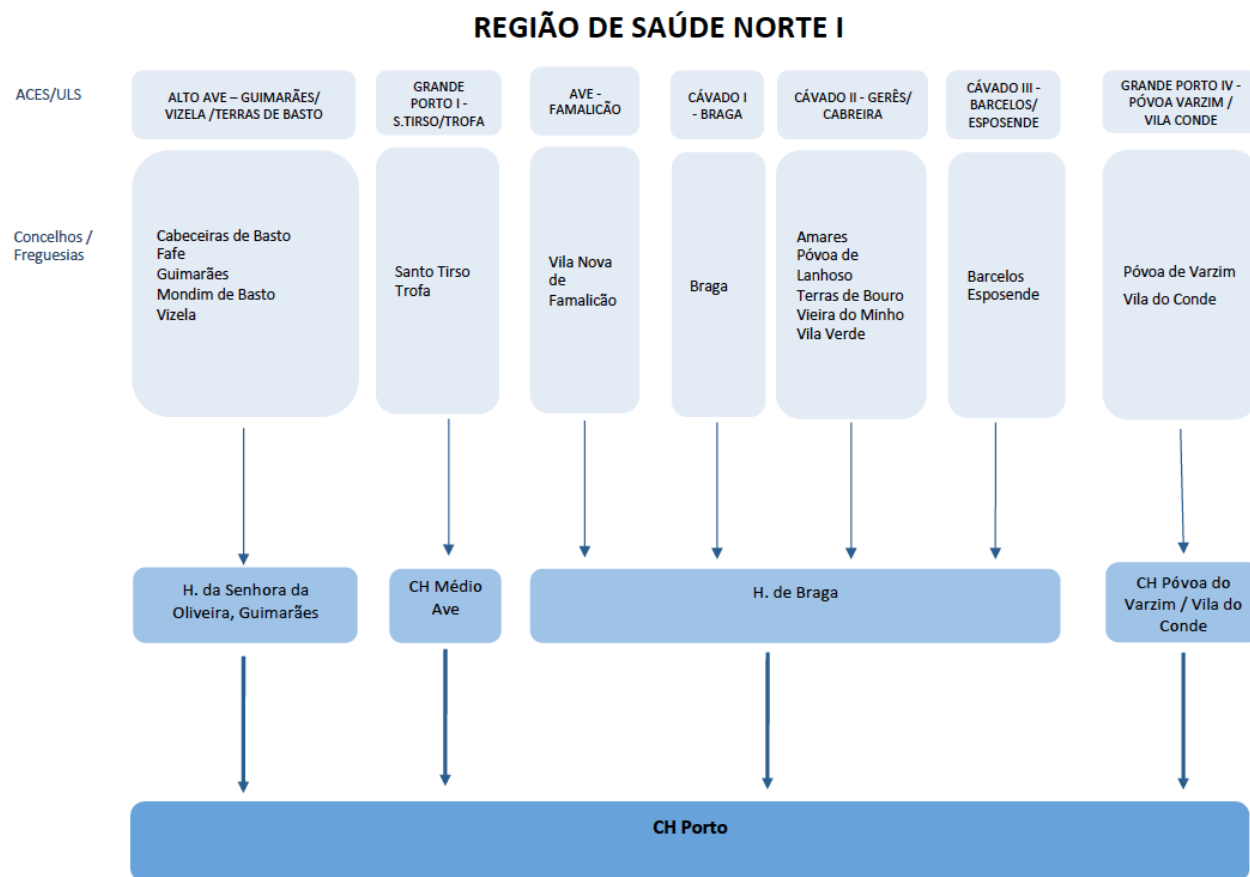
Reforça-se a necessidade de Equipas Multidisciplinares cuja caracterização já foi referida, e reproduz-se aqui (Quadro 24) o quadro das valências profissionais constante da já citada Circular Normativa 6/DSPMS de 17/06/2005, reiterando-se a ressalva que deverá apenas ser considerado como orientador para o planeamento dos recursos humanos das equipas, devendo também ter em conta as recomendações das respetivas associações e ordens profissionais. Os profissionais da Equipa Multidisciplinares não se restringem aos referidos, podendo integrar outros profissionais de acordo com os projetos que são desenvolvidos em cada Serviço / Unidade.

**Quadro 24. Valências das Equipas Multidisciplinares**

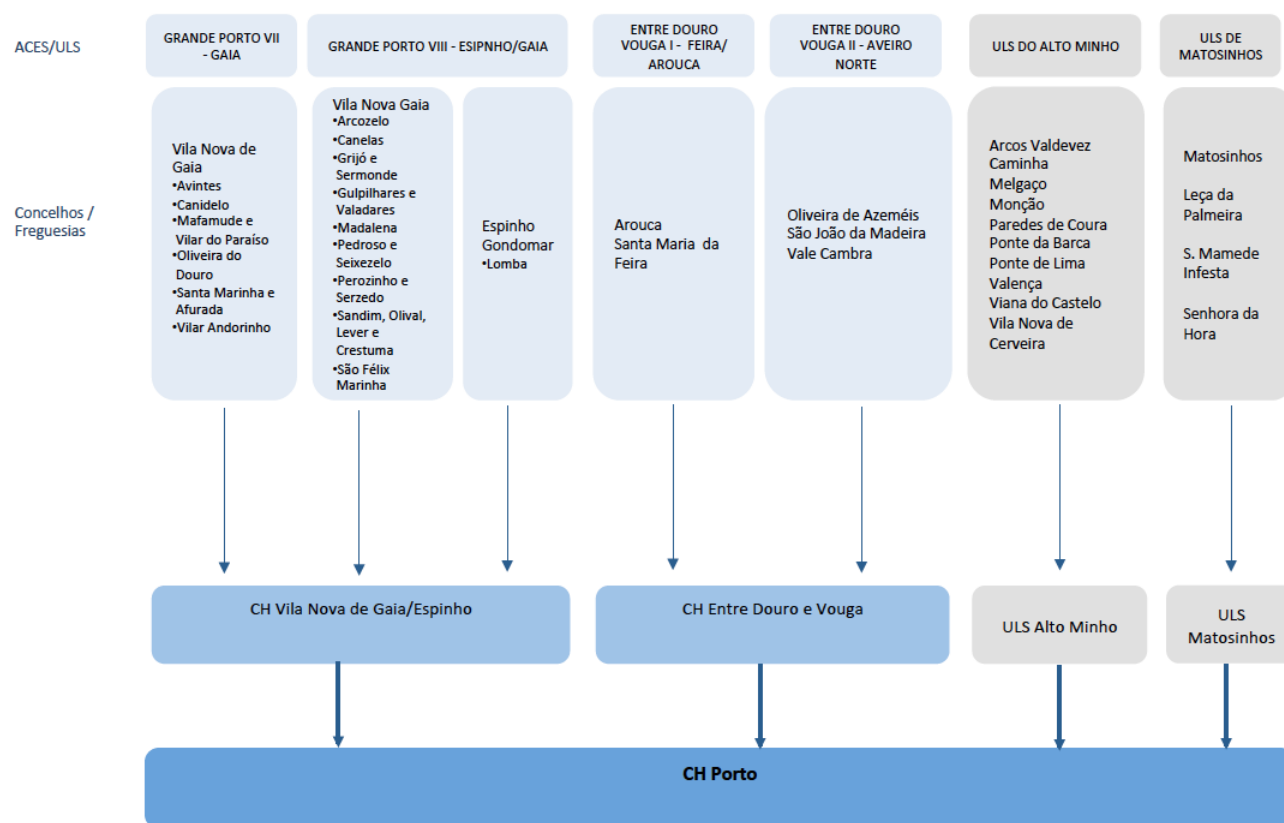
Valência Profissional	Rácio populacional
1 Pedopsiquiatria	66.000
1 Psicólogo	66.000
1 Enfermeiro Especialista	66.000
1 Técnico de Serviço Social	66.000
1 Educador de Infância (Especializado)	200.000
1 Técnico de Reabilitação/Ensino Especial	200.000
1 Terapeuta da Fala	200.000
1 Secretário de Unidade (Assistente Técnico)	Unidade Funcional

