



# Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Coordenação Nacional para a Saúde Mental  
Administração Central do Sistema de Saúde



# Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Coordenação Nacional para a Saúde Mental  
Administração Central do Sistema de Saúde

## **Grupo de Trabalho**

### **CNSM**

Cristina Marques

Marco Torrado

### **ACSS**

Adriano Natário

Maria José Proença

## **Com o Contributo de**

Pedro Caldeira da Silva

Teresa Cepêda

Teresa Goldschmidt

Margarida Marques

Ana Moscoso

Luís Simões Ferreira

Miguel Xavier

## **Agradecimento**

A todos os outros colegas que colaboraram neste documento com os seus pareceres e sugestões, enriquecendo-o e conferindo-lhe uma perspectiva mais abrangente.

PORTUGAL. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde  
Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência  
Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2011 – 88 p.

Depósito Legal n.º: 340878/12

Edição: Coordenação Nacional para a Saúde Mental

Design: Syntaxe

Impressão: Rolo & Filhos II, S.A.

Tiragem: 1000 exemplares

Dezembro de 2011

# Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

## Índice

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Conceito de Rede de Referência</b>  | <b>5</b>  |
| <b>1. Introdução</b>   | <b>5</b>  |
| <b>2. Âmbito da Especialidade</b>  | <b>9</b>  |
| <b>3. Epidemiologia</b>  | <b>11</b> |
| 3.1. Dados de Estudos Epidemiológicos  | 12        |
| 3.1.1. Dados Epidemiológicos dos Estados Unidos  | 12        |
| 3.1.2. Dados Epidemiológicos de Países Europeus  | 13        |
| 3.1.3. Dados Epidemiológicos na Primeira Infância e Idade Pré-escolar                    | 14        |
| 3.1.4. Dados Epidemiológicos de Estudos Nacionais  | 15        |
| 3.2. Continuidade da Psicopatologia na Infância e Adolescência                           | 15        |
| 3.3. Peso das Perturbações Mentais da Infância e Adolescência                            | 16        |
| <b>4. Contexto Internacional</b>   | <b>16</b> |
| 4.1. Estruturas  | 17        |
| 4.2. Recursos Humanos  | 17        |
| 4.3. Internato Médico  | 19        |
| <b>5. Caracterização da Realidade Portuguesa</b>   | <b>19</b> |
| 5.1. Estruturas  | 19        |
| 5.1.1. Estruturas Hospitalares   | 19        |
| 5.1.2. Estruturas no Sector Privado  | 22        |
| 5.1.3. Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental                                   | 22        |
| 5.2. Desempenho  | 23        |
| 5.2.1. Internamento  | 25        |
| 5.2.2. Consulta Externa  | 25        |
| 5.2.3. Hospital de Dia, Intervenção na Comunidade, Exames Periciais e Outras Actividades | 26        |
| 5.3. Recursos Humanos  | 26        |
| 5.4. Idoneidade Formativa  | 27        |
| 5.5. Evolução do Internato Médico  | 27        |

|   |    |
|---|----|
| <b>6. Necessidades em Saúde</b>   | 28 |
| 6.1. Internamento   | 28 |
| 6.2. Consulta Externa   | 30 |
| 6.3. Hospital de Dia  | 31 |
| 6.4. Exames Médico-Legais   | 32 |
| 6.5. Articulação com Estruturas da Comunidade                           | 32 |
| <b>7. Princípios e Modelo Organizativo</b>                              | 32 |
| 7.1. Princípios Organizacionais   | 32 |
| 7.2. Recursos Humanos   | 33 |
| 7.3. Formação de Psiquiatras da Infância e Adolescência                 | 33 |
| 7.4. Modelo Organizativo  | 34 |
| <b>8. Etapas de Desenvolvimento da Rede</b>                             | 38 |
| <b>9. Avaliação da Qualidade dos Serviços – Selecção de Indicadores</b> | 39 |
| <b>10. Referências Bibliográficas</b>                                   | 43 |
| <b>11. Arquitectura da Rede</b>   | 47 |
| <b>Anexos</b>   | 59 |

## Conceito de Rede de Referência

As Redes de Referência (RR) são sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições de saúde, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional.

Uma RR traduz-se por um conjunto de especialidades médicas e de tecnologias permitindo:

- Articulação em rede, variável em função das características dos recursos disponíveis, das determinantes e condicionantes regionais e nacionais e do tipo de especialidade em questão;
- Exploração de complementaridades de modo a aproveitar sinergias. Concentrar experiências permitindo o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos técnicos com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados;
- Concentração de recursos permitindo a maximização da sua rentabilidade.

No desenho e implementação de uma RR deve-se:

- Considerar as necessidades reais das populações;
- Aproveitar a capacidade instalada;
- Adaptar a especificidades e condicionalismos loco-regionais;
- Integrar numa visão de Rede Nacional de Cuidados de Saúde;
- Envolver os serviços de internamento e de ambulatório.

Como princípio as redes devem ser construídas numa lógica **centrada nas necessidades**

da população com base em critérios de distribuição e rácios, previamente definidos, de instalações, equipamentos e recursos humanos.

## 1. Introdução

As crianças e os adolescentes devem ser reconhecidos como cidadãos com os seus próprios interesses e direitos e ser tratados como agentes activos da sociedade e não receptores 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, em que a saúde mental e física são interdependentes <sup>(1)</sup>.

Os problemas de saúde mental resultam de uma interacção complexa entre a criança ou adolescente, a família e o meio sócio-cultural em que estão inseridos <sup>(1)</sup>.

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

- 1) 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;
- 2) Existe um importante grau de continuidade entre muitas perturbações da infância, e principalmente entre as da adolescência, e as da idade adulta. A intervenção precoce

pode prevenir ou reduzir a probabilidade de incapacidade a longo prazo;

- 3) O investimento nesta área é a acção com melhor relação custo/eficácia para contrariar o aumento contínuo dos problemas mentais a que assistimos actualmente em todos os grupos etários <sup>(3)</sup>. 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 aspectos 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, republicado pelo Decreto-Lei 304/2009, o qual estabelece os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental; e a Circular Normativa nº 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 activa 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 <sup>(4)</sup>.

## História da Especialidade <sup>(5, 6)</sup>

Considera-se habitualmente a realização em Paris, em 1937, do 1º Congresso Internacional de Psiquiatria Infantil como marcando a data da fundação da Pedopsiquiatria como especialidade médica autónoma.

Antes, muitas actividades precursoras existiram:

- os cuidados assistenciais e educativos a deficientes sensoriais profundos, nomeadamente surdos (de que a obra de Jacob Rodrigues Pereira – séc. XVIII – foi um exemplo marcante) e cegos;
- a descrição de cuidados a crianças doentes, perdidas ou abandonadas – privadas de convívio humano – de que o relato de Itard sobre a “criança selvagem” de Aveyron é um caso;
- o livro de 1888 de Moreau de Tours intitulado “La Folie chez les Enfants” (A Loucura nas Crianças);
- no princípio do Séc. XX, a tentativa de encontrar quadros psiquiátricos nas crianças semelhantes aos que se acabavam de descrever nos adultos (a “demência precocíssima” de Sante de Sanctis ou a “Esquizofrenia Infantil” de Lutz, Bender e outros);
- a criação dos primeiros testes psicométricos (Binet e Simon) para, em resposta à obrigatoriedade do ensino primário universal, poder distinguir quais as crianças que poderiam aprender com ajuda das que não teriam capacidades para isso;

- as diversas correntes psicopedagógicas surgidas (Pestalozzi, Montessori, Décroly) e, nomeadamente: a) Claparède, com as “classes especiais” que introduziu no ensino público suíço; b) Bourneville, que criou o primeiro Centro Médico-Pedagógico; c) Esquirol (médico) e Séguin (educador) que formaram o primeiro esboço conhecido de Equipa Terapêutica;
- 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.

### A Médico-Pedagogia

Em Portugal, houve dois precursores mais importantes da Pedopsiquiatria: o Dr. António Aurélio da Costa Ferreira (1874-1922), licenciado em Medicina e em Filosofia, antropólogo e professor, introduziu o estudo científico das crianças deficientes e o seu ensino, no Instituto Médico-Pedagógico da Casa Pia de Lisboa; 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

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

| Ano  |   |
|------|---|
| 1937 | 1º Congresso Internacional de Psiquiatria Infantil, em Paris;   |
| 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;  |
| 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 | 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 Direcção Geral da Saúde;   |
| 2007 | Criação de Centros Hospitalares, como Entidades Públicas Empresariais, englobando os Hospitais em que estavam integrados os Departamentos de Pedopsiquiatria;<br>Aprovação e publicação do Plano de Acção 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. |



craneanas dos deficientes mentais”. O Instituto Médico-Pedagógico transformou-se, em 1936, no Instituto António Aurélio da Costa Ferreira (IAACF) e Vítor Fontes dirigiu-o até à sua jubilação, em 1964. Aí abriu a primeira escola para professores primários especializados e foram criadas as primeiras “classes especiais”, ligadas ao Ministério da Educação. Criou uma Biblioteca sobre temas da psicologia, psiquiatria e pedagogia que se tornou numa das melhores da época e editou uma revista, “A Criança Portuguesa”, a partir de 1942 e durante vinte anos. Em 1945, foram atribuídas ao IAACF funções de Dispensário de Higiene Mental Infantil, que depois foi destacado do Ministério da Educação para a área do Ministério da Saúde, posteriormente deslocado para o Hospital Dona Estefânia (1961) e finalmente integrado no Centro de Saúde Mental Infantil. Entretanto, os contactos e participações internacionais de Vítor Fontes granjearam-lhe grande prestígio, logo desde o 1º Congresso Internacional de 1937. Foi eleito Vice-Presidente e depois Presidente da “Associação Internacional de Psiquiatria Infantil e das Profissões Afins”, criada em 1948 e em 1963 foi eleito Presidente de Honra da União Europeia de Pedopsiquiatria. Antes, em 1958, teve lugar em Lisboa o IV Congresso Internacional de Psiquiatria Infantil, presidido por Vítor Fontes, com grande impacto nacional e no estrangeiro. Foi na sua esteira que foi criada em Portugal, no ano seguinte (1959), a especialidade médica de Neuropsiquiatria Infantil, na Ordem dos Médicos.

Após muitas vicissitudes, o IAACF veio a ser extinto e desmembrado em 1989.

### **A Saúde Mental Infantil**

João dos Santos (1913-1987), médico psiquiatra e psicanalista, é por quase todos considerado o fundador da Pedopsiquiatria portuguesa moderna; 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 – podia chegar a ter 100 doentes. Pede em 1945 escusa das suas funções, desgostado pelas condições de trabalho; mas, entretanto, é obrigado a sair do país por razões políticas. Vai para Paris, trabalha no Laboratório de Henri Wallon, nos serviços do 13º Bairro de Paris e faz formação psicanalítica. Regressa a Lisboa no final dos anos 40, volta ao Hospital Júlio de Matos, começa a trabalhar com grupos de voluntários de várias profissões que anima e vai formando. Fomenta, assim, a criação das seguintes Associações:

- Associação Portuguesa de Surdos (1956)
- Liga Portuguesa de Deficientes Motores (1956), que deu lugar, posteriormente, à criação da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral
- Liga Portuguesa contra a Epilepsia (1971)
- Sócio nº1 do Instituto de Apoio à Criança (IAC) (1983)
- Liga Portuguesa de Higiene Mental
- Associação Educação pela Arte
- Movimento da Escola Moderna.