Fonte: Circular Normativa DGS n.º 6/DSPSM de 17/06/05

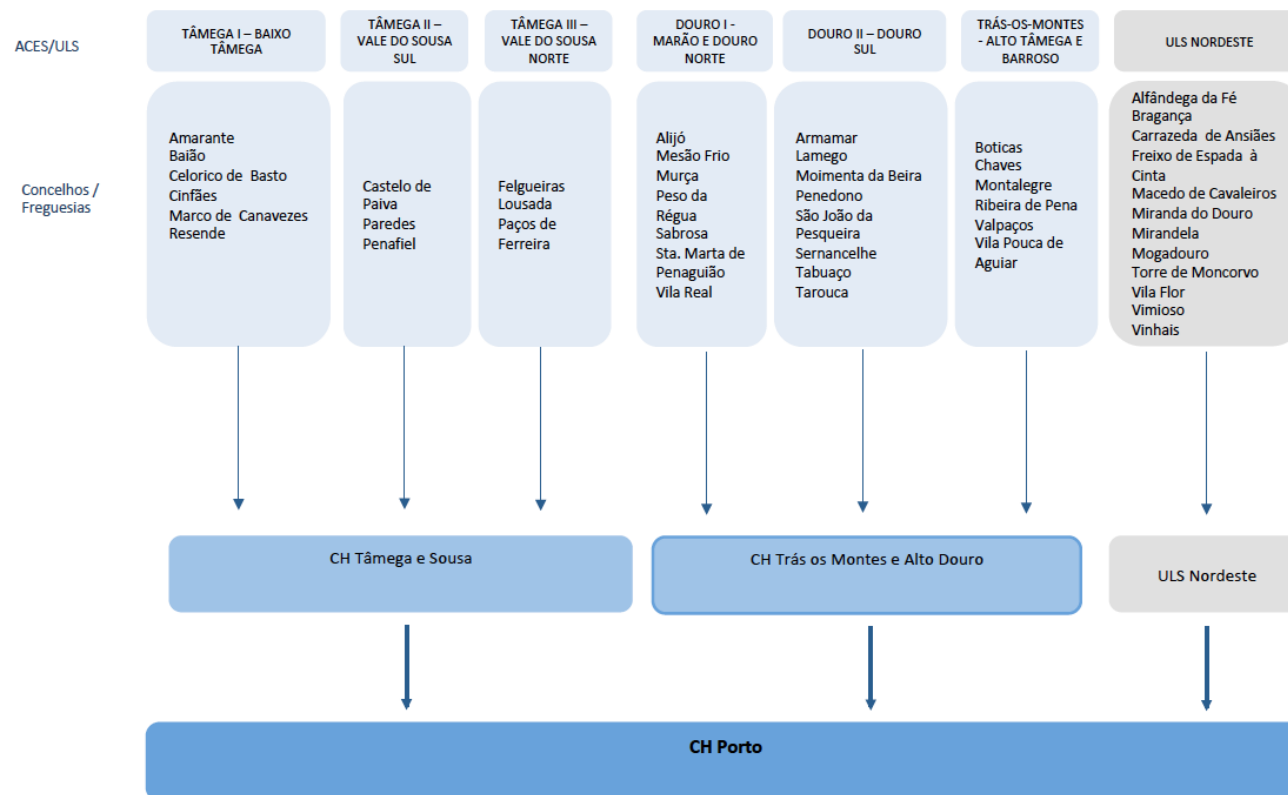
## 6.4. ARQUITETURA DA RRH



## REGIÃO DE SAÚDE NORTE II

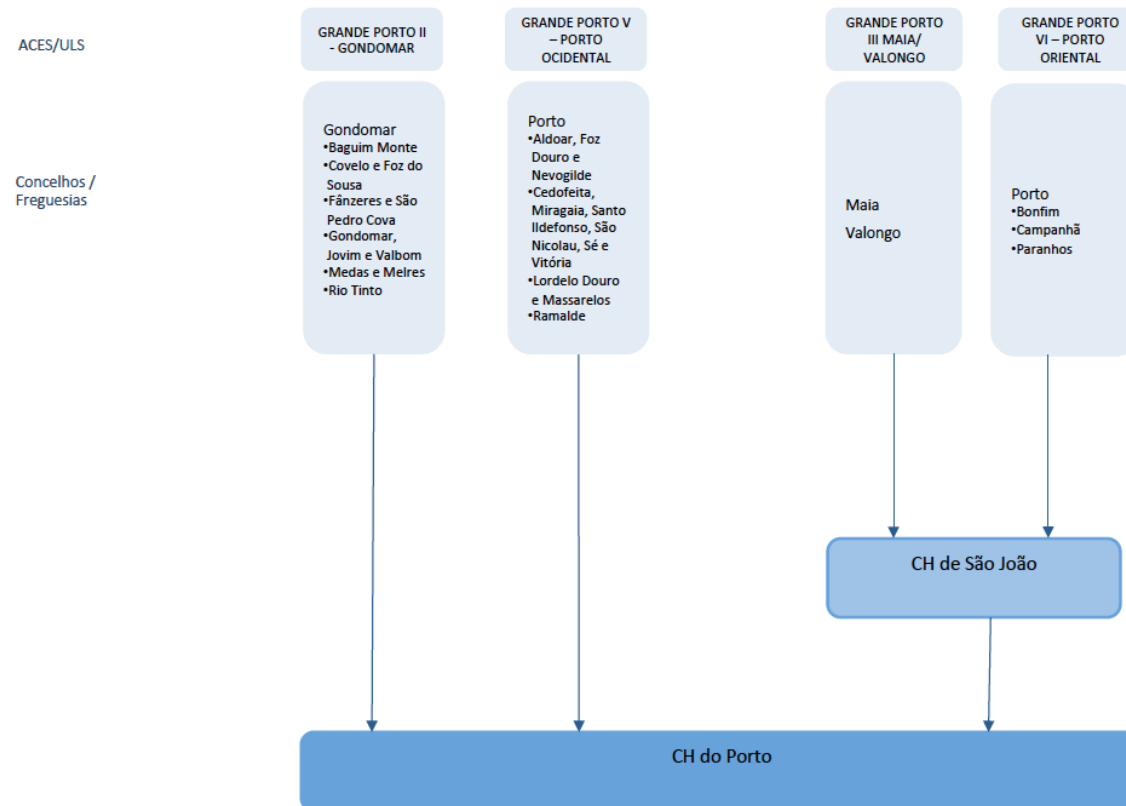


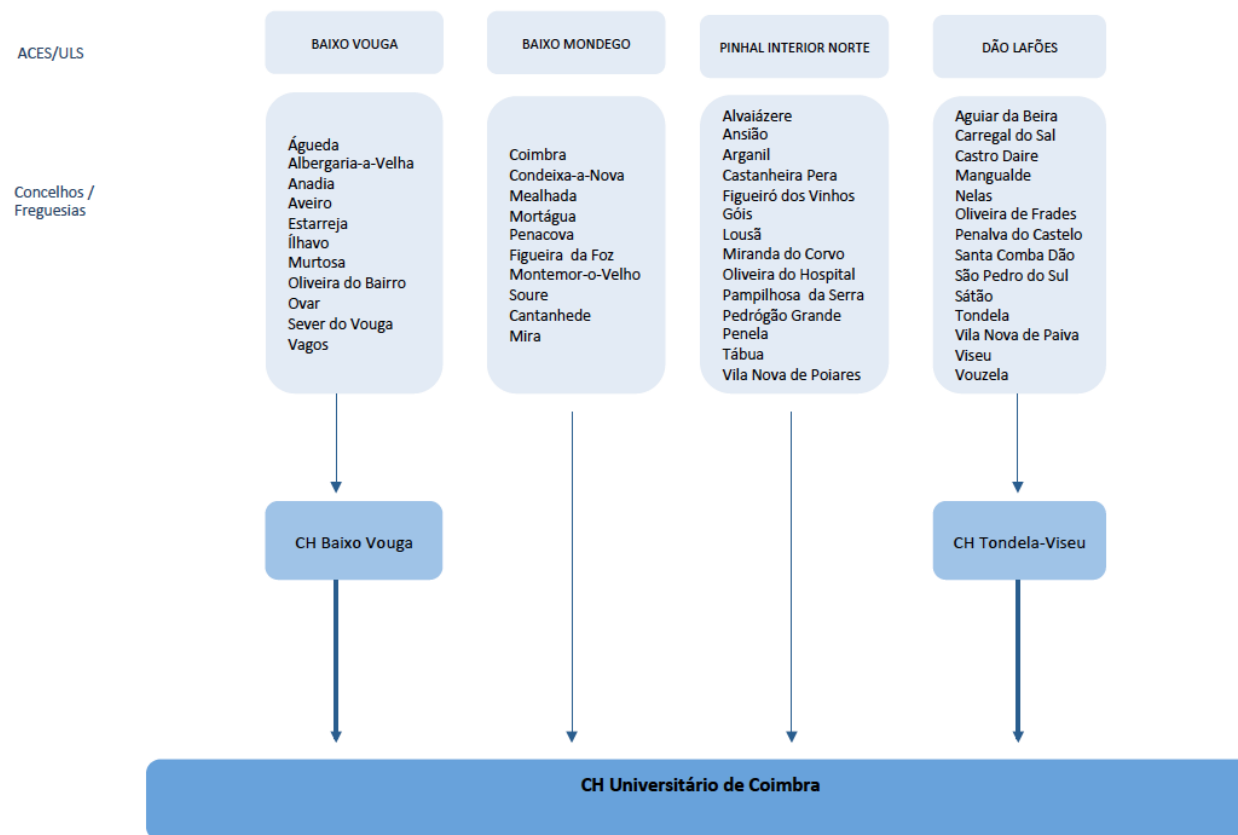
2

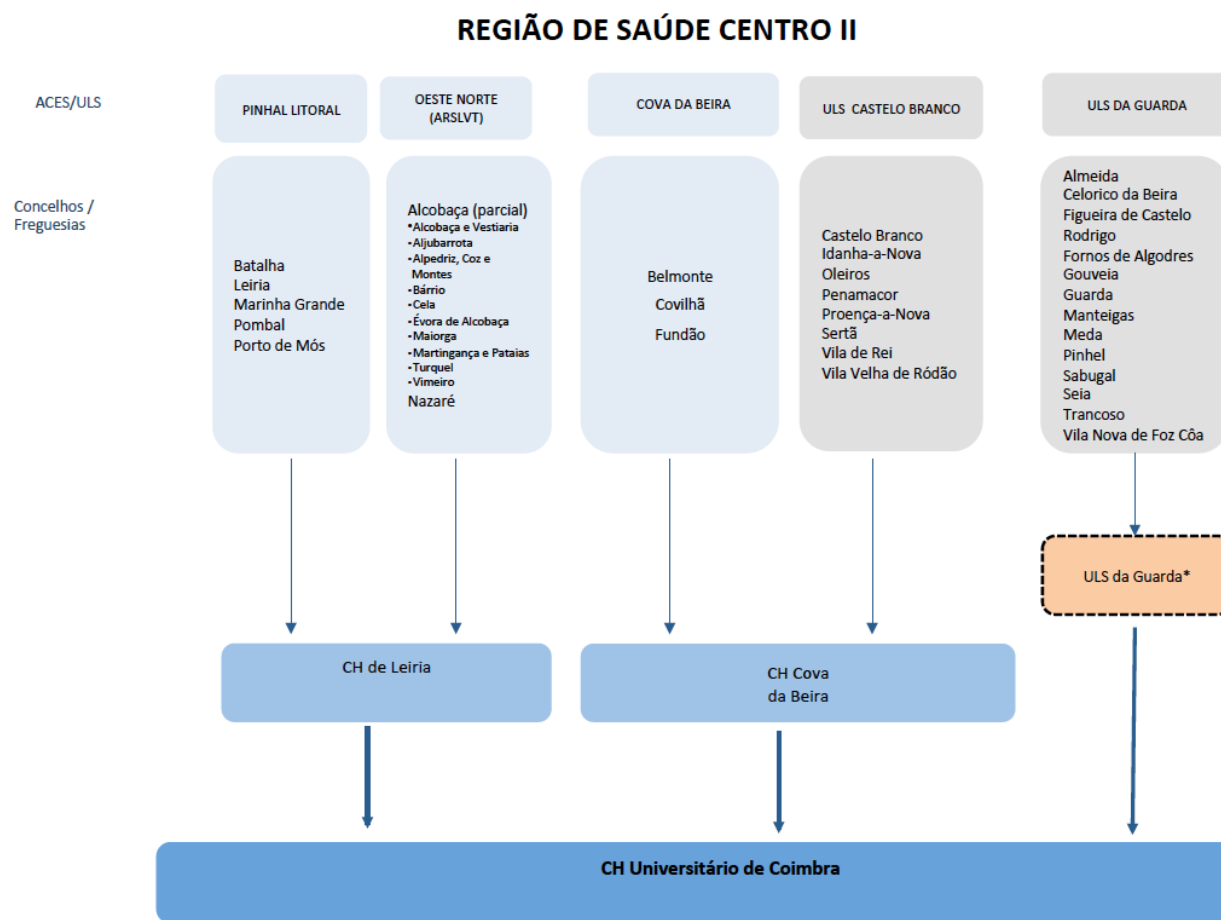
**REGIÃO DE SAÚDE NORTE III**



## REGIÃO DE SAÚDE NORTE IV

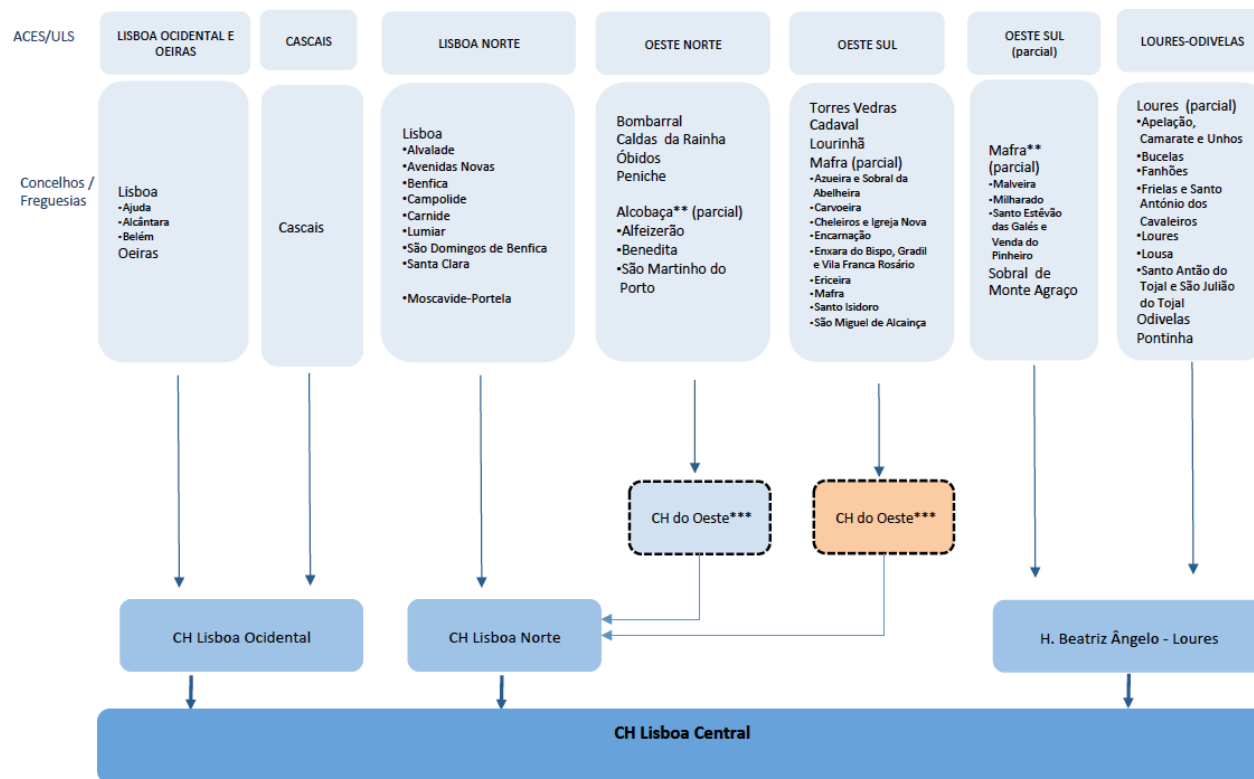


**REGIÃO DE SAÚDE CENTRO I**



\* Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência a serem criados

6

**REGIÃO DE SAÚDE LISBOA E VALE DO TEJO I**

\*\* Por razões de proximidade geográfica

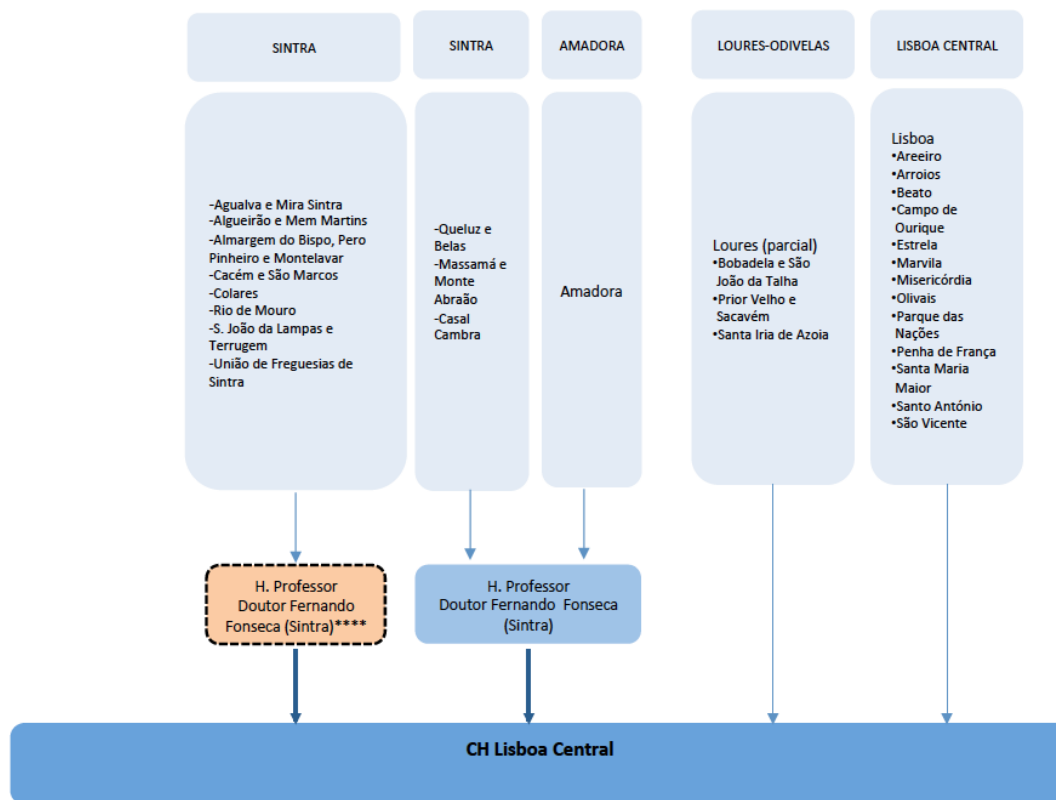
\*\*\* Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência em fase de implementação, a abranger apenas parcialmente a sua área

7

## REGIÃO DE SAÚDE LISBOA E VALE DO TEJO II

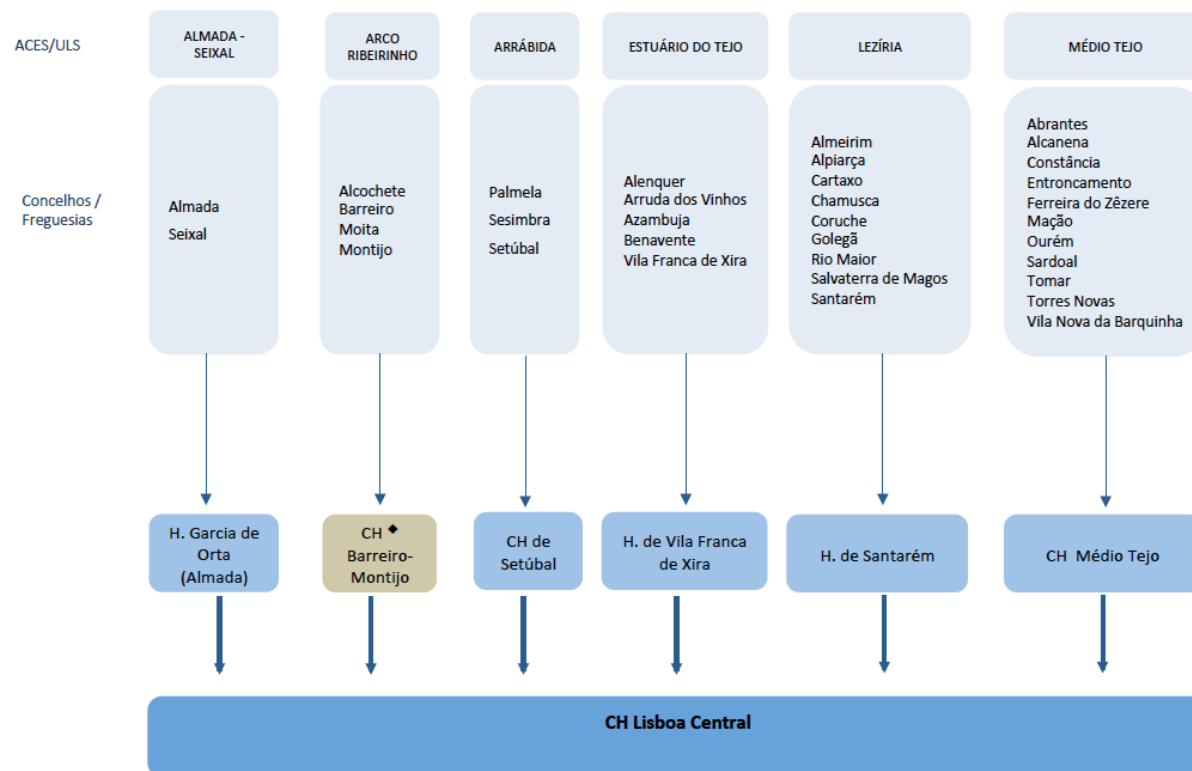
ACES/ULS

Concelhos /  
Freguesias



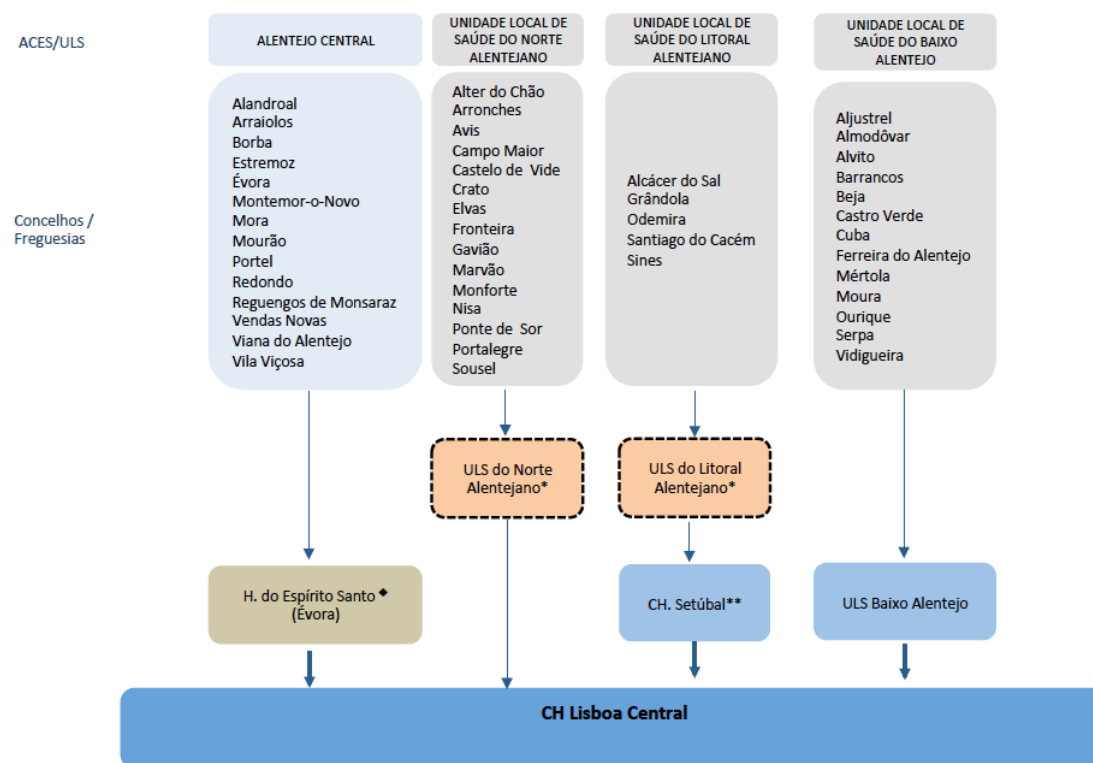
\*\*\*\* Área a ser atribuída ao H. Doutor Fernando Fonseca, ainda sem data prevista

### REGIÃO DE SAÚDE LISBOA E VALE DO TEJO III



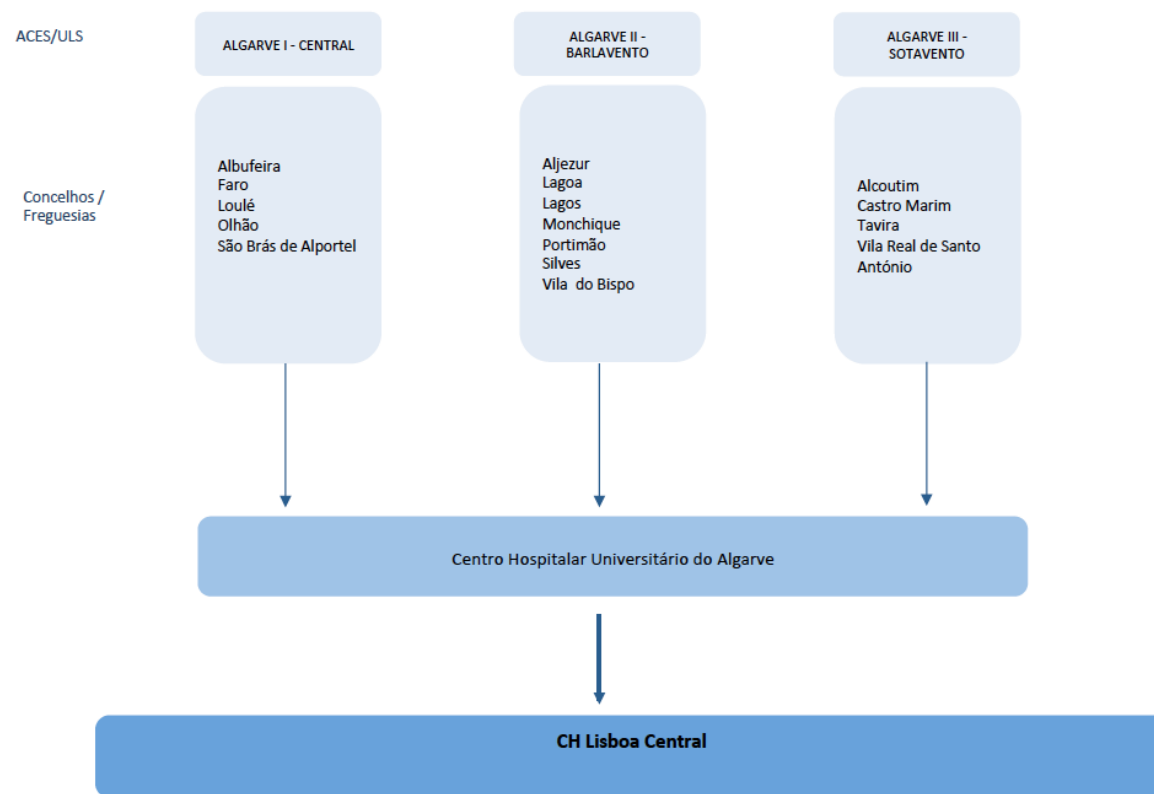
♦ Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência sem especialista colocado, em Maio 2018