Por outro lado, integra também pela primeira vez, em 1952, uma valência de Saúde Mental para bebés num Centro de Saúde Materno-Infantil, o Centro Sofia Abecassis, na freguesia de Sta. Isabel, em Lisboa, trabalhando principalmente com as enfermeiras, para as quais criou as primeiras “standing orders” para lidar com as diversas queixas (das mães) referidas às crianças. Este trabalho serviu de modelo para o que veio, mais tarde, a ser feito no Centro Materno-Infantil do Bom Sucesso (Res-telo) e no Centro Materno-Infantil Domingos Barreiro (Marvila). Apoiou, ainda, projectos 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. Participou também na criação dos Centros Psicopedagógicos de “A Voz do Operário” (onde orientou pesquisa sobre “sintomas reactivos”) e do Colégio Clarêde.

Por fim, cria em 1965 o Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa onde, com o grupo de técnicos que vinha formando, põe em prática o primeiro serviço público de Saúde Mental Infantil em Portugal, a partir da sua concepção dinâmica do funcionamento mental das crianças e das perspectivas 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 Director até se jubilar, em 1982, sendo a “Casa da Praia” a última Equipa do Centro que criou, a partir da sua perspectiva da “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, respectivamente.

### **A Pedopsiquiatria Hospitalar**

Em 1982, o Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa e o Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil do Porto passam a ser considerados estabelecimentos ou hospitais centrais, para efeito de concursos da carreira hospitalar.

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; estes são transformados em Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental da Criança e do Adolescente e integrados em

hospitais pediátricos especializados: em Lisboa, no Hospital Dona Estefânia; em Coimbra, no Centro Hospitalar de Coimbra e no Porto, no Hospital Maria Pia.

Em 1999, é publicado o Decreto-Lei 35/99, sobre a Organização dos Serviços de Saúde Mental, que mantém essa integração e a dos serviços e unidades distritais nos Departamentos de Psiquiatria dos Hospitais Gerais, que entretanto vão sendo criados por todo o país (cerca de vinte).

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 primeira Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental, da Direcção-Geral da Saúde, que incluía todos os serviços e unidades de Pedopsiquiatria.

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

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM) encontra-se em fase de implementação desde o início de 2008. Desde então e até Março de 2011 foram criadas 10 novas estruturas de Psiquiatria da Infância e da Adolescência em Centros Hospitalares e Hospitais Distritais.

## **2. Âmbito da Especialidade**

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 (dos zero aos 18 anos).

O seu campo de intervenção abrange um

espectro alargado de actividades que englobam (2):

- Acções de promoção e prevenção universal e selectiva, com o objectivo de reduzir factores de risco/ vulnerabilidade e aumentar factores de protecção;
- Estratégias de prevenção e intervenção precoces, 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 actividade 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 está habitualmente integrado e coordena uma equipa multidisciplinar, com actividades de consulta externa, consultoria, exames médico-legais, hospital de dia, internamento e urgência.

Uma área importante desenvolvida por estas equipas envolve 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, projectos de intervenção psicossocial, Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e Tribunais.

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 cada uma delas apresenta um grupo de patologias específicas dessa faixa etária, como também a expressão sintomática de uma determinada patologia se manifesta de forma distinta ao longo do desenvolvimento.

Por outro lado, os quadros frequentes de co-morbilidade, bem como os problemas associados à deficiência mental, não limitam a intervenção à área da Psiquiatria da Infância e Adolescência, trazem dificuldades acrescidas no seu manejo e ilustram bem a importância do trabalho multidisciplinar.

### **Período Peri-natal 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.

### **Idade Pré-escolar e Escolar**

Neste período assume particular importância o diagnóstico e a intervenção em patologias com impacto no desempenho escolar, como a Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA), as Perturbações de Oposição ou as problemáticas do foro ansioso e depressivo. O trabalho de colaboração 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. Começam a tornar-se também mais frequentes as patologias aditivas, requerendo novas especificidades ao nível da avaliação e tratamento.

Em todas estas etapas, mas com prevalência crescente ao longo do desenvolvimento, podem surgir patologias mais graves que requerem obrigatoriamente a intervenção da Psiquiatria da Infância e Adolescência, como as Perturbações Psicóticas ou as Perturbações do Espectro Bipolar. A sua identificação precoce tem implicações importantes no prognóstico.

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, é um dos campos que se pode revelar promissor<sup>(7)</sup>.

A interface com as outras especialidades da idade pediátrica é fundamental 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 serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência e de Psiquiatria Geral.

É da maior importância que a criança ou adolescente e sua família estejam motivados e disponíveis para as intervenções propostas e que sejam envolvidos no planeamento dos cuidados.

### 3. Epidemiologia

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<sup>(8)</sup>. Esta estimativa é confirmada pelos dados da OMS – Região Europeia<sup>(9)</sup> e da Academia Americana da Psiquiatria da Infância e Adolescência<sup>(10)</sup>, 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<sup>(11,12)</sup>. Trabalhos realizados na Holanda evidenciam que apenas 1/3 das crianças com problemas significativos recebe tratamento<sup>(13,14)</sup>, num padrão semelhante ao que se passa noutros países. Estes números são ainda menos satisfatórios em grandes regiões do mundo em vias de desenvolvimento<sup>(15)</sup>.

Os resultados do estudo sobre a prevalência de doenças mentais na população adulta portuguesa<sup>(16)</sup> 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' <sup>(17)</sup>. 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, torna-se fundamental investir 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*) <sup>(10)</sup> 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.
- O **Great Smoky Mountains Study** <sup>(12)</sup> é um estudo epidemiológico de referência, prospectivo, 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 2 Prevalência das Perturbações Mentais e Abuso de Substâncias em Crianças e Adolescentes dos 9 aos 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> |           |

*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).*

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-morbidade, 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-morbidade 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.

O estudo de Green e colaboradores <sup>(18)</sup> permite identificar as diferenças de prevalências das perturbações mentais na infância e nos

### Quadro 3 Prevalência e Desenvolvimento das Perturbações Psiquiátricas na Infância e Adolescência, North Carolina, EUA (Great Smoky Moutains 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   |

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

### 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. Disruptivo | 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. Comportamento  | 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   |

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

primeiros anos da adolescência, verificando-se variações na linha das já identificadas no *Great Smoky Moutains Study*, com as Perturbações de Oposição e a PHDA a diminuir, enquanto as Perturbações da Ansiedade, do Humor e do Comportamento aumentam.

### 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.

Foi utilizada neste estudo dinamarquês <sup>(19)</sup> 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 <sup>(20)</sup>.

Os dados da idade pré-escolar, dos dois aos 5 anos, reportam-se a uma revisão <sup>(21)</sup> de estudos epidemiológicos nesta faixa etária,

identificando uma alta prevalência, com predominio nos três estudos das Perturbações do 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.

### 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      |

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

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

| Diagnóstico           | Angold et al<br>n = 307, DSM IV | Lavigne et al<br>n = 510, DSM III R | Keenan et al<br>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                                   | 5,7                                |

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

### 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 e colaboradores <sup>(22)</sup> 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 e colaboradores <sup>(23)</sup> 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 prospectivos 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.

Escolhemos citar dois deles:

- um estudo longitudinal de Newman e colaboradores <sup>(24)</sup>, 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 <sup>(25)</sup>, 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 ou 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 <sup>(26)</sup>. Este aspecto 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.

### 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 <sup>(27)</sup>; existe ainda uma continuidade heterotípica (com um quadro psicopatológico diferente) entre as várias Perturbações da Ansiedade e também com as Perturbações Depressivas, podendo a afectividade negativa como traço temperamental explicar esta continuidade <sup>(27)</sup>. Esta ficou também claramente demonstrada num estudo retrospectivo, o *Maudsley Study*, para a Perturbação Depressiva Major <sup>(28)</sup>.



### 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 <sup>(29)</sup>. É de salientar a elevada validade preditiva positiva deste diagnóstico na adolescência, que tem a sua continuidade homotípica na idade adulta <sup>(30)</sup>.

### 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 <sup>(31)</sup>, 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 comorbilidade 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 <sup>(32, 33, 34, 35, 36)</sup> e vai muito para além do peso económico directo inerente aos custos para os serviços de saúde.

Face ao exposto, é imperioso investir no reforço da rede de serviços de saúde mental especificamente dirigidos à infância e adolescência.

## 4. Contexto Internacional

A Psiquiatria da Infância e da Adolescência é uma especialidade médica, reconhecida na maioria dos países, embora em alguns deles tenha ainda o estatuto de sub-especialidade.

Numa perspectiva histórica, as origens da especialidade surgiram ligadas a disciplinas de interface, como a Neurologia, a Psiquiatria, a Pediatria e a Psicologia. Desde o início do século XX, delinear-se na Europa quatro correntes ideológicas principais, cujo desenvolvimento decorreu em simultâneo (e não sequencialmente). Estas correntes têm vindo a fazer tradição e ainda hoje influenciam a investigação e a prática clínica nos diferentes países; são elas a corrente neuropsiquiátrica; a psicodinâmica-psicanalítica; a empírica, epidemiológica e estatística; e a psicossomática <sup>(37)</sup>.

Nos últimos anos tem-se acentuado e generalizado na Europa a tendência para uma abordagem empírica, mais focalizada em aspectos biológicos da etiopatogenia, da psicopatologia e do tratamento.

Apesar desta abordagem estar mais próxima da dos EUA e de ter sido influenciada pelos trabalhos de investigação americanos, foi principalmente impulsionada e consolidada pelo trabalho de Michael Rutter e seus seguidores, em Inglaterra.

O desenvolvimento dos serviços e grau de diferenciação na prestação de cuidados varia consideravelmente entre os diversos países da Europa.

Em alguns deles existe uma longa tradição nesta área e um sistema bem estruturado, com boa acessibilidade e diversidade de estruturas, como são o caso da França e da Alemanha, países em que a especialidade foi fundada em 1937 e 1940, respectivamente.

Em muitos países continuam a existir muitas lacunas, identificadas por diversos estudos da

OMS, e confirmadas através do *Projecto ATLAS – Country Resources for Child and Adolescent Mental Health* <sup>(38)</sup>, uma das primeiras tentativas sistematizadas para recolher informação sobre os recursos da saúde mental da infância e da adolescência.

Estas fragilidades, que também partilhamos em Portugal, têm contribuído em larga escala para uma insuficiência na prestação de cuidados de qualidade e continuados neste âmbito <sup>(2)</sup>:

- Fraca formação em saúde mental da criança e do adolescente;
- Pouca percepção da importância das questões de saúde mental da criança e do adolescente;
- Coordenação deficiente entre os diferentes níveis de actuação;
- Fraca colaboração intersectorial;
- Processos precários de melhoria da qualidade;
- Escassa distribuição de recursos para a saúde mental da criança e do adolescente;
- Sistemas de informação inadequados.

Presentemente, existe em muitos países europeus, principalmente nos países do Norte da Europa, uma clara aposta na implementação de programas de prevenção.

As estratégias de promoção e prevenção são, aliás, fortemente incentivadas pelo Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar, lançado em 13 Junho de 2008, na Conferência Europeia de Alto Nível *‘Together for Mental Health and Well-being’* \*.