## REGIÃO DE SAÚDE ALENTEJO



\* Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência a serem criados    \*\* Por razões de proximidade geográfica

♦ Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência sem especialista colocado, em Maio 2018

**REGIÃO DE SAÚDE ALGARVE**



## 6.5. INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO DA RRH

Tal como referido anteriormente (vide 5.1), para os indicadores de monitorização da RRH sugere-se que sejam utilizados os instrumentos elaborados pela OMS (52, 53, 54, 55) já aplicados no âmbito do PNSM. Refere-se como relevante o número de Serviços / Unidades criados, de acordo com o previsto no PNSM e na própria RRH, os recursos humanos colocados nos Serviços/Unidades, e o intervalo temporal entre a colocação de um psiquiatra da infância e adolescência e a constituição da Equipa Multidisciplinar.

Na RRH de 2011 foi proposto que de forma faseada se criassem Serviços ou Unidades de Psiquiatria da Infância, nas várias entidades do SNS.

O Quadro 25 apresenta as recomendações que então foram propostas para cada Região de Saúde, a evolução registada e as recomendações atuais. Foi tida em conta a dimensão populacional (serviços para áreas com população total superior a 250.000 habitantes e/ou população com idade < 18 anos superior a 45.000) e critérios geo-demográficos em regiões específicas, como é o caso da ULS Litoral Alentejano, por exemplo.

As populações das áreas onde ainda não foram constituídos Serviços/Unidades, ou onde são insuficientes em termos de recursos humanos, são encaminhadas para respostas em áreas mais distantes, com prejuízo para os utentes do ponto de vista da acessibilidade, e representam uma sobrecarga para os Serviços que lhes prestam cuidados diferenciados de saúde mental.

É o caso da generalidade dos Serviços Regionais, com particular destaque para o CHLC, que dá resposta a uma parte significativa do concelho de Sintra, dado que o Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca ainda só atende o concelho da Amadora e algumas freguesias de Sintra (o início do atendimento da restante área só deverá acontecer após a construção do Pólo Hospitalar de Sintra). Constitui a resposta de ambulatório também para o Norte e Centro Alentejano, e ao Algarve. É previsível que brevemente o Centro Hospitalar Universitário do Algarve inicie o atendimento da sua área de referenciação. O CHU Coimbra dá resposta à região da Guarda.

O CHLN atende a área do Oeste, estando em processo de constituição uma Unidade no Oeste Norte, ainda só com 1 especialista colocado, que irá dar resposta a uma parte da população dessa área.

O CHLO dá resposta ao concelho de Cascais, onde não foi criada uma Unidade de Pedopsiquiatria no novo Hospital.

O Hospital de Setúbal atende a área do Litoral Alentejano, e o Hospital Garcia da Orta tem vindo a receber as crianças e adolescentes da área do Barreiro-Montijo, situação que poderá vir a ser alterada pela melhor acessibilidade ao CHLC.

**Quadro 25. Recomendações da RRH 2018 e comparativo com RRH 2011**

Sub-Região	Entidade de Saúde	Situação em 2011	Recomendação 2011	Situação em 2018	Recomendação 2018	População Total Censo 2011	População 0-17 (estimativa)
NORTE	C. H. Porto EPE	Departamento	Departamento	Departamento	DEPARTAMENTO / SERVIÇO REGIONAL	302.891	52.598
	ULS do Alto Minho EPE	Unidade	Serviço	Serviço	SERVIÇO	244.836	40.266
	Hospital Senhora da Oliveira Guimarães EPE	Consulta	Serviço	Unidade	SERVIÇO	256.696	50.096
	CH Médio Ave EPE	Consulta	Serviço	Unidade	UNIDADE	110.529	19.890
	Hospital de Braga PPP	Unidade	Serviço	Unidade	SERVIÇO	578.884	115.822
	C. H. S. João EPE	Unidade	Serviço	Unidade	SERVIÇO	330.386	60.096
	CH Vila Nova de Gaia / Espinho EPE	Unidade	Serviço	Serviço	SERVIÇO	335.586	61.740
	CH Tâmega e Sousa EPE	Unidade	Serviço	Unidade	SERVIÇO	519.769	110.919
	CH Póvoa do Varzim / Vila do Conde EPE	Consulta	Unidade	Unidade	UNIDADE	142.941	28.369
	ULS de Matosinhos EPE		Unidade	Unidade	UNIDADE	175.478	30.767
	CH Entre Douro e Vouga EPE		Serviço	Unidade	SERVIÇO	274.859	50.721
	CH Trás-os-Montes e Alto Douro EPE	Serviço	Serviço	Serviço	SERVIÇO	273.263	43.961
	ULS do Nordeste EPE	Unidade	Unidade	Unidade	UNIDADE	136.252	18.796
CENTRO	CH Univ. de Coimbra, EPE	Departamento	Departamento	Departamento	SERVIÇO REGIONAL	645.865	99.441
	CH Tondela/Viseu, EPE	Unidade	Serviço	Unidade	SERVIÇO	267.633	45.721
	CH Cova da Beira, EPE (+ Pólo em Castelo Branco)	Serviço	Serviço	Serviço	SERVIÇO	183.814	26.287
	CH Castelo Branco, EPE	Consulta	Integrar no Serviço CH Cova da Beira		Integrar no Serviço CH Cova da Beira	92.515	12.648
	ULS Guarda, EPE	Unidade	Unidade		UNIDADE	152.036	21.635
	CH Baixo Vouga, EPE	Serviço	Serviço	Serviço	SERVIÇO	370.394	66.637
	CH Leiria EPE	Unidade	Serviço	Unidade	SERVIÇO	317.436	57.331
LVT	CH Lisboa Central	Área	Área	Especialidade	SERVIÇO REGIONAL	983.693	176.563
	CH Lisboa Ocidental EPE	Serviço	Serviço	Serviço	SERVIÇO	426.687	77.754
	CH Lisboa Norte EPE	Unidade	Serviço	Serviço	SERVIÇO	449.676	78.563
	Hospital de Cascais PPP				UNIDADE	206.479	39.173
	CH Oeste			Unidade	SERVIÇO	292.546	54.313
	Hospital Beatriz Ângelo PPP		Serviço	Serviço	SERVIÇO	287.119	55.658
	Hospital Vila Franca de Xira PPP		Serviço	Unidade	SERVIÇO	244.377	48.946
	Hospital Fernando Fonseca EPE	Consulta	Serviço	Unidade	SERVIÇO	552.971	111.546
	Hospital Garcia da Orta EPE	Unidade	Serviço	Unidade	SERVIÇO	332.299	61.799
	CH Barreiro-Montijo	Unidade	Unidade	Unidade	UNIDADE	213.584	40.080
	CH Setúbal EPE	Unidade	Unidade	Unidade	UNIDADE	331.441	61.160
	Hospital de Santarém EPE	Serviço	Serviço	Unidade	UNIDADE	196.620	33.557
	CH Médio Tejo EPE	Unidade	Unidade	Unidade	UNIDADE	227.999	37.797
ALENTEJO	Hospital Espírito Santo EP	Consulta	Serviço	Unidade	SERVIÇO	166.726	27.000
	ULS Norte Alentejano EPE				UNIDADE	118.506	18.601
	ULS Litoral Alentejano EPE				UNIDADE	97.925	15.182
	ULS Baixo Alentejo EPE	Serviço	Unidade	Serviço	SERVIÇO	126.692	20.682
ALGARVE	CH Algarve EPE	Consulta	Serviço	Unidade	SERVIÇO	451.006	80.646

Fonte: RRH 2011 e dados fornecidos pelos Serviços, através de Inquérito da APPIA, 2017/8

## 7. RECOMENDAÇÕES

---

### 1ª Etapa

As recomendações desta primeira etapa deverão ser implementadas num período não superior a 3 anos – até 2021.

A situação atual de maior carência de resposta assistencial situa-se nas Regiões de Saúde do Alentejo e Algarve, na zona de Trás-os-Montes e na Beira Interior. Na região da ARS LVT, a área do CH Barreiro-Montijo é a mais carenciada, sem nenhum especialista colocado. Este contexto compromete a equidade no acesso aos Cuidados de Saúde Mental na Infância e Adolescência por parte da população residente nessas áreas.

A falta de Equipas Multidisciplinares diminui a qualidade da resposta assistencial, implicando um maior recurso à Urgência e à necessidade de internamento.

A ausência de resposta, em tempo útil, na sequência do internamento pedopsiquiátrico, potencia as descompensações e os reinternamentos.

Considera-se prioritário:

- A colocação de médicos nas Unidades atualmente sem médico – Hospital Espírito Santo EPE (Évora) e no CH Barreiro-Montijo; recomenda-se que sejam colocados 2 médicos em cada uma das Unidades de forma a garantir à população uma continuidade assistencial, que não se tem registado até agora;
- O reforço dos Serviços / Unidades que apenas têm um médico especialista – ULS Nordeste, CH Cova da Beira, CH Universitário do Algarve, Hospital de Braga. Assume particular relevância este reforço nos locais onde se prevê a sua reforma a curto prazo – ULS Nordeste EPE (Bragança). No caso do Hospital de Braga PPP e do CH Universitário do Algarve a dimensão populacional torna urgente o reforço do número de especialistas;
- A constituição de Equipas Multidisciplinares nos Serviços / Unidades Locais com a alocação, a tempo completo, de profissionais não-médicos;
- A constituição de Hospitais de Dia nos Serviços Locais;
- Alargamento da implementação da Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental;
- O reforço do CH Tâmega e Sousa, dada a elevada dimensão de população com idade < a 18 anos;

- O reforço dos Serviços Regionais de Lisboa (CHLC) e Coimbra (CHUC) dada a dimensão da área real de atendimento, pela inexistência de resposta efetiva de 1.ª linha em algumas áreas das ARS Centro e LVT.

## 2ª Etapa

Na segunda etapa as recomendações deverão ser implementadas num período não superior a 5 anos.