O Pacto Europeu, ratificado por Portugal, abre a possibilidade de cooperação entre organizações governamentais e não-governamentais dos vários países e centra-se em 5 áreas prioritárias:

- Prevenção da Depressão e Suicídio;
- Saúde Mental e Educação na Infância e Adolescência;
- Saúde Mental nos Locais de Trabalho;
- Saúde Mental do Idoso;
- Combater o Estigma e a Exclusão Social.

Em relação à infância e adolescência, o Pacto Europeu recomenda a aposta em estratégias de prevenção a vários níveis, nomeadamente nos primeiros anos de vida, propondo a implementação de programas de visita domiciliária e de treino de competências parentais; junto dos serviços de saúde; em escolas e na comunidade em geral.

## 4.1. Estruturas

A nível europeu existem múltiplas estruturas de atendimento e tratamento para crianças e adolescentes com problemas de saúde mental (Quadro 7) <sup>(39)</sup>:

## 4.2. Recursos Humanos

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.

O número reduzido de especialistas e a tendência que se tem verificado nos últimos anos para um maior reconhecimento e aceitação das perturbações mentais, nomeadamente da PHDA e das Perturbações do Espectro do Autismo, tem vindo a exercer uma pressão crescente sobre os serviços de saúde mental infantil e juvenil.

Os rácios de Psiquiatras da Infância e da Adolescência actualmente aconselhados em outros

\* <http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/pactoeuropeu-saudemental.pdf>

países europeus e nos EUA são muito superiores ao rácio existente em Portugal, de cerca de 0,9/100.000 habitantes (4,9/100.000 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 <sup>(40)</sup>, isto é, 1/11.200 crianças e adolescentes <sup>(41)</sup>.
- **Irlanda:** existe actualmente 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 <sup>(42)</sup>.
- **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 <sup>(43)</sup>.
- **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

#### Quadro 7 Tipos de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes disponíveis na maioria dos países europeus

| Tipos de Serviços de Saúde Mental |   |
|-----------------------------------|---|
| Serviços de Ambulatório           | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Departamentos/serviços hospitalares com Consulta Externa;</li> <li>■ Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência em serviços de saúde pública;</li> <li>■ <i>Child guidance clinics</i> e serviços de aconselhamento familiar;</li> <li>■ Centros de intervenção precoce, serviços sociais de apoio a crianças;</li> <li>■ Psiquiatras da Infância e Adolescência em serviços privados;</li> <li>■ Psicoterapeutas em serviços privados.</li> </ul> |
| Hospitais de Dia                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hospitais de Dia (dois tipos: integrados em serviços de internamento ou independentes);</li> <li>■ Hospitais de noite.</li> </ul>  |
| Serviços de Internamento          | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Serviços de Internamento em Hospitais universitários;</li> <li>■ Serviços de Internamento em Hospitais psiquiátricos públicos;</li> <li>■ Serviços de Internamento em Hospitais gerais ou Hospitais pediátricos.</li> </ul>  |
| Serviços Complementares           | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Serviços de reabilitação para grupos especiais (por ex. crianças com lesões cerebrais graves, epilepsia);</li> <li>■ Diferentes tipos de residências;</li> <li>■ Grupos residenciais para adolescentes.</li> </ul>   |

1990, no entanto presentemente estima-se que sejam necessários 12.624 especialistas para fazer face às necessidades crescentes da população <sup>(44)</sup>.

- **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 <sup>(45)</sup>.

### 4.3. Internato Médico

A especialização em Psiquiatria da Infância e da Adolescência difere nos vários países da União Europeia e está ainda longe de ser homogénea. Assim, a formação pode variar desde 5 anos até apenas 1 ano, como acontece na Letónia. A sua autonomia também varia nos vários países: existem países europeus em que a especialidade está separada da Psiquiatria Geral, como Portugal, Alemanha, Bélgica, Dinamarca e recentemente Espanha, enquanto noutros mantém-se integrada na formação em Psiquiatria Geral (Finlândia, França, Holanda, Reino Unido, para dar alguns exemplos).

A prática de psicoterapia no âmbito da especialidade é recomendada em muitos países europeus, embora o grau de exigência varie. Um caso curioso é o da Alemanha, onde esta valência é fundamental e quer a formação em psicoterapia, quer as psicoterapias individuais têm a participação do Estado. A investigação tem tido lugar de destaque nas últimas décadas, aparecendo no plano formal da especialidade. Em alguns países, como Reino Unido, Irlanda e Turquia, faz parte do horário de trabalho.

Foram feitas tentativas e recomendações no sentido de homogeneizar a formação. Assim, a EUMS CAP (*European Union of Medical Specialists in Child and Adolescent Psychiatry*) e a EFPT (*European Federation of Psychiatric Trainees*) aconselham uma formação profissionalizante com a duração de 5 anos, que inclua 1 ano de formação em Psiquiatria Geral e formação também em Pediatria, esta com duração variável.

Neste sentido, Portugal cumpre as recomendações propostas. A EFPT realizou um extenso questionário a nível europeu que inclui dados de 34 países, 28 dos quais têm programa específico nesta especialidade; está a elaborar um documento sobre a formação em Psiquiatria da Infância e Adolescência na Europa, que será publicado em breve e permitirá o acesso a estas informações de forma detalhada.

## 5. Caracterização da Realidade Portuguesa

### 5.1. Estruturas

#### 5.1.1. Estruturas Hospitalares

##### Continente

##### Departamentos em Centros Hospitalares

Existem actualmente três departamentos no contexto desta especialidade, que desenvolvem actividades específicas, para além das praticadas nos serviços:

- Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. – Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia;

\*\* <http://www.uems-cap.eu/>

\*\*\* <http://www.efpt.eu/>

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

No quadro 8 apresentamos algumas características destes departamentos.

Foi aprovada a abertura durante o ano de 2011 de uma Unidade de Internamento com lotação de 10 camas no Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospital Pediátrico.

### Quadro 8 Caracterização do internamento, atendimento urgente e hospital de dia dos Departamentos

|  | Internamento | Atendimento Urgente  | Hospital de Dia  |
|--|--------------|--|--|
| Centro Hospitalar do Porto                   | 10 camas     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 8-20 horas/ 7 dias por semana: presença física de especialista</li> <li>▪ 20-24 horas/ 7 dias por semana: prevenção (ao internamento)</li> </ul>                                  | 0-8 anos – 10 lugares                                  |
| Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra | –            | Consulta aberta das 8h às 20h / dias úteis   | 0-12 anos – 8 a 10 lugares                             |
| Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa         | 10 camas     | 24 horas/ 7 dias por semana: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 8-20 horas: presença física de interno da especialidade, com apoio do especialista</li> <li>▪ 20-8 horas: presença física de especialista</li> </ul> | 6-12 anos – 10 a 12 lugares<br>13-17 anos – 15 lugares |

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

A Unidade do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Porto interna adolescentes (dos 12 aos 17 anos e 364 dias); ocasionalmente são internadas crianças com idade inferior a 12 anos.

A Unidade da Área de Pedopsiquiatria do Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa – Hospital Dona Estefânia interna a faixa etária até aos 15 anos e 364 dias, embora por vezes sejam admitidos adolescentes com 16 e 17 anos.

### Serviços em Hospitais, Centros Hospitalares ou Unidades Locais de Saúde

Actualmente existem formalizados seis serviços de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, que desenvolvem actividades de âmbito muito diverso e que são descritas mais adiante (vide ponto 7.4):

- C.H de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
- C.H. Cova da Beira, E.P.E.
- C. H. Baixo Vouga, E.P.E.
- C.H. Lisboa Ocidental (Hospital S. Francisco Xavier), E.P.E.
- Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
- Unidade Local de Saúde Baixo Alentejo, E.P.E.

### **Unidades em Hospitais, Centros Hospitalares ou Unidades Locais de Saúde**

Em treze estabelecimentos do SNS existem unidades desta especialidade que desenvolvem o mesmo tipo de actividades dos serviços, embora com recursos mais escassos (vide ponto 7.4):

- Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.
- Hospital de Braga
- C.H. Vila Nova de Gaia-Espinho, E.P.E.
- C.H. Tâmega e Sousa, E.P.E.
- C.H. do Nordeste, E.P.E.
- Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.
- C.H. Tondela-Viseu, E.P.E.
- Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
- C.H. Lisboa Norte, E.P.E. (Hospital de St.<sup>a</sup> Maria)
- Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
- C.H. Barreiro-Montijo, E.P.E. (Hospital N.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> do Rosário)
- C.H. Setúbal, E.P.E.
- C.H. Médio Tejo, E.P.E.

### **‘Consultas’ em Hospitais, Centros Hospitalares ou Unidades Locais de Saúde**

Utilizamos a denominação de ‘Consulta’ para designar projectos de Unidade em que o Psiquiatra da Infância e da Adolescência trabalha com recursos físicos e humanos muito limitados, sem estatuto reconhecido dentro da estrutura hospitalar onde se encontra integrado. Esta situação ocorre em locais onde a actividade da especialidade teve um início recente e está, portanto, em fase inicial do seu desenvolvimento, ou em locais nos quais, por motivos de âmbito diverso, não tem conseguido implantar-se de forma sólida. Existe este modelo nos seguintes hospitais:

- C. H. S. João / Valongo, E.P.E.
- C. H. do Alto Ave, E.P.E.
- C. H. do Médio Ave, E.P.E.
- C. H. Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.

- C. H. Leiria-Pombal, E.P.E.
- Hospital Fernando da Fonseca, E.P.E.
- Hospital do Espírito Santo, E.P.E.
- Hospital Distrital de Faro, E.P.E.

Os Centros Hospitalares de S. João/ Valongo e de Lisboa Norte têm situações particulares e distintas das restantes estruturas a nível nacional.

Ambos têm Psiquiatras da Infância e da Adolescência divididos entre os serviços de Pediatria e Psiquiatria, sem que exista um serviço da especialidade no organigrama hospitalar. Neste âmbito, deve ser cumprida a legislação em vigor e o preconizado no PNSM <sup>(4)</sup>:

- a autonomia dos serviços/unidades de Psiquiatria da Infância e Adolescência face aos Departamentos ou Serviços onde se encontram integrados deve ser assegurada;
- estas unidades e serviços hospitalares devem ser chefiados por um Psiquiatra da Infância e da Adolescência.

Sem pôr em causa a colaboração intensa que deve existir entre estas 3 especialidades, é recomendada a criação de um Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência em ambos os Centros Hospitalares.

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

A evolução das estruturas hospitalares de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do sector público encontra-se descrita nos Quadros A1 a A5 do Anexo A.

### **Regiões Autónomas**

- 1 Serviço no Hospital Dr. Nélio Mendonça, E.P.E. (R. A. Madeira)
- 1 ‘Consulta’ no Hospital do Divino Espírito Santo, E.P.E. (S. Miguel – R. A. Açores)

**Quadro 9** Caracterização do internamento, atendimento urgente e hospital de dia nas Regiões Autónomas

|                                   | Internamento                                   | Atendimento Urgente   | Hospital de Dia |
|-----------------------------------|--|---|-----------------|
| Hospital Dr. Nélcio Mendonça      | 'Quartos Particulares' do serviço de Pediatria | Prevenção:<br>8-20 horas/ 7 dias por semana                             | —               |
| Hospital do Divino Espírito Santo | —  | Prevenção:<br>16.30-24 horas/ dias úteis<br>8-24 horas / dias não úteis | —               |

**5.1.2. Estruturas no Sector Privado**

Para além das estruturas do sector público existem consultas de Psiquiatria da Infância e da Adolescência em alguns hospitais privados e em consultórios.

**5.1.3. Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental**

O Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro\*\*\*\*, republicado pelo Decreto-Lei nº 22/2011 de 10 de Fevereiro\*\*\*\*\*, cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM) destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial. Estas respostas, integradas na rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), logo, do âmbito dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade e da Segurança Social, contemplam tipologias específicas para crianças e adolescentes.

Trata-se de estruturas comunitárias que, devidamente articuladas com as estruturas hospitalares de psiquiatria da infância e da adolescência, visam proporcionar programas de reabilitação psicossocial a crianças e adolescentes cuja problemática de saúde mental

requer cuidados especializados e diferenciados daqueles que são disponibilizados em ambulatório ou em internamento pedopsiquiátrico. É privilegiada uma intervenção estreita e articulada com os recursos comunitários (de saúde, intervenção social e educação) numa perspectiva de maximização da funcionalidade e da integração psicossocial. É igualmente dada prioridade à promoção de competências junto da criança/adolescente e sua família.

As tipologias de CCISM para crianças e adolescentes contemplam equipas multidisciplinares muito diversificadas, conforme estabelecido na Portaria nº 149/2011\*\*\*\*\*, visando o efectivo desenvolvimento de planos individuais de intervenção, centrados nas necessidades próprias de cada utente em termos de reabilitação em saúde mental.

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

\*\*\*\* [http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei-8\\_2010.pdf](http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei-8_2010.pdf)

\*\*\*\*\* [http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/Alteracao-ao-Decreto-Lei-8\\_2010.pdf](http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/Alteracao-ao-Decreto-Lei-8_2010.pdf)

\*\*\*\*\* [http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/04/Portaria-149\\_2011.pdf](http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/04/Portaria-149_2011.pdf)

efectiva com as estruturas hospitalares da especialidade, beneficiando da sua consultoria e supervisão técnica.

A referência 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), a ser objecto de publicação em Portaria.

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 experiências-piloto de âmbito residencial, sócio-ocupacional e de apoio domiciliário, conforme o Despacho nº 8677/2011.

O Anexo B apresenta 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.

## 5.2. Desempenho

### Continente

Uma das características da especialidade é que não se enquadra completamente no modelo de recolha da actividade clínica hospitalar. Uma das consequências deste facto é que a actividade das equipas multidisciplinares é mal traduzida na simplicidade dos números existentes.

Urge pois pensar numa forma de registo que permita reflectir 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 promover a adopção de mecanismos de distorção dos critérios de registo, contribuindo desta

**Quadro 10** Distribuição do nº de episódios de internamento por vários hospitais

| Hospitais | Nº Episódios | Hospitais          | Nº Episódios |
|-----------|--------------|--------------------|--------------|
| P005      | 3            | P093               | 2            |
| P007      | 12           | P094               | 21           |
| P010      | 7            | P096               | 105          |
| P012      | 17           | P098               | 11           |
| P013      | 7            | P099               | 9            |
| P014      | 17           | P105               | 28           |
| P015      | 6            | P107               | 4            |
| P017      | 3            | P108               | 1            |
| P018      | 8            | P110               | 154          |
| P020      | 5            | P117               | 13           |
| P023      | 1            | P120               | 1            |
| P024      | 6            | P121               | 4            |
| P027      | 7            | P128               | 7            |
| P051      | 22           | P129               | 12           |
| P066      | 3            | P132               | 6            |
| P068      | 2            | P134               | 22           |
| P070      | 21           | P139               | 4            |
| P071      | 1            | P141               | 5            |
| P072      | 2            | P143               | 1            |
| P074      | 14           | P145               | 18           |
| P078      | 9            | P146               | 27           |
| P079      | 19           | P147               | 12           |
| P081      | 21           | P148               | 4            |
| P085      | 9            | <b>Total Geral</b> | <b>712</b>   |
| P087      | 5            |                    |              |
| P090      | 14           |                    |              |

forma para acentuar desigualdades entre as estruturas, com eventuais penalizações no desempenho e consequentemente no financiamento das que não aderem a este tipo de situações.



**Quadro 11** Principais episódios de internamento e respectivos diagnósticos ICD-9 em 2008

| Diagnóstico ICD-9-CM | Principais Episódios de Internamento dos 0-17 Anos – 2008               | Nº         |
|----------------------|---|------------|
| DDX1                 |   |            |
| 311                  | Perturbações depressivas  | 41         |
| 307.59               | Outras perturbações alimentares não especificadas                       | 33         |
| 312.9                | Alterações do comportamento não especificadas                           | 32         |
| 300.00               | Estados de ansiedade  | 25         |
| 300.11               | Perturbação de Conversão  | 24         |
| 300.4                | Depressão neurótica   | 24         |
| 298.9                | Psicose SOE   | 23         |
| 319                  | Atraso mental SOE   | 21         |
| 296.20               | Psicose depressiva inespecífica   | 19         |
| 309.4                | Perturbação de ajustamento com alteração mista das emoções e da conduta | 18         |
| 309.0                | Perturbação de ajustamento com humor depressivo                         | 16         |
| 309.1                | Reacção depressiva prolongada   | 16         |
| 301.9                | Alteração inespecífica da personalidade                                 | 14         |
| 313.9                | Distúrbio emocional inespecífico da infância ou adolescência            | 14         |
| 307.54               | Vómito psicogénico  | 12         |
| 307.7                | Encoprese   | 12         |
| 300.9                | Alteração mental inespecífica não psicótica                             | 11         |
| 307.9                | Outros sintomas especiais ou síndromes inespecíficos                    | 11         |
| 315.9                | Atraso no desenvolvimento   | 11         |
| 299.00               | Autismo   | 9          |
| 301.83               | Perturbação borderline da personalidade                                 | 9          |
| 315.8                | Outros atrasos específicos no desenvolvimento                           | 9          |
| 318.2                | Atraso mental profundo  | 9          |
| 296.80               | Perturbação bipolar inespecífica  | 8          |
| 308.0                | Alteração predominante das emoções                                      | 8          |
| 312.82               | Perturbação do comportamento, tipo início adolescente                   | 8          |
| 300.3                | Perturbações obsessivo-compulsivas                                      | 7          |
| 309.3                | Perturbação de ajustamento com alteração do comportamento               | 7          |
| 313.89               | Perturbação reactiva da vinculação da infância ou da primeira infância  | 7          |
| 318.0                | Atraso mental moderado  | 7          |
| (...)                |   | (...)      |
| <b>Total</b>         |   | <b>712</b> |

### 5.2.1. Internamento

De acordo com os GDH de 2008 ocorreram 712 internamentos de crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos; os episódios ocorreram em vários hospitais, cuja distribuição se

apresenta no Quadro 10, sendo os GDH principais os explicitados no Quadro 11.

### 5.2.2. Consulta Externa

Apesar das limitações referidas e de acordo

**Quadro 12 Psiquiatria da Infância e da Adolescência – Consulta Externa – 2009**

| ARS      | Entidade   | 1ªs consultas | Consultas subsequentes | Total de consultas |
|----------|--|---------------|------------------------|--------------------|
| Norte    | Unidade Local de Saúde do Alto Minho             | 479           | 2.773                  | 3.252              |
|          | Hospital de Braga, PPP <sup>a)</sup>             | 487           | 2.582                  | 3.069              |
|          | Centro Hospitalar do Médio Ave <sup>a)</sup>     | 412           | 572                    | 984                |
|          | Centro Hospitalar do Porto                       | 3.576         | 13.643                 | 17.219             |
|          | Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa              | 1.245         | 2.926                  | 4.171              |
|          | Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho   | 859           | 2.809                  | 3.668              |
|          | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro | 401           | 1.252                  | 1.653              |
|          | Centro Hospitalar do Nordeste                    | 213           | 1.337                  | 1.550              |
| Centro   | Centro Hospitalar de Coimbra                     | 704           | 3.249                  | 3.953              |
|          | Hospital da Figueira da Foz                      | 134           | 557                    | 691                |
|          | Centro Hospitalar do Baixo Vouga                 | 299           | 2.130                  | 2.429              |
|          | Hospital de São Teotónio                         | 200           | 881                    | 1.081              |
|          | Unidade Local de Saúde da Guarda                 | 246           | 662                    | 908                |
|          | Centro Hospitalar da Cova da Beira               | 92            | 795                    | 887                |
|          | Hospital de Santo André                          | 223           | 809                    | 1.032              |
| LVT      | Centro Hospitalar de Lisboa Central              | 1.836         | 14.066                 | 15.902             |
|          | Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental            | 841           | 5.129                  | 5.970              |
|          | Hospital de Santarém                             | 407           | 1.234                  | 1.641              |
|          | Hospital Garcia de Orta                          | 277           | 2.346                  | 2.623              |
|          | Centro Hospitalar Barreiro-Montijo               | 24            | 143                    | 167                |
| Alentejo | Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano       | 39            | 106                    | 145                |
|          | Hospital do Espírito Santo -Évora <sup>a)</sup>  | 274           | 455                    | 729                |
|          | Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo         | 177           | 980                    | 1.157              |
| Algarve  | Hospital Distrital de Faro <sup>a)</sup>         | 76            | 218                    | 294                |
|          | <b>Total</b>                                     | <b>13.521</b> | <b>61.654</b>          | <b>75.175</b>      |

Fonte: ACSS/SICA\_Contratualização 2011\_realizado 2009

a) estimado 2010

com os dados apresentados pelos hospitais na ACSS/SICA/Contratualização 2011, especificamente na especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, que se apresentam no quadro 12, contabilizam-se valores na ordem das 75.175 consultas externas anuais.

### 5.2.3. Hospital de Dia, Intervenção na Comunidade, Exames Periciais e Outras Actividades

Devido às limitações já apresentadas não dispomos de informação suficiente sobre estas valências, que representam uma parte

importante da actividade exercida pela especialidade.

## 5.3. Recursos Humanos

### Continente

Os números referentes aos médicos e restantes profissionais das equipas multidisciplinares do sector público encontram-se descritos nos Quadros A6 a A10 e nos Quadros A11 a A15, respectivamente (Anexo A).

**Psiquiatras da Infância e da Adolescência: 88**

**Quadro 13 Recursos Humanos em 31 de Março de 2011**

|   | Nº Profissionais por Região de Saúde (Total de horas semanais) |               |                              |                 |                  |
|---|--|---------------|------------------------------|-----------------|------------------|
|   | Região Norte   | Região Centro | Região Lisboa e Vale do Tejo | Região Alentejo | Região Algarve * |
| Psiquiatras da Infância e da Adolescência | 33<br>(1290h)  | 16<br>(612h)  | 36<br>(1309,5h)              | 2<br>(75h)      | 1<br>(40h)       |
| Internos da especialidade                 | 13   | 3             | 25                           | —               | —                |
| Psicólogos                                | 27<br>(677h)   | 15<br>(354h)  | 32<br>(1076h)                | 9<br>(217,5h)   | 1<br>(35h)       |
| Enfermeiros                               | 19<br>(543,5h)   | 5<br>(136h)   | 28<br>(1020h)                | 3<br>(75h)      | —                |
| Técnicos de Serviço Social                | 10<br>(179h)   | 8<br>(171h)   | 8<br>(187h)                  | 2<br>(24,5h)    | —                |
| Terapeutas Ocupacionais                   | 6<br>(63h)   | 3<br>(90h)    | 5<br>(130h)                  | 1<br>(35h)      | 1<br>(2h)        |
| Terapeutas da Fala                        | —  | 1<br>(40h)    | 3<br>(91h)                   | 3<br>(110h)     | —                |
| Psicomotricistas                          | —  | 1<br>(40h)    | 3<br>(57h)                   | 1<br>(40h)      | —                |
| Educadores/Professores                    | 1 (DREN)   | 3<br>(105h)   | 3<br>(74h)                   | 3<br>(105h)     | —                |
| Outros                                    | 1<br>(30h)   | —             | —                            | —               | —                |

\* Na Região de Saúde do Algarve existem 8 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 têm supervisão de Psiquiatras da Infância e da Adolescência da Área de Pedopsiquiatria do G. H. do Centro de Lisboa - Hospital Dona Estefânia.