Tendo em conta o objetivo de desenvolver uma cobertura total do país em termos de cuidados diferenciados de saúde mental da infância e adolescência propõe-se:

- Constituição das Unidades Locais do Norte Alentejano, do Litoral Alentejano e da Guarda;
- Constituição do Pólo do CH Beira Interior em Castelo Branco e do Pólo do CH do Algarve no Barlavento Algarvio;
- Abertura da restante área de atendimento do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca e do CH Oeste, com reforço dos recursos humanos;
- Abertura de mais camas de internamento para adolescentes, podendo ser enquadradas em Unidades de Internamento de transição para a Psiquiatria, englobando adolescentes com idades  $\geq$  15 anos e jovens adultos;
- Continuar o reforço dos recursos humanos médicos e não médicos dos Serviços e Unidades Locais de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência;
- Criação de Serviços em todos os Centros Hospitalares ou Unidades Locais de Saúde cuja dimensão populacional seja superior a 250.000 habitantes (critérios populacionais determinados pela Circular Normativa n.º 06/DSPSM da DGS, de 17/06/05).

### 7.1. ADAPTAÇÕES A REALIZAR NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO HOSPITALARES

Recomenda-se a adequação dos registos da atividade dos Serviços/Unidades de Psiquiatria da Infância e Adolescência à sua especificidade, devendo incluir para além do registo da atividade clínica direta (consultas, internamentos, atendimentos em Serviços de Urgência), a atividade de articulação com os CSP e outras estruturas da comunidade.

Recomenda-se ainda que sejam criados indicadores de processo que permitam quantificar a atividade de articulação, fundamental nesta especialidade.

Deve ainda ser definido de forma clara e aplicado de forma uniforme os vários atos médicos e não-médicos, bem como os MCDTs e tipo de consultas que são praticados, para que a comparação entre Serviços seja possível e os resultados estatísticos da atividade clínica traduzam a realidade do que é efetuado.

A especificidade da Psiquiatria da Infância e da Adolescência implica que sejam definidos MCDTs próprios, devendo ser o recurso à utilização de MCDTs de outras especialidades ser residual. A APPIA, em reuniões de trabalho realizadas em 2004/05, elaborou um Glossário<sup>6</sup> de termos técnicos para caracterizar os cuidados em Saúde Mental Infantil e Juvenil que poderá servir de base para a definição dos MCDTs da Psiquiatria da Infância e Adolescência.

---

<sup>6</sup> <http://appia.com.pt/uploads/glossario-2015-11-09-17-47-55.pdf>

## 8— ANEXOS

### Anexo A

#### **Programa de formação do internato complementar da especialidade e área profissional médica de psiquiatria da infância e da adolescência (pedopsiquiatria) – Anexo da Portaria n.º 44/99. de 21 de janeiro**

- 1 - Duração - 60 meses.
- 2 - Estrutura e duração dos estágios:
  - 2-1 - Estágio em psiquiatria geral - 12 meses:
    - 2-1.1 - Três meses deste estágio devem ser passados em serviço idóneo para o tratamento e profilaxia de comportamento aditivo;
  - 2-2 - Estágio em psiquiatria da infância e da adolescência - 36 meses;
  - 2-3 - Estágio em pediatria - 6 meses;
  - 2-4 - Estágios opcionais - 6 meses (2 será o número máximo de estágios opcionais, com uma duração mínima de 3 meses):
    - 2-4.1 - Psiquiatria e saúde mental da primeira infância (de preferência com 6 meses de duração);
    - 2-4.2 - Psiquiatria e saúde mental da adolescência (de preferência com 6 meses de duração);
    - 2-4.3 - Neuropediatria;
    - 2-4.4 - Pedopsiquiatria de ligação;
    - 2-4.5 - Pediatria de desenvolvimento;
    - 2-4.6 - Reabilitação;
    - 2-4.7 - Doenças genéticas e metabólicas (de preferência com a duração de 3 meses).
- 3 - Sequência preferencial dos estágios:
  - 3-1 - Primeiro ano - estágio em psiquiatria geral (12 meses, incluindo 3 meses de estágio em serviços de tratamento de comportamentos aditivos);
  - 3-2 - Segundo ano - estágio em psiquiatria da infância e da adolescência (12 meses);
  - 3-3 - Terceiro ano - estágio em psiquiatria da infância e da adolescência (12 meses, 3 dos quais em serviços idóneos para a prevenção e tratamento de jovens com comportamentos aditivos);
  - 3-4 - Quarto ano:
    - 3-4.1 - Estágio em psiquiatria da infância e da adolescência (6 meses);
    - 3-4.2 - Estágio em pediatria (6 meses);
  - 3-5 - Quinto ano:
    - 3-5.1 - Estágios de opção (6 meses):
      - 3-5.1.1 - Psiquiatria e saúde mental da primeira infância;
      - 3-5.1.2 - Psiquiatria e saúde mental da adolescência;
      - 3-5.1.3 - Neuropediatria;
      - 3-5.1.4 - Pedopsiquiatria de ligação;
      - 3-5.1.5 - Pediatria de desenvolvimento;
      - 3-5.1.6 - Reabilitação;
      - 3-5.1.7 - Doenças genéticas e metabólicas;
    - 3-5.2 - Estágio em psiquiatria da infância e da adolescência (6 meses);
  - 3-6 - Deve haver, ao longo dos 60 meses de formação e em todos estes estágios, uma experiência equilibrada, sempre que possível, entre ambulatório/internamento e ou hospital de dia. O interno deve obter uma experiência, distribuída o mais possível equitativamente, entre equipas de crianças e equipas de adolescentes.
- 4 - Locais de formação:
  - 4-1 - Serviços de psiquiatria, pediatria, psiquiatria da infância e da adolescência e prevenção e tratamento de patologia aditiva;
  - 4-2 - Os estágios opcionais terão lugar em serviços de idoneidade reconhecida pelo Ministério da Saúde e pela Ordem dos Médicos.
- 5 - Finalidade e objectivos gerais da formação:
  - 5-1 - O internato da especialidade de psiquiatria da infância e da adolescência decorre nos departamentos de pedopsiquiatria e saúde mental, que assumem as responsabilidades e atribuições de prestação de cuidados, de formação e investigação cometidas ao departamento de pedopsiquiatria e saúde mental infantil e juvenil,

competindo-lhe, em geral, a promoção da saúde mental e, em especial, a prevenção de doenças e anomalias mentais, bem como o tratamento, recuperação e reabilitação dos portadores das mesmas;

5-2 - Entende-se que, para uma formação mais diferenciada dos internos, eles possam frequentar, preferencialmente, o curso do internato, que deverá ser frequentado desde o início do mesmo e constituído por aulas de formação teórica, seminários teórico-práticos, apresentação e discussão de casos clínicos (para além dos que são efectuados no serviço), revisões bibliográficas (Journal Club) e colaboração no ensino, através de administração de aulas;

5-3 - Entende-se também que faz parte da sua competência terapêutica a formação em técnicas psicoterapêuticas, formação esta que decorre ao longo dos últimos quatro anos da especialidade:

5-3.1 - Destaca-se a formação em técnicas psicoterapêuticas adaptadas à criança, adolescente e suas famílias, visto ser a primeira vez que esta formação é introduzida no programa de formação. As intervenções psicoterapêuticas podem ser individuais, de grupo ou familiares. A sua orientação é opcional: psicanalítica, cognitivo-comportamental ou sistémica e dependerá, em parte, da qualificação dos técnicos do departamento onde se passa o internato;

5-3.2 - Também se consideram as diversas técnicas de mediação corporal, tais como balneoterapia, relaxação, Pack e outras;

5-3.3 - Como objectivo de conhecimento: domínio de conceitos básicos de diferentes modelos teóricos (psicanalítico/cognitivo-comportamental/sistémico);

5-3.4 - Como objectivo de desempenho: demonstração de conhecimentos de uma das técnicas psicoterapêuticas, através de relatórios documentados de três a seis casos supervisionados por técnico qualificado;

5-4 - Para além dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos durante o internato, a capacidade de comunicação e o conhecimento da ética são qualidades essenciais para o especialista em psiquiatria da infância e da adolescência. No diagnóstico psiquiátrico é fundamental que o especialista tenha em conta o conhecimento que obtém das suas próprias reações face à criança, adolescente e família. Sempre que possível, o futuro especialista deve procurar aprofundar esta sua capacidade de autoconhecimento através de uma experiência estruturada, individual ou de grupo.

6 - Objectivos específicos dos estágios:

6-1 - Estágio em psiquiatria geral:

6-1.1 - Objectivos de desempenho:

- a) Aquisição de conhecimentos básicos de semiologia e psicopatologia psiquiátrica;
- b) Observação clínica do adulto e seu enquadramento familiar;
- c) Capacidade de intervenção terapêutica no doente e sua família;
- d) Contacto privilegiado com o doente na consulta externa, hospital de dia e serviço de urgência;
- e) Prática de desintoxicação de heroíno-dependentes seguida de administração de fármacos antagonistas e, logo que possível, de fármacos agonistas;
- f) Capacidade de tratamento de toxicofilias infanto-juvenis mais comuns, adquiridas em acompanhamento, que incluem as várias modalidades terapêuticas;

6-1.2 - Objectivos de conhecimento:

- a) Aquisição de conhecimentos sobre o diagnóstico, terapêutica e prognóstico dos principais quadros psiquiátricos;
- b) Repercussão familiar e social da doença psiquiátrica (nomeadamente da psicose, alcoolismo e toxicodependência);
- c) Conhecimentos atualizados sobre psicofarmacologia;
- d) Adquirir conhecimentos sobre as diferentes modalidades de intervenção terapêutica;
- e) Neurofisiologia e bioquímica das «drogas» e dos fármacos utilizados no seu tratamento;
- f) Adquirir conhecimentos sobre a tipologia das diversas toxicodependências:
- f1) Factores psicossociais e familiares envolvidos;
- f2) Dinâmica familiar;
- g) Frequência do curso do internato em psiquiatria da infância e da adolescência;

6-2 - Estágio em psiquiatria da infância e da adolescência - dadas as múltiplas correntes teóricas subjacentes à clínica psiquiátrica da infância e da adolescência, as referências nosológicas apresentam uma grande diversidade. Assim sendo, enumeram-se de uma forma geral os grupos nosológicos que devem fazer parte do estudo e do conhecimento aprofundado dos internos, nomeadamente autismo, depressões, psicoses, esquizofrenias, organizações limite, organizações neuróticas e outras. Por este facto, não serão designadas detalhadamente no programa, ao longo do tempo do internato de psiquiatria da infância e da adolescência:

6-2.1 - Segundo ano do internato (12 meses):

6-2.1.1 - Objectivos de desempenho:

- a) Técnica da entrevista clínica e elaboração da história clínica;

- b) Observação psiquiátrica direta da criança/adolescente e das interações familiares;
- c) Discussão de casos clínicos;
- d) Conhecimento de meios auxiliares complementares de diagnóstico (leitura e avaliação de exames psicológicos, psicopedagógicos, do desenvolvimento e patologia da linguagem, psicomotricidade; das escalas de desenvolvimento; electroencefalograma, tomografia axial computadorizada e outros);
- e) Elaboração do diagnóstico;
- f) Conhecimento das classificações (International Classification of Diseases: ICD-10, da Organização Mundial de Saúde, e Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM III e IV, da Associação Americana de Psiquiatria) e de outras escalas usadas em estudos multicêntricos;
- g) Início das aprendizagens das orientações terapêuticas (psicofármacos e técnicas psicoterapêuticas);
- h) Colaboração e progressiva responsabilização nas actividades clínicas do serviço;
- i) Serviço de urgência (observação tutelada);
- j) Colaboração nas actividades científico-pedagógicas do serviço;

#### 6-2.1.2 - Objectivos de conhecimento:

- a) História da psiquiatria da infância e da adolescência no contexto da evolução da psiquiatria geral;
- b) Trabalho em equipa multidisciplinar: organização e estratégias de decisões;
- c) Noções sobre o desenvolvimento ao nível físico, afectivo e cognitivo;
- d) Teorias psicológicas (evolutivas, psicodinâmicas, cognitivo-comportamentais);
- e) Estudo da família na perspectiva histórica, sociológica, psicodinâmica; família como sistema; teoria da comunicação na família;
- f) O normal e o patológico na criança e no adolescente; noção de crise evolutiva e crise accidental; crise familiar;
- g) Organizações psicopatológicas em função da idade;