**Internos da especialidade: 41** (vide ponto 5.5)

Apesar do esforço formativo realizado nos 3 últimos anos, de acordo com as recomendações do PNSM, o número de Psiquiatras da Infância e da Adolescência continua a ser insuficiente face às necessidades. Verificamos que em 16 hospitais existe apenas um especialista, em alguns deles sem equipa própria e com um estatuto pouco definido.

**Equipa multidisciplinar:**

A multidisciplinaridade das equipas dos serviços/unidades é imprescindível (Decreto-Lei 35/99, republicado pelo 304/2009) mas verificamos que a diversidade dos técnicos que as constitui continua a ser muito limitada. A maioria dos serviços e unidades têm profissionais partilhados com os serviços de Pediatria ou Psiquiatria, com um número de horas muito reduzido para desenvolver actividades com crianças e adolescentes.

**Regiões Autónomas****Quadro 14 Recursos Humanos em 1 de Maio de 2011**

|   | Nº profissionais por Região de Saúde<br>(Total de horas semanais) |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
|   | R. A. Açores  | R. A. Madeira                     |
| Psiquiatras da Infância e da Adolescência | 1<br>(42h)  | 4<br>(154h)                       |
| Psicólogos                                | 2<br>(8h)   | 3<br>(105h)                       |
| Enfermeiros                               | –   | 1<br>(nos 'quartos particulares') |
| Técnicos de Serviço Social                | 1<br>(3h)   | 1<br>(5h)                         |
| Outros                                    | 2<br>(4h)   | –                                 |

**5.4. Idoneidade Formativa**

Os 3 Departamentos de Lisboa, Porto e Coimbra e o Serviço do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental asseguram a formação dos médicos internos da especialidade. Existem cursos organizados de formação teórica e teórico-prática, com periodicidade semanal, além da formação prática tutelada desenvolvida nas equipas multidisciplinares.

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

**Idoneidade Formativa Total**

- Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Porto;
- Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa – Hospital Dona Estefânia.

**Idoneidade Formativa Parcial**

- Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;
- Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Face ao escasso número de especialistas recomenda-se a avaliação pelo Colégio da Especialidade de outros serviços de Psiquiatria da Infância e da Adolescência com vista à atribuição de idoneidade formativa parcial.

**5.5. Evolução do Internato Médico**

(vide ponto 7.3)

De acordo com o proposto pelo PNSM verificou-se um aumento do número de vagas desde 2009.

**Quadro 15** Evolução do Número de Internos no Período 2000 – 2011

| Especialidade   |                               | Psiquiatria da Infância e da Adolescência |                        |
|-----------------|-------------------------------|---|------------------------|
| Ano de Ingresso | Colocados por Ano de Ingresso | Concurso                                  | Colocados por Concurso |
| 2000            | 8                             | IC 2000                                   | 8                      |
| 2001            | 9                             | IC 2001                                   | 9                      |
| 2002            | 9                             | IC 2002                                   | 9                      |
| 2003            | 9                             | IC 2003                                   | 9                      |
| 2004            | 7                             | IC 2004                                   | 7                      |
| 2005            | 7                             | IC 2005                                   | 3                      |
|                 |                               | IM FE 2005                                | 4                      |
| 2006            | 4                             | IM 2º T. 2005                             | 4                      |
|                 |                               | IM FE EXTRA 2006                          | 0                      |
| 2007            | 5                             | IM 2006 A - FE                            | 5                      |
|                 |                               | IM 2007 - B                               | 0                      |
| 2008            | 3                             | IM 2007 A - FE                            | 2                      |
|                 |                               | IM 2008 - B                               | 1                      |
| 2009            | 10                            | IM 2008 A - FE                            | 9                      |
|                 |                               | IM 2009 - B                               | 1                      |
| 2010            | 10                            | IM 2009 A - FE                            | 8                      |
|                 |                               | 2010 - B                                  | 2                      |
| 2011            | 11                            | 2010 A - FE                               | 10                     |
|                 |                               | 2011 - B                                  | 1                      |
| <b>Total</b>    | <b>92</b>                     |   | <b>92</b>              |

Fonte: ACSS/UOPRH, 2011

## 6. Necessidades em Saúde

### 6.1. Internamento

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

Existem actualmente em Portugal, no sector público, apenas duas unidades de internamento com estas características, com lotação de 10 camas cada, claramente insuficientes face às necessidades.

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.

Não estão criadas unidades deste último tipo em Portugal. As unidades a desenvolver no âmbito dos CCISM poderão num futuro próximo vir a preencher parcialmente esta grave lacuna.

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.

É no entanto consensual que, para uma determinada população, o número de camas deve ser estimado com base numa avaliação compreensiva e multisectorial das necessidades. Esta deve ter em conta <sup>(46)</sup>:

- 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 muito superior ao existente em

Portugal, o número de camas para internamento pedopsiquiátrico é considerado insuficiente na maioria dos países.

#### **Situação actual 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 <sup>(47)</sup>; na Escócia existiam 4,4/ 100.000 <sup>(48)</sup>.

Os resultados do NICAPS – *National In-patient Child and Adolescent Psychiatry Study* <sup>(46)</sup> 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 nestes serviços são distintos dos praticados nas unidades de pedopsiquiatria e não são totalmente adequados a esta população.

Em 2005, e a reforçar estes dados, estimou-se que cerca de 72% dos pedidos de admissão de urgência ficaram sem resposta <sup>(46)</sup>.

Tomando em consideração a capacidade de internamento de 7,1 camas por 100.000 crianças e adolescentes, estima-se que 1 em cada 1000 com problemas de saúde mental pode necessitar de ser admitida numa unidade de internamento pedopsiquiátrico <sup>(47)</sup>.

#### **Recomendações Internacionais:**

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 <sup>(46)</sup>.

2) Na Escócia (população total 5,1 milhões, com 18% com menos de 16 anos) <sup>(49)</sup>, 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 <sup>(48)</sup>.

**Extrapolando estes dados para Portugal, e tomando em consideração o estudo da Escócia, teriam que existir 120 a 130 camas. Este número inclui camas para internamento de casos agudos e para tratamentos intensivos de longa/média duração. Destas estima-se que seria necessário um mínimo de 50 a 60 camas para internamento de situações agudas.**

Apresentamos os resultados preliminares de um estudo sobre o número de internamentos de crianças e adolescentes referente aos anos de 2008 e 2009 <sup>(50)</sup> (Quadro 16).

Verificamos que são internados principalmente adolescentes. Relativamente aos diagnósticos principais, surgem como primeiros diagnósticos as Perturbações de Comportamento Alimentar e a Perturbação Depressiva SOE.

A listagem de Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH) de 2008, referente ao internamento de utentes com menos de 18 anos, identifica a Perturbação Depressiva SOE como diagnóstico principal mais frequente de entre os 712 episódios de internamento registados.

Este estudo <sup>(50)</sup> confirma a já referida falta de capacidade de resposta das unidades de internamento de pedopsiquiatria, que leva a que um número significativo de doentes não seja admitido ou seja internado em serviços de Psiquiatria Geral ou de Pediatria.

Quadro 16 Internamentos de Crianças e Adolescentes Referentes aos Anos de 2008 e 2009

| Dados* / Estruturas Hospitalares               |    | Departamentos de Psiquiatria da Infância e da Adolescência        | Serviços de Psiquiatria de Hospitais Psiquiátricos, Centros Hospitalares e Hospitais Distritais |
|--|----|---|---|
| Nº utentes internados                          |    | 585   | 376   |
| Nº episódios de internamento                   |    | Dados insuficientes   |   |
| Idade média                                    |    | 13,11   | 16,1  |
| Categorias Diagnósticas Principais (DSM-IV-TR) | 1º | 307.1 / 307.51 / 307.50 – Perturbações do Comportamento Alimentar | 311.00 – Perturbação Depressiva SOE   |
|  | 2º | 312.9 – Perturbações do Comportamento SOE                         | 301.9 – Perturbação da Personalidade SOE  |
| Nº dias de internamento                        |    | 5627 (sem o CHP)  | 3551  |
| Demora média                                   |    | 20,93   | 14,68   |

\* Não foram disponibilizados dados por parte da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E., C. H. Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., Hospital Magalhães de Lemos e C. H. Lisboa Ocidental, E.P.E. .

6.2. Consulta Externa

De acordo com as orientações da OMS para o planeamento estratégico dos serviços de

saúde mental, os dados epidemiológicos, nomeadamente a prevalência das doenças mentais, podem ser usados para calcular as necessidades das populações neste âmbito.

Quadro 17 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 inc. grave (%) | casos inc. 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 Afectiva**                 | 0.1              | 1800                       | 100%                 | 1800                 | 12                    | 21600                  |
| Total                                  | 13               | 234000                     |                      | 50130                | 76                    |                        |
| Total Consultas/Ano                    |                  |                            |                      |                      |                       | 506520                 |

\* 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.

No entanto, os dados de prevalência conduzem 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 <sup>(51)</sup>.

Baseados neste pressuposto, apresentamos 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 17; casos com grau moderado de incapacidade – Quadro 18) por 100.000 habitantes da população geral (18.000 crianças e adolescentes).

6.3. Hospital de Dia

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

Recomenda-se que se considere actividade de hospital de dia a proposta do Anexo PCAH – 3ª ed., ao Glossário da DGS, 2005 <sup>(52)</sup>, a qual define: *‘Modalidade de internamento a tempo parcial, em sessões terapêuticas iguais ou superiores a 4 horas/dia efectuadas em dias sequenciais ou alternados, não ultrapassando 90 sessões. Durante este período são fornecidos cuidados assistenciais médicos, medicamentos e meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, de enfermagem, psicossociais, hoteleiros e outros’.*

É importante que, para além dos Departamentos, os Serviços também possam dispor

**Quadro 18** 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 inc. moderada (%) | casos inc. 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 Afectiva**                 | 0.1              | 1800                       | 0%                      | 0                       | 6                     | 0                      |
| Total                                  | 13               | 234000                     |                         | 77310                   |                       |                        |
| Total Consultas/Ano                    |                  |                            |                         |                         |                       | 357840                 |

\* 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.



desta valência terapêutica, quer para crianças, quer para adolescentes.

Estima-se serem necessários 3 lugares de hospital de dia por cada 100.000 habitantes da população geral.

## 6.4. Exames Médico-Legais

Nos últimos anos, o grande aumento do número de pedidos de exames periciais tem trazido um acréscimo importante de trabalho aos serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

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.