#### 6-2.2 - Terceiro ano do internato (12 meses):

##### 6-2.2.1 - Objectivos de desempenho:

- a) Responsabilização crescente das actividades clínicas, nomeadamente no serviço de urgência;
- b) Apresentar e discutir histórias clínicas, revisões bibliográficas e outros trabalhos em reuniões do serviço ou no curso do internato;
- c) Aprofundamento da semiologia psiquiátrica;
- d) Treino em técnicas psicoterapêuticas ou psicopedagógicas apropriadas a crianças/adolescentes e suas famílias;
- e) Apresentação, em supervisão, de casos em tratamento psicoterapêutico;
- f) Avaliação da melhor indicação terapêutica e planeamento do projecto terapêutico;
- g) Avaliação clínica e tratamento de jovens em situação de hospital de dia/internamento com diversas patologias psiquiátricas (anorexia mental, tentativas de suicídio, psicoses e outras);
- h) Contacto com a metodologia e as técnicas específicas de trabalho de outros técnicos (educadora, professora, terapeuta ocupacional, enfermeira, assistente social, terapeuta da fala);
- i) Elaboração de relatórios médico-pedagógicos;
- j) Estatística e organização de arquivos e ficheiros;
- k) Metodologia de investigação;
- l) Participação na elaboração e apresentação de trabalhos científicos, quando estes se desenvolvem no serviço;
- m) Avaliação de três famílias e respectivos jovens com dependência noutras substâncias aditivas;
- n) Avaliação de jovens para internamento em unidade de desabilitação ou comunidade terapêutica, e de outros para psicoterapia individual ou de grupo;

##### 6-2.2.2 - Objectivos de conhecimento:

- a) Conhecimentos genéricos de neuroquímica e neurofisiologia;
- b) Fundamentos neuroquímicos da acção dos psicofármacos;
- c) Psicofarmacologia e sua adaptação à criança e adolescente;
- d) Principais quadros psicopatológicos da criança;
- e) Psicopatologia da puberdade e da adolescência;
- f) Métodos de avaliação, diagnóstico diferencial e terapêutica;
- g) Epilepsia: diagnóstico e tratamento;
- h) Manifestações psicopatológicas e sócio-familiares em disfuncionamentos cerebrais e somáticos (sofrimento perinatal e sequelas, doenças hereditárias do metabolismo e endócrinas, intersexualidade com ambiguidade sexual externa);
- i) Adquirir capacidades de avaliação de jovens e famílias com problemas de comportamentos aditivos;
- j) Estudo de três famílias e respectivos jovens com politoxicodependências;
- k) Estudo de três famílias e respectivos jovens com dependência de heroína;
- l) Seminários de psiquiatria de ligação;
- m) Curso do internato e formação psicoterapêutica;



6-2.3 - Quarto ano do internato (6 meses):

6-2.3.1 - Objectivos de desempenho:

- a) Colaboração nas ações de formação de outros técnicos;
- b) Participação, com responsabilização crescente, nas actividades do serviço;
- c) Continuação do treino em técnicas psicoterapêuticas em crianças e adolescentes; intervenções familiares;
- d) Participação nos exames médico-legais;
- e) Intervenções comunitárias junto de responsáveis da criança/adolescente, tais como médicos de família, pediatras, educadoras de infância, professores, assistentes sociais, etc.;
- f) Participação em programas de saúde mental;
- g) Discussão do trabalho específico com outros técnicos não médicos;
- h) Apresentação de comunicações e publicação de trabalhos científicos;

6-2.3.2 - Objectivos de conhecimento:

- a) Situações psicopatológicas e sócio-familiares com implicação forense; colaboração com o tribunal de menores e tribunais de família; legislação vigente; regulação do poder paternal; adopção; criança sujeita a maus tratos, abuso sexual ou abandono;
- b) Comportamentos desviantes; delinquência juvenil;
- c) Manifestações psicopatológicas em crianças com deficiências mentais, sensoriais e motoras;
- d) A criança e o adolescente na escola: o seu perfil e as suas dificuldades;
- e) Programas de saúde mental dirigidos à criança e adolescente (na comunidade, nas férias e tempos livres);
- f) Prospecção epidemiológica na infância e na adolescência;
- g) Curso do internato e formação psicoterapêutica;

6-2.4 - Quinto ano do internato (6 meses):

6-2.4.1 - Objectivos de desempenho:

- a) Discussão de casos e orientação de outros técnicos não médicos;
- b) Capacidade na avaliação de outras intervenções terapêuticas (individual e em grupo);
- c) Prosseguimento com aperfeiçoamento crescente das psicoterapias e das intervenções comunitárias;
- d) Exames e elaboração de relatórios médico-legais;
- e) Participação no planeamento das actividades do serviço;

6-2.4.2 - Objectivos de conhecimento:

- a) Situações familiares particulares, tais como crianças em internatos, crianças filhas de pais divorciados, crianças oriundas de famílias psicóticas, etc.;
- b) A violência na família, na escola e na sociedade;
- c) O adolescente e a vida profissional;
- d) Prevenção médico-psicossocial precoce;
- e) Epidemiologia;
- f) Problema da formação dos psiquiatras da criança e do adolescente;
- g) Organização dos serviços de saúde mental infantil e juvenil;
- h) Curso do internato e formação em técnicas psicoterapêuticas;

6-3 - Estágio em pediatria - este estágio deve ser efectuado em serviços de internamento e ou consulta externa que contemplem as seguintes áreas:

6-3.1 - Neuropediatria (2 meses):

6-3.1.1 - Objectivos de desempenho:

- a) Exame neurológico: recém-nascido prematuro e de termo; idades pré-escolar e escolar; adolescência;
- b) Tomar conhecimento dos meios auxiliares de diagnóstico: LCR, neurofisiologia (EEG, EMG, VCS e VCM, PEV, PEAT, PESS), imagiologia (ecografia, TCRMN), suas indicações, utilidade e limitações;

6-3.1.2 - Objectivos de conhecimento:

- a) Noções elementares de anatomia, embriologia e fisiologia do sistema nervoso; noção de plasticidade neuronal e influência do meio;
- b) Noção de doença estática e progressiva do sistema nervoso;
- c) Doenças neurológicas com sintomatologia psiquiátrica;

6-3.2 - Serviço de recém-nascidos (1 mês):

6-3.2.1 - Objectivos de desempenho:

Tomar contacto e saber ver as diferenças entre um recém-nascido normal e patológico;

6-3.2.2 - Objectivos de conhecimento:

- a) Conhecer a problemática de uma doença grave no recém-nascido;
- b) Conhecer as indicações para uma boa vinculação entre mãe-recém-nascido; problemática da separação precoce da mãe (incubadora, cuidados intensivos);

6-3.3 - Doenças crónicas - nefrologia ou doenças oncológicas ou de endocrinologia ou pneumologia ou cardiologia ou gastroenterologia ou outras (3 meses):

6-3.3.1 - Objectivos de desempenho:

- a) Sentir e compreender o significado da morte e incapacidades resultantes da evolução de doença crónica na criança/família;
- b) Estudar a problemática pessoal e familiar do paciente (pelo menos em dois casos);
- c) Saber dar apoio ao doente e à família;

6-3.3.2 - Objectivos de conhecimento:

- a) Conhecer a patologia que comprometa o crescimento e o desenvolvimento;
- b) Conhecer as características psicoafectivas mais prevalentes e o tipo de dinâmica familiar introduzida pela doença crónica;

6-3.4 - Durante o estágio em pediatria os internos devem prosseguir a sua formação no curso do internato e em técnicas psicoterapêuticas;

6-4 - Estágios opcionais:

6-4.1 - Estágio em psiquiatria e saúde mental da primeira infância:

6-4.1.1 - Objectivos de desempenho:

- a) Saber descrever e identificar os movimentos interativos e intersubjetivos na «díade»;
- b) Participar em algumas das técnicas de intervenção (terapêuticas e preventivas) neste grupo etário;

6-4.1.2 - Objectivos de conhecimento:

- a) Teorias sobre o desenvolvimento da «díade» nas etapas evolutivas da criança nos três primeiros anos de vida;
- b) Quadros psicopatológicos mais comuns;
- c) Ações preventivas;

6-4.2 - Estágio em psiquiatria e saúde mental da adolescência:

6-4.2.1 - Objectivos de desempenho:

- a) Prática do tratamento de adolescentes e suas famílias em situação de internamento, hospital de dia e psicoterapias em ambulatório;
- b) Participação em ações de colaboração com estruturas judiciais, policiais, pedagógicas e de lazer nesta faixa etária;
- c) Participar em programas de saúde mental para a adolescência (na comunidade, na escola, na televisão, etc.);

6-4.2.2 - Objectivos de conhecimento:

- a) Aprofundar conhecimentos psicopatológicos da adolescência, nomeadamente psicoses, patologias limite, comportamentos suicidários, perturbações do comportamento alimentar, perturbações da identidade sexual, etc.;
- b) Aprofundar conhecimentos sobre as intervenções terapêuticas neste grupo etário: psicofarmacologia, psicoterapias adaptadas à adolescência (individual, psicodrama, psicoterapia familiar, etc.);
- c) Conhecer programas de saúde mental destinados à adolescência (na escola, tempos livres, férias);
- d) Conhecer programas e estruturas de reinserção social;

6-4.3 - Estágio em pedopsiquiatria de ligação:

6-4.3.1 - Objectivos de desempenho:

- a) Aceitação da interface pedopsiquiatria/pediatria, ou seja, saber gerir os conflitos inevitáveis (em todas as situações de interface) com todos os técnicos que intervêm em pediatria: pediatras, enfermeiros, educadores, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, etc.;
- b) Face ao sofrimento físico da criança e ao sofrimento da família, saber identificar e gerir a angústia e as suas conseqüentes defesas despertadas nos técnicos implicados, nomeadamente nas situações de urgência;
- c) Valorizar as competências da criança e do jovem, integrando-as no projecto terapêutico;
- d) Gerir a ambivalência das relações familiares em crianças e adolescentes resultantes de doença crónica;
- e) Saber intervir no domínio da neonatologia no que diz respeito à relação precoce-vinculação, no caso de doença física aguda grave ou crónica, com ou sem hospitalização;
- f) Saber proporcionar a construção/reconstrução da auto-imagem na criança e no adolescente em vulnerabilidade somática, com a conseqüente dependência em relação à família e às dificuldades de integração na escola;

6-4.3.2 - Objectivos de conhecimento:

- a) Adquirir conhecimentos básicos de pediatria nos seguintes aspectos: desenvolvimento, doença relacionada com alterações do metabolismo, doenças resultantes de alterações genéticas e do foro neuropediátrico;
- b) Aprofundar os conhecimentos de psicofarmacologia, de intervenção familiar, de intervenção em crise e de consulta terapêutica;
- c) Obter conhecimento profundo das conseqüências físicas e psicológicas da doença crónica;
- d) Ter conhecimento suficiente dos modelos de psicossomática a fim de adquirir uma postura de compreensão global e integrada da realidade psique/soma nas situações de doença aguda ou crónica;

6-4.4 - Estágio em neuropsiquiatria:

6-4.4.1 - Objectivos de desempenho:

- a) Aquisição de conhecimentos básicos que permitam o reconhecimento de uma linguagem neurológica e a utilização de formas de pensar para fazer diagnósticos e ter conhecimentos da neurologia infantil;
- b) Exame neurológico: recém-nascido prematuro e de termo; idade pré-escolar e escolar; compreensão da fisiopatologia de sinais e sintomas neurológicos;
- c) Elaboração de uma história de um caso ilustrativo de desenvolvimento normal e outro em que haja perturbação;
- d) Elaboração de uma história clínica em que o exame neurológico seja essencial para o diagnóstico diferencial de uma doença estática de uma doença progressiva do sistema nervoso;
- e) Elaboração de uma história de um caso de epilepsia e respectiva terapêutica;
- f) História que ilustre o aparecimento precoce de sintomas psicopatológicos numa perturbação neurológica subjacente;
- g) Relatório de leitura: 10 electroencefalogramas e 10 tomografias axiais computadorizadas;

6-4.4.2 - Objectivos de conhecimento:

- a) Noções elementares de anatomia, embriologia e fisiologia do sistema nervoso; noção de plasticidade neuronal e influência do meio;
- b) Noção de doença estática e progressiva do sistema nervoso;
- c) Grandes grupos nosológicos detectáveis na infância e na adolescência: caracterização dos quadros mais frequentes de cada grupo e das características comuns a vários e que confundem a classificação;
- d) Epilepsia e situações paroxísticas não epiléticas; convulsões e crises não convulsivas: semiologia clínica; crises febris; alterações paroxísticas do comportamento;
- e) Atraso do desenvolvimento; dificuldades de aprendizagem; dificuldades específicas; défices de atenção;
- f) Doenças neurogenéticas;
- g) Doenças neurológicas com sintomatologia psiquiátrica;

6-4.5 - Estágio em pediatria de desenvolvimento:

6-4.5.1 - Objectivos de desempenho:

- a) Aplicação de escalas de desenvolvimento;
- b) Apresentar a discussão de cinco casos aos quais foram aplicadas escalas de desenvolvimento;

6-4.5.2 - Objectivos de conhecimento:

- a) Desenvolvimento: etapas mais importantes do desenvolvimento normal e suas perturbações;
- b) O inato e o adquirido;

6-4.6 - Estágio em reabilitação:

6-4.6.1 - Objectivos de desempenho:

- a) Avaliação psiquiátrica de crianças e adolescentes deficientes com manifestações psicopatológicas, documentada por relatórios de seis avaliações (uma de cada uma das deficiências acima referidas e duas de doentes com estados deficitários pós-psicóticos);
- b) Prática de intervenções terapêuticas nestas situações;
- c) Experiência de trabalho de ligação com instituições de reabilitação;
- d) Programas de reinserção social;

6-4.6.2 - Objectivos de conhecimento:

- a) Revisão das perturbações do desenvolvimento em crianças e adolescentes com deficiências (mentais, motoras e sensoriais);
- b) Perturbações psiquiátricas mais frequentes em crianças e adolescentes com deficiências;
- c) Teorias da reabilitação psiquiátrica aplicadas a crianças e adolescentes;
- d) Conhecimento das instituições da zona que se dedicam a este trabalho de reabilitação;

6-4.7 - Estágio em doenças genéticas e metabólicas:

6-4.7.1 - Objectivos de desempenho:

Identificar e intervir nas situações de risco em crianças e famílias com doença genética, bem como ter a capacidade para diagnosticar e orientar a situação nas doenças metabólicas mais comuns;

6-4.7.2 - Objectivos de conhecimento:

Aquisição de conhecimentos que levem à identificação das doenças genéticas e metabólicas mais comuns;

6-4.8 - Durante os estágios opcionais os internos prosseguem o curso do internato e a formação em técnicas psicoterapêuticas.

7 - Avaliação:

7-1 - Avaliação de desempenho:

7-1.1 - Avaliação contínua de acordo com o regulamento do internato, considerando a pontuação 4 para todos os parâmetros a avaliar:

- a) Capacidade de execução técnica;

b) Interesse pela valorização profissional;

c) Responsabilidade profissional;

d) Relações humanas no trabalho;

7-1.2 - A avaliação deve realizar-se no final de cada estágio de 6 ou 12 meses, através da discussão do relatório de actividades ou de um caso clínico;

7-1.3 - Em estágios de duração inferior a seis meses, haverá sempre uma avaliação de desempenho;

7-2 - Avaliação de conhecimentos:

7-2.1 - A avaliação será contínua através da apresentação de casos clínicos, de trabalho de revisão teórica ou outros apresentados em reuniões clínicas do serviço;

7-2.2 - A avaliação deve ser formalizada no final de cada estágio (6 ou 12 meses) com discussão do relatório de actividades e perguntas teóricas sobre as questões ali abordadas perante o diretor do serviço e orientador de formação.

8 - Disposições finais:

8-1 - O presente programa entra em vigor em 1 de Janeiro de 1999 e aplica-se apenas aos internos que iniciarem o internato a partir dessa data.

8-2 - O nº 34 do anexo I do regulamento aprovado pela Portaria nº 695/95, de 30 de Junho, passa a ter a seguinte designação: «Psiquiatria da infância e da adolescência (ou pedopsiquiatria)».

## **Anexo B**

### **PARECER DO COLÉGIO DE ESPECIALIDADE SOBRE AS IDONEIDADES FORMATIVAS (emitido em 2017)**

#### **Reconhecimento de Idoneidade Formativa e Fixação de Capacidades Formativas**

Conforme temos amplamente divulgado junto dos colegas Pedopsiquiatras das Unidades Funcionais de Pedopsiquiatria - Unidades e Serviços - que pretendem obter Idoneidade Formativa, esse requerimento é submetido, pelo pedopsiquiatra Diretor ou Coordenador dessas Unidades, através das Direções de Internato Médico, e subdividem-se em dois tipos principais:

#### **A - Idoneidade formativa total**

**Só é atribuída aos Serviços e Unidades que apresentem:**

- 1- Um programa detalhado do percurso do Interno ao longo dos 5 anos da Especialidade, com caracterização do seu desempenho em todos os estágios constituintes;
- 2- Esses Serviços e Unidades devem ter:
  - a) Internamento específico de pedopsiquiatria – Estágio mínimo de 6 meses;
  - b) Atendimento urgente organizado e diário de pedopsiquiatria – a integrar os internos ao longo dos anos da formação específica de pedopsiquiatria
  - c) Um Curso de Formação semanal específico de Psiquiatria da Infância e Adolescência;
  - d) Um número de especialistas não inferior a três.

#### **B - Idoneidade Formativa Parcial**

Aqueles Serviços e Unidades que não disponham de todas as valências descritas mas tenham estrutura para assegurar no mínimo quarenta por cento (40%) do programa, devem apresentar um protocolo firmado com um Serviço que possibilite aos médicos internos, sem recorrer a deslocações dificilmente exequíveis ao longo dos anos do Internato, realizar essas valências em falta. Esses períodos a realizar noutra Instituição devem estar devidamente descritos no Programa de Formação dos Internos. Terão, assim, Idoneidade Parcial e a capacidade formativa condicionada ao período de vigência dos referidos Protocolos.

## Anexo C

**Quadro A - Tipologias de CCISM para crianças e adolescentes** (conforme estabelecido na Portaria 149/2011, posteriormente alterada pela Portaria nº 68/2017, que regulamentava o Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 de janeiro, posteriormente alterado pelo Decreto-Lei nº 22/2011 de 10 de fevereiro e pelo Decreto-Lei nº 13/2015 de 28 de Julho)

Tipologia		Destinatários	Objectivos	Duração	Capacidade
<b>Residência de Treino de Autonomia</b>	<b>Subtipo A</b>	Crianças e adolescentes com idades entre os 11 e os 17 anos, portadores de perturbação mental grave, que curse com grau moderado a grave de incapacidade psicossocial.	Prestação de cuidados de saúde mental num ambiente protegido e estruturado, que permita dar uma resposta mais efetiva no âmbito do suporte terapêutico, de reabilitação e integração psicossocial, com o envolvimento dos cuidadores de referência e com o objetivo de promover o regresso à comunidade de origem.	12 meses, com eventual prolongamento de 6 meses	12 crianças / adolescentes (nas residências de apoio máximo com estruturas modulares de capacidade máxima de 6)
	<b>Subtipo B</b>	Crianças e adolescentes com idades entre os 11 e os 17 anos, portadores de perturbação grave do desenvolvimento e estruturação da personalidade, que curse com grau moderado a grave de incapacidade psicossocial.			
<b>Residência de Apoio Máximo</b>		Crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos, portadores de perturbação mental com carácter grave e prolongado, com limitações relacionais e/ou cognitivas, que curse com limitações graves a nível do seu funcionamento psicossocial	Prestação de cuidados de saúde mental num ambiente protegido e estruturado, que permita dar uma resposta mais efetiva no âmbito do suporte de reabilitação e integração psicossocial, com o objetivo de prevenir o agravamento da dependência e de reduzir ao máximo a défice psicossocial.	12 meses, com eventual prolongamento	
<b>Unidade Sócio-Ocupacional</b>		Adolescentes entre os 13 e os 17 anos, portadores cumulativamente de: - Perturbação mental com carácter grave ou perturbação do desenvolvimento e estruturação da personalidade; - Moderado a reduzido grau de incapacidade psicossocial; - Comprometimento psicossocial (perturbações relacionais, escolares / ocupacionais e de integração social).	Promoção de autonomia, estabilidade emocional / comportamental e integração social, familiar e ocupacional, numa articulação estreita com as estruturas hospitalares de psiquiatria da infância e da adolescência e dinamização da rede de suporte.	12 meses, com eventual prolongamento e de acordo com o Plano Individual de Intervenção (PII)	20 adolescentes / dia
<b>Equipa de Apoio Domiciliário</b>		Crianças e adolescentes entre os 5 e os 17 anos, nomeadamente filhos de pais com doença mental grave e portadores cumulativamente de: - Perturbação mental grave ou perturbação do desenvolvimento e estruturação da personalidade; - Comprometimento psicossocial.	- Promoção de autonomia e da estabilidade emocional / comportamental, numa articulação estreita com as estruturas hospitalares de psiquiatria da infância e da adolescência e dinamização da rede de suporte. - - Apoio aos familiares no desempenho das funções parentais.	De acordo com o PII	8 visitas domiciliárias / dia

## 9 – BIBLIOGRAFIA

---

1. Marques C, Torrado M, Natário A, Proença MJ (2011). Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e Adolescência. CNSM e ACSS, Ministério da Saúde.
2. Child and adolescent mental health policy and plans. (Mental Health Policy and Service Guidance Package). World Health Organization, Geneva, 2005. Retirado de [http://www.who.int/mental\\_health/policy/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/policy/en/index.html)
3. Matos, A. (1999). Futuro da Psiquiatria da Infância e Adolescência. Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, 15, pp. 7-8.
4. Kessler, R., Amminger, P., Aguilar-Gaxiola, S., Jordi, A., Sing Lee, U.T. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. Current Opinion in Psychiatry 29(4), 359-364.
5. Patton, George C et al (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. The Lancet, Volume 383 , Issue 9926 , 1404 – 1411.
6. DGS (2013). Plano Nacional para a Prevenção do Suicídio. Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde.
7. Hawton, K., Bergen, H., Kapur, N., Cooper, J., Steeg, S., Ness, J., & Waters, K. (2012). Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: Findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53, 1212–1219
8. WHO (2014). Preventing Suicide. World Health Organization
9. Comissão Europeia (2004). The Mental Health of Children and Adolescents. OMS-Europa, Ministério da Saúde do Luxemburgo.
10. Heckman J, Pinto R, Savelyev PA (2013). Understanding the mechanisms through which an influential early childhood program boosted adult outcomes. American Economic Review 103 (6), pp 2052-2086.
11. 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. Ministério da Saúde.
12. Mendo, M. (1992). Considerações sobre a história da Pedopsiquiatria em Portugal. Cadernos do Internato do Departamento de Pedopsiquiatria / Hospital Dona Estefânia, 3, 4-8.

13. Vidigal, M. J. et al. (1999). Memórias de Utopias – Elementos para a história da Saúde Mental em Portugal. Lisboa: ISPA.
14. WHO (2000). World Health Report. Genebra: World Health Organization.
15. WHO-Europe (2008). Policies and practices for mental health in Europe. Copenhaga: WHO Regional Office for Europe.
16. AACAP (1999). Mental Health: a Report of de Surgeon General. Retirado de: [www.aacap.org](http://www.aacap.org)
17. Angold, A., Messer, S.C., Stangl, D., Farmer, E.M.Z., Costello, E.J., & Burns, B.J. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. American Journal of Public Health, 88,75-80.
18. Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Stangl, D. K., Tweed, D. L., Erkanli, A., et al. (1996). The Great Smoky Mountains Study of youth: Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. Archives of General Psychiatry, 53, 1129-1136.
19. Verhulst, F.C., van der Ende, J., Ferdinand, R.F., Kasius, M.C. (1997). The prevalence of DSMIII-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. Arch Gen Psychiatry 54, 329–336.
20. Zwaanswijk, M., van der Ende, J., Verhaak, P.F.M., Bensing, J.M., Verhulst, F.C. (2003). Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42(6), 692-700.
21. Relatório Mundial da Saúde (2001). Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança. Ministério da Saúde.
22. Caldas de Almeida, J.M. & Xavier M (2010). The World Mental Health Survey Initiative. NMHS (Portugal National Mental Health Survey). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
23. Dados sobre o 1º Estudo Epidemiológico da Saúde Mental em Portugal. Retirado de: [http://www.publico.pt/Sociedade/um-emcada-cinco-portugueses-sofre-de-perturbacoes-psiquiatricas\\_1429031](http://www.publico.pt/Sociedade/um-emcada-cinco-portugueses-sofre-de-perturbacoes-psiquiatricas_1429031)
24. Angold A, Erkanli A, Farmer EMZ, Fairbank JA, Burns BJ, Keeler G, Costello EJ. Psychiatric Disorder, Impairment, and Service Use in Rural African American and White Youth. Arch Gen Psychiatry. 2002;59(10):893-901.
25. Rutter M, Tizard J, Yule W, Graham P, Whitmore K (1976). Isle of Wight Studies 1964-1974. Psychological Medecini, 6 (2), 313-332.
26. Green, H., McGinnity, A., Meltzer, H., Ford, T., Goodman, R. (2004). Mental Health of Children and Young People in Great Britain. London: Office For National Statistics.



27. Skovgaard, A., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jørgensen, T. & CCC 2000 Study Team, Olsen E, Heering K, Kaas-Nielsen S, Samberg V, Lichtenberg A. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1½ years of age – the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48(1), 62–70.
28. Centre for Disease Control and Prevention. Retirado de [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
29. Egger, H., Angold, A. (2006). Common Emotional and Behavioral Disorders in Preschool Children: presentation, nosology and epidemiology. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 47 (3/4), 313-337.
30. Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., Miguel, T. S., Coutinho, A. M., Mota-Vieira, L., Gonçalves, E., Lopes, N. M., Rodrigues, V., Carmona da Mota, H. and Vicente, A. M. (2007). Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, 726–733.
31. Freitas, C., Rocha, A., Pocinho, L., Beirão, J., Caldeira da Silva, P. (2004). Symptoms in Preadolescents and Adolescents in Funchal (Madeira Island – Portugal): A Prevalence Study. Resumo publicado no livro de resumos página 334, Poster 016-263 apresentado no XVI Congresso da IACAPAP Berlim, Alemanha.
32. Newman, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P., Stanton, W. R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11–21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 552-562.
33. Van Lier, P., Van der Ende, J., Koot, H., Verhulst, F. (2007). Which better predicts conduct problems? The relationship of trajectories of conduct problems with ODD and ADHD symptoms from childhood into adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48(6), 601-608.
34. Kjeldsen, A., Nilsen W, Gustavson K, Skipstein, A., Melkevik O and Karevold E. B. (2016), Predicting Well-Being and Internalizing Symptoms in Late Adolescence: From Trajectories of Externalizing Behavior Starting in Infancy. *J Res Adolesc*, 26: 991-1008.
35. Ferdinand, R., Dieleman, G., Ormel, J., Verhulst, F. (2007). Homotypic Versus Heterotypic Continuity of Anxiety Symptoms in Young Adolescents: Evidence for Distinction Between DSM-IV Subtypes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 325-333.
36. Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R., Rutter, M. (2001). The Maudsley longterm follow-up of child and adolescent depression: 1. Psychiatric outcomes in adulthood. *British Journal of Psychiatry* 179, 210-217.

37. Boeing, L., Murray, V., Pelosi, A., McCabe, R., Blackwood, D., Wrate, R. (2007). Adolescent-onset psychosis: prevalence, needs and service provision. *British Journal of Psychiatry*, 190, 18-26.
38. Hollis, C. (2000). Adult Outcomes of Child-and Adolescent-Onset Schizophrenia: Diagnostic and Predictive Validity. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 83–92.
39. Wittchen, H.U., Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.
40. Knapp, M. (1997). Economic Evaluation and Intervention for Children and Adolescents with Mental Health Problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(1), 3-25.
41. Knapp, M., McCrone, P., Fombonne, E., Beecham, J., Wostear, G. (2002). Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 180, 19-23.
42. Romeo, R., Knapp, M., Scott, S. (2006). Economic cost of severe antisocial behaviour in children – and who pays it. *British Journal of Psychiatry*, 188, 547-553.
43. Costello, J., Egger, H., Angold, A. (2005). 10- Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden. *JAACAP*, 44(10), 972-986.
44. Boddén, D., Dirksen, C., Bögels, S. (2008). Societal Burden of Clinically Anxious Youth Referred for Treatment: A Cost-of-illness study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 478- 497.
45. DGS (2014). *Saúde Mental em Números*. 2014, Lisboa
46. Prata A, Almeida C, Peixoto I, Dias PA, Ganhoto R, Farinha M, Reia, JM, Vieira FP, Moreira A, Silva PC. Who Attends Child and Adolescent Psychiatry Emergency Service in Lisboa, Portugal? Poster apresentado na 16h International Conference ESCAP 2015, Madrid.
47. Wilkinson R, Marmot M. *Social Determinants of Health: the Solid Facts*. WHO Regional Office for Europe 2nd edition, 2003, Copenhagen.
48. Marmot M. The Health Gap: The Challenge of an Unequal World. *The Lancet*, Vol 386 n°10011, 2442-2444, Dec, 2015.
49. Marques C, Cepêda T. *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Outubro 2009.
50. Cepêda T, Brito I, Heitor MJ. *Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância – Manual de Orientação para os Profissionais de Saúde*. DGS 2005.
51. Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D. et al. (2002). *What Works for Whom – A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*. Guilford Press.

52. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998). Best Principles for Measuring Outcomes in Managed Care Medicaid Programs. Retirado de: [http://www.aacap.org/cs/root/member\\_information/practice\\_information/best\\_principles\\_for\\_measuring\\_outcomes\\_in\\_managed\\_care\\_medicare\\_programs](http://www.aacap.org/cs/root/member_information/practice_information/best_principles_for_measuring_outcomes_in_managed_care_medicare_programs)
53. Drawing on the Evidence – Advice for mental health professionals working with children and adolescents. 2nd Edition (2006). Em
54. Quality improvement for mental health –WHO mental health policy and service guidance package – module 8. Retirado de: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/essentialpackage1v8/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v8/en/index.html)
55. Monitoring and evaluation of mental health policies and plans – WHO mental health policy and service guidance package – module 14. Retirado de: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/essentialpackage1v14/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v14/en/index.html)
56. Quality Assurance in Mental Health Care. Check-Lists and Glossaries, VOL 1. WHO, 1994. Retirado de: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO\\_MNH\\_MND\\_94.17.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_MND_94.17.pdf)
57. Quality Assurance in Mental Health Care. Check-Lists and Glossaries, VOL 2. WHO, 1997. Retirado de: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO\\_MSA\\_MNH\\_MND\\_97.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_MSA_MNH_MND_97.2.pdf)
58. Planning and budgeting to deliver services for mental health. Geneva. World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package).
59. Ordre Nationale des Médecins (2005). Les spécialités en crise. Retirado de: [www.conseil-national.medecin.fr/?url=demographie/index.php&open=5](http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=demographie/index.php&open=5)
60. Estimativa da população de França em Julho de 2011. Retirado de: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/fr.html>
61. Child and adolescent psychiatry section – Irish College of Psychiatrists. Retirado de <http://www.irishpsychiatry.com/adolescents.html>
62. Estimativa da população da Finlândia em Julho de 2011. Retirado de <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/fr.html>
63. Prevalence and Magnitude of Child and Adolescent Psychiatric Problems; Supply of Child and Adolescent Psychiatrists. Retirado de: [http://www.aacap.org/cs/root/legislative\\_action/aacap\\_workforce\\_fact\\_sheet](http://www.aacap.org/cs/root/legislative_action/aacap_workforce_fact_sheet)
64. Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry: A career in child and adolescent psychiatry. Retirado de: [http://www.cacpacpea.org/en/cacap/Career\\_Opportunities\\_p809.html](http://www.cacpacpea.org/en/cacap/Career_Opportunities_p809.html)

65. O'Herlihy, A. et al (2001). National In-patient Child and Adolescent Psychiatry Study (NICAPS). London: Royal College of Psychiatrists. Retirado de: <http://www.rcpsych.ac.uk/PDF/NICAPS%20report%20full.pdf>
66. Gowers & Cotgrove (2003). The future of inpatient child and adolescent mental health services. British Journal of Psychiatry, 183, 479-480.
67. York, A. & Lamb, C. (2005). Report of Child Health Support Group working group setting out recommendations for the future of Child & Adolescent Psychiatric Inpatient Services in Scotland. Retirado de <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2005/01/20523/49969>
68. População da Escócia – Census 2001 (2001). Retirado de: <http://www.groscotland.gov.uk/census/censushm/scotcen2/reports-anddata/scotcen3.html>
69. CCQI Quality Network for Inpatient CAMHS – Service Standards, 8th Edition, 2016 - acedido em 15/02/2017 [https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/QNIC\\_Standards\\_2016\\_AW.pdf](https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/QNIC_Standards_2016_AW.pdf)
70. Franx G, Oud M, de Lange J, Wensing M, Grol R. Implementing a stepped-care approach in primary care: results of a qualitative study. Implementation Science: IS. 2012;7:8. doi:10.1186/1748-5908-7-8.
71. Richardson, G., Partridge, I., Barrett, J. (2010). Child and Adolescent Mental Health Services: An operational handbook (2nd edition). London: The Royal College of Psychiatrists.

## 10 – ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

---

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
CH	Centro Hospitalar
CHLC	Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E.
CHLN	Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.
CHP	Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
CHSJ	Centro Hospitalar de São João, E.P.E.
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
CHVNGE	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
CTH	Consulta a tempo e horas
CNSM	Coordenação Nacional para a Saúde Mental
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DICOM	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>Digital Imaging and Communications in Medicine</i>
DGS	Direção-Geral da Saúde
EPE	Entidade Pública Empresarial
ET	Especificações Técnicas
ETC	Equivalente a tempo completo
GTRH	Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar
INE	Instituto Nacional de Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica

INS	Inquérito Nacional de Saúde
IP	Instituto Público
IOS	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>International Organization for Standardization</i>
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
OMS	Organização Mundial de Saúde
PP	Perturbação de Personalidade
PPP	Parceria Público Privada
RRH	Redes de Referenciação Hospitalar
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUB	Serviço de Urgência Básico
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
TMRG	Tempo máximo de resposta garantido
UE	União Europeia
WHO	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>World Health Organization</i>