Estima-se que a nível nacional sejam necessários 450 exames periciais/ano, com a demora aproximada de 10 horas por exame (inclui observação e relatório).

## 6.5. 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 serviços sociais, escolas e jardins-de-infância, Equipas de Intervenção Precoce da Infância, projectos de intervenção psicossocial e Comissões de Protecção de Crianças e Jovens.

Estima-se que sejam necessárias em média 2 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.

## 7. Princípios e Modelo Organizativo

O modelo organizativo da RR que se apresenta procura corresponder ao preconizado no PNSM.

A Psiquiatria da Infância e da Adolescência como especialidade médica organizada deve existir em todos os hospitais que integram a rede de urgência/ emergência (como hospitais médico-cirúrgicos ou como hospitais polivalentes).

### 7.1. Princípios Organizacionais

As estruturas de Psiquiatria da Infância e da Adolescência sustentam-se nos seguintes princípios:

- Atendem a **população dos zero aos 17 anos e 364 dias** da área de atracção do respectivo hospital, em consonância com as demais redes hospitalares;
- Devem **garantir a acessibilidade e equidade** de acesso a todas as crianças e adolescentes menores de 18 anos com problemas de saúde mental;
- Os cuidados são prestados por departamentos, serviços ou unidades especializadas, através de **equipas multidisciplinares** (médico, enfermeiro, psicólogo, técnico de serviço social, terapeuta ocupacional, psicomotricista, terapeuta da fala, terapeutas para valências específicas);
- O trabalho das equipas deve envolver a **articulação** próxima com os Cuidados de Saúde

Primários e outras estruturas da comunidade, outras especialidades da idade pediátrica e Psiquiatria Geral;

- Devem integrar um conjunto **diversificado de intervenções e programas terapêuticos** de forma a dar resposta às necessidades da população utente;
- Devem **envolver activamente a criança**, adolescente e sua família na tomada de decisões e planeamento de cuidados;
- O **rácio de Psiquiatras da Infância e da Adolescência** necessário para responder às necessidades de uma área assistencial é calculado com base na população dos zero aos 17 anos e 364 dias da área de atracção de um hospital (vide ponto 7.2).

## 7.2. Recursos Humanos

Tendo em conta o escasso número de especialistas e a reduzida capacidade formativa dos serviços, recomenda-se um rácio de psiquiatras da infância e da adolescência de 1 para 12.000 habitantes da população com menos de 18 anos (1,5/100.000 da população total; 8,3/100.000 crianças e adolescentes), a ser atingido ao longo dos próximos seis anos – 150 especialistas.

Este número não é ainda suficiente, pelo que se recomenda que o rácio deve aumentar para 1/9.000 crianças e adolescentes nos 4 anos seguintes (200 Psiquiatras da Infância e Adolescência), para posteriormente ser possível atingir o preconizado em outros países (vide item 4).

É no entanto fundamental acompanhar a evolução do crescimento da população e os estudos de prevalência das perturbações mentais para os próximos anos e efectuar os necessários ajustes e correcções a estas estimativas. Os resultados do Censo 2011, ainda

não conhecidos por altura da elaboração desta Rede, devem ser tidos em conta, nomeadamente em relação à população jovem de zonas sub-urbanas, que pode sofrer alterações significativas num curto espaço de tempo.

O tempo dedicado pelos especialistas à actividade clínica directa (que inclui não apenas primeiras consultas e consultas subsequentes mas também intervenções terapêuticas como psicoterapia individual, terapia familiar ou grupos terapêuticos) deve ser 2/3 do seu horário FTE (equivalente a tempo completo).

Para os restantes elementos da **equipa multidisciplinar**, o rácio preconizado pela Direcção-Geral da Saúde (Circular Normativa nº 6/DSPSM de 17/06/2005) era de 1/66.000 habitantes para os psicólogos, enfermeiros e técnicos de 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 respectivas associações e ordens profissionais.

## 7.3. Formação de Psiquiatras da Infância e Adolescência

(vide ponto 5.4. e 5.5)

Para atingir os 150 especialistas no prazo de 6 anos será necessário formar no mínimo 76, uma vez que se prevêem entre 14 a 18 saídas por reforma neste período.

Este número exige formar 12 a 13 especialistas/ano no mínimo, o que significa que têm que abrir a nível nacional 15 vagas/ano (para cobrir eventuais desistências, saídas para outros países, mudanças de especialidade, entre outros).

Recomenda-se que as estruturas com idoneidade formativa façam um esforço acrescido e que o Colégio da Especialidade considere a hipótese de conceder idoneidade a novos serviços de Psiquiatria da Infância e da Adolescência que cumpram os critérios exigidos.

## 7.4. Modelo Organizativo

A prestação de cuidados nesta área especializada é da responsabilidade das seguintes estruturas hospitalares:

### ♦ Departamentos

Devem existir 3 no País, resultantes da integração nos hospitais pediátricos, em 1992, dos 3 Centros de Saúde Mental Infantil e Juvenil de Lisboa, Porto e Coimbra;

### ♦ Serviços

Devem existir nos hospitais com área de influência igual ou superior a 250.000 habitantes e urgência polivalente ou médico-cirúrgica;

### ♦ Unidades

Devem existir nos hospitais com área de influência inferior a 250.000 habitantes e urgência médico-cirúrgica.

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

- 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, comple-

mentares e necessárias ao sucesso do projecto terapêutico, que devem ser valorizadas;

- as intervenções e a articulação com a comunidade deverão ser privilegiadas.

## Departamentos

Os Departamentos deverão assegurar, para além das atribuições dos serviços (consulta externa, hospital de dia, actividades de ligação, exames médico-legais, etc.), outras actividades específicas.

### Actividades específicas dos Departamentos

#### ♦ Urgência

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

A Urgência da Área de Pedopsiquiatria do GHCL – Hospital Dona Estefânia deve atender, para além da região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, as regiões de Saúde do Alentejo e do Algarve.

Face à escassez de recursos e idade dos médicos dos departamentos, os especialistas dos serviços e unidades devem colaborar na Urgência, numa proporção a calcular de acordo com a dimensão da área assistencial do respectivo hospital e com o número de Psiquiatras da Infância e Adolescência do serviço.

Compete às ARS organizar esta prestação de serviços de modo a assegurar o bom funcionamento da Urgência.

#### ♦ Internamento

O recurso ao internamento a tempo completo não é frequente mas 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, preferencialmente em quartos individuais, em ambiente pediátrico.

O número recomendado de camas para uma unidade de internamento é 10 a 12 <sup>(46)</sup>. Embora não exista um número mínimo de camas recomendado, uma unidade com menos de 6-7 camas (de acordo com alguns pareceres 8 camas) <sup>(53)</sup> 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 efectuado em situações excepcionais e por incapacidade de resposta das unidades de internamento pedopsiquiátrico.

#### ❖ Unidades ou Núcleos de Intervenção em Áreas Específicas

Devem assegurar unidades especializadas para a primeira infância, adolescência, núcleos para patologias mais complexas (ex: Perturbações do Comportamento Alimentar, suicídio, primeiro surto psicótico) ou unidades de intervenção em crise.

#### ❖ Formação de internos da especialidade

❖ Consultoria a nível regional aos serviços e unidades de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

#### ❖ Investigação

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

### Recursos Humanos

O número de especialistas deve ser o previsto para cobrir as necessidades da área assistencial, acrescido do necessário para assegurar o funcionamento das valências específicas e de nível regional.

Para além da área de atracção directa, os Departamentos podem ter necessidade de atender as populações de referência de 2ª linha.

O cálculo do número de profissionais deve ter em conta a dimensão das áreas assistenciais de 1ª e 2ª linhas, o número de camas de internamento, o horário e regime de urgência (24 ou 12 horas, presença física ou prevenção) e a diversidade e grau de diferenciação das valências específicas.

Deverão dispor de 12 a 15 médicos, com respectiva equipa multidisciplinar, se tiverem internamento e serviço de urgência permanente em Lisboa e Porto e 9 a 10 em Coimbra.

### Carteira de cuidados

Na sequência do enunciado apresenta-se, na página seguinte, o protótipo da carteira de cuidados para os hospitais que designamos de tipologia A1 (Quadro 19).

### Consideram-se prioritárias:

- a abertura da unidade de internamento do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, com uma lotação de 7 a 10 camas;
- o aumento da capacidade de internamento da unidade da Área de Pedopsiquiatria do Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa – Hospital Dona Estefânia, com espaços distintos para crianças e adolescentes, de forma a permitir alargar a idade de internamento até aos 17 anos e 364 dias (Despacho 9871/2010). A região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo necessita de um mínimo de 20 camas de internamento para situações agudas;
- o aumento da capacidade de internamento da unidade do Departamento do Centro Hospitalar do Porto para um mínimo de 12 camas.

**Quadro 19** Carteira de Cuidados de Hospitais de Tipologia A1 – Hospitais de fim de linha

| Actividades                     | CH Lisboa Central   | CH e Universitário de Coimbra                                     | CH Porto  |
|---------------------------------|---|---|---|
| Internamento                    | 250 – 300<br>(837.000 hab. 0-18 A)                                  | 100 – 110<br>(315.000 hab. 0-18 A)                                | 230 – 250<br>( 660.000 hab. 0-18 A)                                 |
| Consultas                       | 10.000 – 11.000<br>12 a 15% primeiras<br>(54.000 hab. + Referência) | 6.500 – 7.000<br>12 a 15 % primeiras<br>(77.400 hab.+ Referência) | 8.500 – 10.000<br>12 a 15 % primeiras<br>(55.000 hab. + Referência) |
| Exames periciais                | 20 – 22 exames  | 25 – 30 exames  | 18 – 20 exames  |
| Hospital de dia                 | 60 doentes  | 75 doentes  | 55 doentes  |
| Articulação com os C.S.         | 3 h por mês por C. S.   | 3 h por mês por C. S.   | 3 h por mês por C. S.   |
| Coordenação/Formação/Ensino     | 10 h / semana   | 10 h / semana   | 10 h / semana   |
| Consultoria interna no hospital | 20 h / semana   | 20 h / semana   | 20 h / semana   |
| Urgência                        | 108 h / semana  | 108 h / semana  | 108 h / semana  |
| Nº de médicos desejável a 35 h  | <b>13 a 14 médicos</b><br><b>(mais 1,5 h semanal por interno)</b>   | <b>9 a 10 médicos</b><br><b>(mais 1,5 h semanal por interno)</b>  | <b>11 a 12 médicos</b><br><b>(mais 1,5 h semanal por interno)</b>   |

É desejável que, a médio prazo, venha a existir uma pequena unidade de internamento pedopsiquiátrico na Região de Saúde do Algarve, para toda a região sul do país, com 6 a 8 camas.

É também de extrema importância a abertura das unidades de CCISM para reabilitação psicossocial.

**Serviços**

Devem existir nos hospitais com área de influência igual ou superior a 250.000 habitantes e urgência polivalente ou médico-cirúrgica.

**Actividades a assegurar pelos Serviços****❖ Consulta externa**

Deve atender a população dos zero aos 17 e 364 dias das áreas de atracção directa e de 2ª linha do hospital.

**❖ Hospital / Área de Dia**

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.

**❖ Pedopsiquiatria de Ligação**

Trabalho de articulação com outros serviços ou unidades do hospital.

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:

- Pais com patologia psiquiátrica, de forma a minimizar o impacto da perturbação sobre a criança ou adolescente;
- Continuidade de cuidados nos 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.

- ❖ **Exames Médico-Legais**
- ❖ **Articulação com os Cuidados de Saúde Primários**, escolas e outras estruturas da comunidade; serviços de alcoologia e toxicodependência; serviços judiciais e de protecção de crianças e jovens;
- ❖ **Investigação**, de acordo com critérios do próprio serviço.

Alguns serviços 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 pelo Colégio da Especialidade.

#### Recursos Humanos

Deverão dispor de 4 a 8 médicos, com respectiva equipa multidisciplinar.

O cálculo do número de profissionais deve ter em conta a dimensão da área total, que em hospitais de tipologia A2 e B1 pode envolver a população das áreas de referência de 2ª linha.

#### Carteira de cuidados

Na sequência do enunciado apresenta-se o protótipo da carteira de cuidados para os hospitais que designamos de tipologia A2 e B1 (Quadros 20 e 21), que diferem fundamentalmente pela dimensão populacional que servem e pela especificidade da urgência geral (polivalente *versus* médico-cirúrgica).

#### Unidades

Com a instalação dos departamentos e serviços em todo o continente dever-se-ia avançar para a criação das unidades que ainda não existem. Estas devem existir nos hospitais com área de influência inferior a 200.000 habitantes e urgência médico-cirúrgica.

#### Actividades a assegurar pelas Unidades

Deverão assegurar as mesmas actividades dos serviços.

**Quadro 20** Carteira de Cuidados de Hospitais com Tipologia A2 – 285.000 hab. + referência para B2 – 150.000 hab.

| Actividades                           | 1ª fase de implementação da rede (ainda sem tipologias B2 instaladas) 51.000 hab. 0-18 A + ref. | 2ª fase (já com tipologias B2 instaladas) |
|---------------------------------------|---|---|
| Consultas                             | 4.000 – 4.500 (12 a 15 % primeiras)   | 3.000 – 3.500 (12 a 15 % primeiras)       |
| Exames periciais                      | 20 – 25 exames  | 15 exames                                 |
| Hospital de dia                       | 75 doentes  | 50 doentes                                |
| Articulação com os C.S.               | 3 h por mês por C. S.   | 3 h por mês por C. S.                     |
| Coordenação/Ensino                    | 5 h / semana  | 5 h / semana                              |
| Consultoria interna no hospital       | 10 h / semana   | 10 h / semana                             |
| Apoio à urgência                      | 20 h / semana   | 20 h / semana                             |
| <b>Nº de médicos desejável a 35 h</b> | <b>5 médicos</b>  | <b>4 médicos</b>                          |

### Quadro 21 Carteira de cuidados de Hospitais de tipologia B1 – 250.000 hab.

| Actividades                     | Hospitais de Tipologia B1<br>(45.000 hab. 0 - 18 A) |
|---------------------------------|---|
| Consultas                       | 2.300 – 2.500<br>(12 a 15 % primeiras)              |
| Exames periciais                | 10 – 14 exames                                      |
| Hospital de dia                 | 45 doentes  |
| Articulação com os C.S.         | 3 h por mês por C. S.                               |
| Coordenação/Ensino              | 5 h / semana  |
| Consultoria interna no hospital | 5 h / semana  |
| Apoio à urgência                | 10 h / semana                                       |
| Nº de médicos desejável a 35 h  | 3 a 4 médicos                                       |

### Quadro 22 Carteira de Cuidados de Hospitais de Tipologia B2 – 150.000 hab.

| Actividades                     | Hospitais de Tipologia B2<br>(27.000 hab. 0-18 A) |
|---------------------------------|---|
| Consultas                       | 1.400 – 1.500<br>(12 a 15 % primeiras)            |
| Exames periciais                | 8 exames  |
| Hospital de dia                 | 25 doentes  |
| Articulação com os C.S.         | 3 h por mês por C. S.                             |
| Coordenação/Ensino              | 5 h / semana                                      |
| Consultoria interna no hospital | 5 h / semana                                      |
| Apoio à urgência                | 6 h / semana                                      |
| Nº de médicos desejável a 35 h  | 2 médicos   |

#### Recursos Humanos

Deverão dispor de 2 a 3 médicos, com a respectiva equipa multidisciplinar.

O cálculo do número de profissionais deve ter em conta a dimensão da área de atracção.

#### Carteira de Cuidados

Na sequência do enunciado apresenta-se o protótipo da carteira de cuidados para os hospitais que designamos de tipologia B2 (Quadro 22).

#### Fase de transição

Apesar de nos últimos anos se ter verificado um assinalável desenvolvimento dos serviços de saúde mental da infância e da adolescência, a maioria das estruturas existentes continua a ter recursos insuficientes para dar resposta às necessidades das populações sobre as quais detêm responsabilidades.

Numa fase transitória, os serviços e unidades que não tiverem declaradamente capacidade de resposta à população da área de atracção da respectiva unidade hospitalar deverão estabelecer protocolos com outros serviços ou departamentos de Psiquiatria da

Infância e da Adolescência existentes na sua região.

Face às necessidades estimadas e aos recursos médicos existentes, recomenda-se que a Rede de Psiquiatria da Infância e da Adolescência se desenvolva por etapas nos próximos 5 a 6 anos, conforme consta no capítulo 8.

## 8. Etapas de Desenvolvimento da Rede

Face às necessidades estimadas e aos recursos médicos existentes recomenda-se que a Rede de Psiquiatria da Infância e da Adolescência se desenvolva por etapas nos próximos 5 a 6 anos.

### 1ª Etapa – Criar ou reforçar:

Os 3 Departamentos, integrados no Centro Hospitalar do Porto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa.

### Os Serviços

- nos Hospitais/Centros Hospitalares com Urgência Polivalente de CH S. João, CH Gaia/Espinho, H. de Braga, CH Trás-os-Montes e Alto Douro, CH Tondela-Viseu, CH Lisboa Norte, CH Lisboa Ocidental, H. Garcia de Orta, H. Espírito Santo – Évora e H. Faro.
- nos Hospitais/Centros Hospitalares com Urgência Médico-Cirúrgica de CH Tâmega e Sousa, CH Baixo Vouga, H. Fernando da Fonseca, H. Loures\*, CH do Funchal e H. Ponta Delgada.

### 2ª Etapa – Criar ou reforçar:

Os **Serviços** nos Hospitais/Centros Hospitalares/ULS com Urgência Médico-Cirúrgica de ULS Alto Minho, CH Alto Ave, CH Médio Ave, CH Entre Douro e Vouga\*, CH Leiria-Pombal, CH Cova da Beira, H. Santarém e H. Vila Franca de Xira\*.

### 3ª Etapa:

Considerando o ritmo de formação de internos, não se torna viável uma intervenção mais estruturante nos hospitais com uma área de influência inferior a 250.000, justificando-se contudo nesta 3ª etapa a consolidação das Unidades de Psiquiatria da Infância e da Adolescência nos Hospitais/Centros Hospitalares/ULS com Urgência Médico-Cirúrgica de:

- ULS Nordeste Transmontano, CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde, ULS Matosinhos\*, ULS Guarda, H. Figueira da Foz, CH Oeste Norte\*, CH Torres Vedras\*, H. Cascais\*, CH Médio Tejo, CH Barreiro-Montijo, CH Setúbal, ULS Norte Alentejano\*, ULS Baixo Alentejo, H. Litoral Alentejano\* e CH Barlavento Algarvio\*.

\* A criar

## 9. Avaliação da Qualidade dos Serviços – Selecção de 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. Actualmente, 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 <sup>(54, 55, 56)</sup>.

Esta perspectiva 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 selecção deve tomar em consideração não apenas o nível de complexidade e detalhe, mas também a possibilidade da sua implementação efectiva no terreno, aspecto que por sua vez se liga ao estado de desenvolvimento dos sistemas de registo e informação.

Do ponto de vista instrumental, os indicadores devem ser válidos, fiáveis, sensíveis à



## A. Acessibilidade

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| 1. Taxa de cobertura global | Numerador (Num): nº de utentes em contacto com serviços<br>Denominador (Denom): população < 18 anos no sector |
| 2. Tempo de espera          | Tempo médio entre a referência e a 1ª consulta  |
| 3. Acesso de novos casos    | Num: nº primeiras consultas<br>Denom: nº total de consultas   |
| 4. Referência               | Num: nº de casos referenciados pelo médico de família num ano<br>Denom: nº total de novos casos num ano       |

## B. Continuidade de Cuidados

|                         |  |
|-------------------------|--|
| 5. 1ª consulta pós-alta | Tempo médio entre a alta do internamento e a primeira consulta após a alta.                      |
| 6. Taxa de abandono     | Num: nº de utentes que abandonaram o contacto no ano anterior<br>Denom: nº de utentes registados |

## C. Efectividade

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| 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 | 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*  |

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

## D. Acontecimentos Sentinela

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 10. Internamento compulsivo          | Num: nº de internamentos compulsivos<br>Denom: nº total de internamentos  |
| 11. Alta contra parecer médico       | Num: nº altas contra parecer médico<br>Denom: nº total de altas           |
| 12. Suicídios durante o internamento | Num: nº eventos ocorridos<br>Denom: nº total de internamentos             |
| 13. Óbitos durante o internamento    | Num: nº eventos ocorridos<br>Denom: nº total de internamentos             |
| 14. Readmissões                      | Num: nº readmissões nas 2 semanas após a alta<br>Denom: nº total de altas |

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<sup>(57, 58, 59, 60)</sup> já aplicados entre nós no âmbito do PNSM.

Relativamente aos indicadores de movimento assistencial (ex: nº de internamentos, consultas, sessões de hospital de dia, episódios de urgência, visitas domiciliárias, exames periciais, outros actos, taxa de ocupação, entre outros), sugere-se que sejam utilizadas como fonte de informação preferencial as estatísticas produzidas institucionalmente pelos departamentos/serviços/unidades.

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

### Dimensões adicionais

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

- Evidência de 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);
- Primeiro contacto com os serviços de utentes com idade inferior a 5 anos:  
Num: nº de utentes < 5 anos em contacto com serviços  
Denom: nº 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) – descrição breve;
- Evidência de mecanismos promotores da identificação de comportamentos ou situações de elevado risco (ex: suicídio, violência familiar, gravidez adolescente, abuso de substâncias psicoactivas) – descrição breve.

uma elevada taxa de abandono e a uma baixa efectividade, ser indicador de uma prestação de cuidados de qualidade deficitária.

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



## 10. Referências Bibliográficas

- (1) DGS (2004). *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Direcção-Geral da Saúde, 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) Comissão Europeia (2004). *The Mental Health of Children and Adolescents*. OMS-Europa, Ministério da Saúde do Luxemburgo.
- (4) 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.
- (5) Mendo, M. (1992). Considerações sobre a história da Pedopsiquiatria em Portugal. *Cadernos do Internato do Departamento de Pedopsiquiatria / Hospital Dona Estefânia*, 3, 4-8.
- (6) Vidigal, M. J. et al. (1999). *Memórias de Utopias – Elementos para a história da Saúde Mental em Portugal*. Lisboa: ISPA.
- (7) Matos, A. (1999). Futuro da Psiquiatria da Infância e Adolescência. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 15, pp. 7-8.
- (8) WHO (2000). *World Health Report*. Genebra: World Health Organization.
- (9) WHO-Europe (2008). *Policies and practices for mental health in Europe*. Copenhaga: WHO Regional Office for Europe.
- (10) AACAP (1999). *Mental Health: a Report of the Surgeon General*. Retirado de: [www.aacap.org](http://www.aacap.org)
- (11) 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.
- (12) 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.
- (13) Verhulst, F.C., van der Ende, J., Ferdinand, R.F., Kasius, M.C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 54, 329–336.
- (14) 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.
- (15) Relatório Mundial da Saúde (2001). *Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança*. Ministério da Saúde.
- (16) Caldas de Almeida, J.M. (2010). *The World Mental Health Survey Initiative. NMHS (Portugal National Mental Health Survey)*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- (17) Dados sobre o 1º Estudo Epidemiológico da Saúde Mental em Portugal. Retirado de: [http://www.publico.pt/Sociedade/um-em-cada-cinco-portugueses-sofre-de-perturbacoes-psiquiatricas\\_1429031](http://www.publico.pt/Sociedade/um-em-cada-cinco-portugueses-sofre-de-perturbacoes-psiquiatricas_1429031)
- (18) 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.
- (19) 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.
- (20) Centre for Disease Control and Prevention. Retirado de [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)

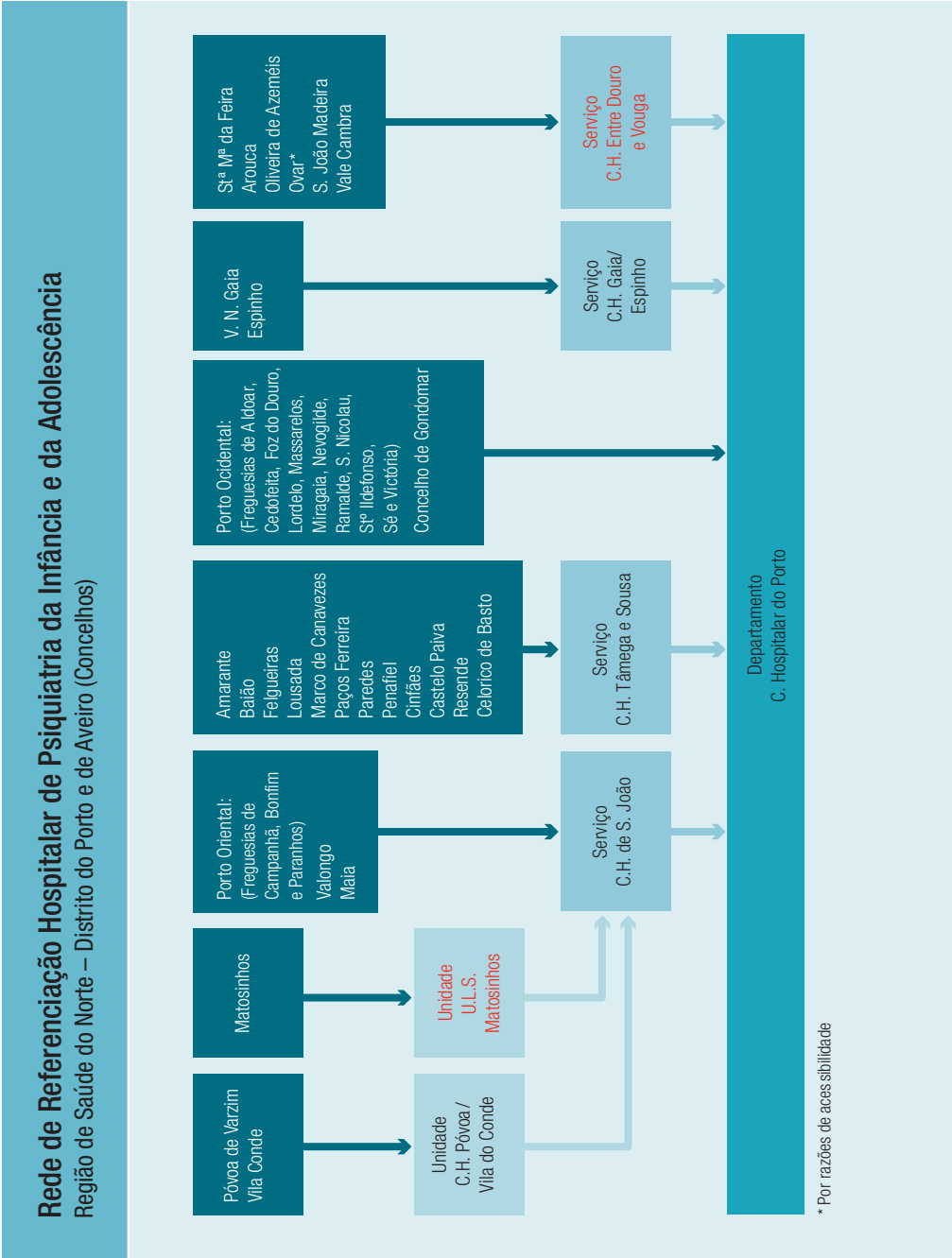
- (21) Egger, H., Angold, A. (2006). Common Emotional and Behavioral Disorders in Preschool Children: presentation, nosology and epidemiology. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 47 (3/4), 313-337.
- (22) Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., Miguel, T. S., Coutinho, A. M., Mota-Vieira, L., Gonçalves, 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.
- (23) Freitas, C., Rocha, A., Pocinho, L., Beirão, J., Caldeira da Silva, P. (2004). *Symptoms in Pre-adolescents 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.
- (24) 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.
- (25) 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.
- (26) 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.
- (27) 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.
- (28) Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R., Rutter, M. (2001). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 1. Psychiatric outcomes in adulthood. *British Journal of Psychiatry* 179, 210-217.
- (29) 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.
- (30) Hollis, C. (2000). Adult Outcomes of Child-and Adolescent-Onset Schizophrenia: Diagnostic and Predictive Validity. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 83-92.
- (31) 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.
- (32) 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.
- (33) 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.
- (34) 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.
- (35) 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. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), 972-986.
- (36) 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.

- (37) Remschmidt, H. & Van Engeland, H. (1999). *Child and Adolescent Psychiatry in Europe – Historical Development, Current Situation and Future Perspectives*. Darmstadt: Springer.
- (38) WHO (2005). *Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future*. Retirado de: [http://www.who.int/mental\\_health/resources/Child\\_atlas.pdf](http://www.who.int/mental_health/resources/Child_atlas.pdf)
- (39) Remschmidt, H., Belfer, M. (2005). Mental Health care for children and adolescents worldwide: a review. Fórum: Mental Health Care for Children and Adolescents Worldwide.
- (40) 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).
- (41) Estimativa da população de França em Julho de 2011. Retirado de: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/fr.html>
- (42) Child and adolescent psychiatry section – Irish College of Psychiatrists. Retirado de <http://www.irishpsychiatry.com/adolescents.html>
- (43) Estimativa da população da Finlândia em Julho de 2011. Retirado de <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/fr.html>
- (44) 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)
- (45) Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry: A career in child and adolescent psychiatry. Retirado de: [http://www.cacacpea.org/en/cacap/Career\\_Opportunities\\_p809.html](http://www.cacacpea.org/en/cacap/Career_Opportunities_p809.html)
- (46) 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>
- (47) Gowers & Cotgrove (2003). The future of in-patient child and adolescent mental health services. *British Journal of Psychiatry*, 183, 479-480.
- (48) 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>
- (49) População da Escócia – Census 2001 (2001). Retirado de: <http://www.gro-scotland.gov.uk/census/censushm/scotcen2/reports-and-data/scotcen3.html>
- (50) Marques, C. e Torrado, M. (2010). Dados de internamento psiquiátrico de crianças adolescentes nos anos de 2008 e 2009 em Portugal. Não publicado. Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Ministério da Saúde, Lisboa.
- (51) Planning and budgeting to deliver services for mental health. Geneva. World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package).
- (52) Adenda à 3ª edição do Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais – nova classificação de Secções Homogêneas na área da Saúde Mental. Circular Normativa nº 8 / 2009 / UOGF. Administração Central do Sistema de Saúde, Ministério da Saúde, Lisboa.
- (53) Richardson, G., Partridge, I., Barrett, J. (2010). *Child and Adolescent Mental Health Services: An operational handbook (2nd edition)*. London: The Royal College of Psychiatrists.
- (54) Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D. et al. (2002). *What Works for Whom – A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*. Guilford Press.
- (55) 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\\_medicaid\\_programs](http://www.aacap.org/cs/root/member_information/practice_information/best_principles_for_measuring_outcomes_in_managed_care_medicaid_programs)

- (56) Drawing on the Evidence – Advice for mental health professionals working with children and adolescents. 2<sup>nd</sup> Edition (2006). Retirado de [http://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/EBPU/publications/pub-files/drawing\\_on\\_the\\_evidence\\_booklet\\_2006.pdf](http://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/EBPU/publications/pub-files/drawing_on_the_evidence_booklet_2006.pdf)
- (57) 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)
- (58) 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)
- (59) 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)
- (60) 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)

# 11. Arquitectura da Rede

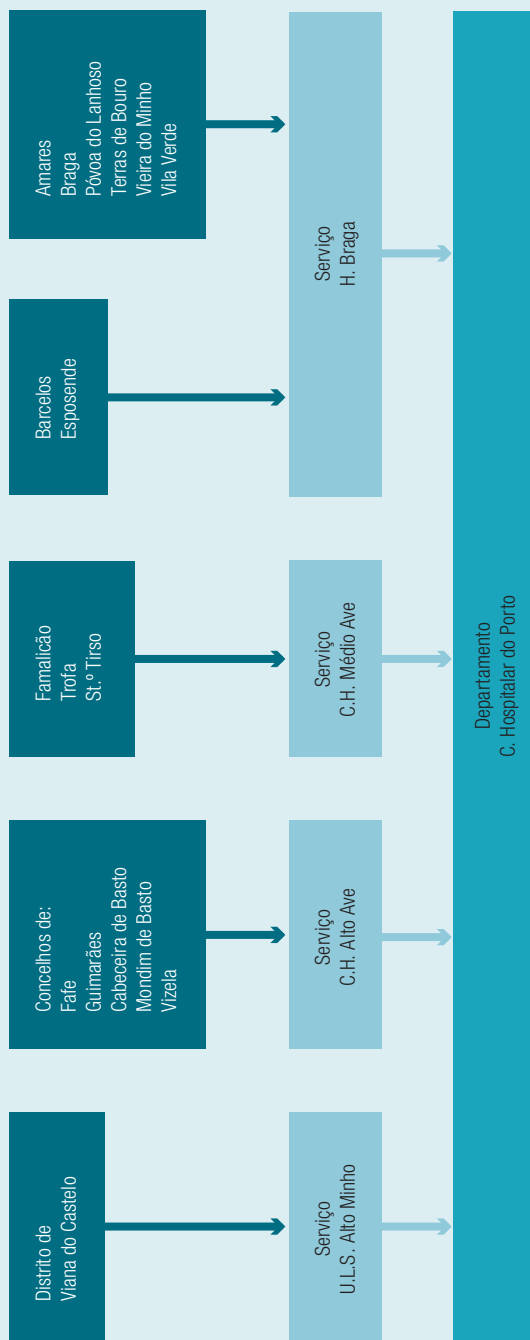
Legenda: Estão assinaladas a **vermelho** as estruturas de Psiquiatria da Infância e da Adolescência que ainda não estão efectivamente criadas.

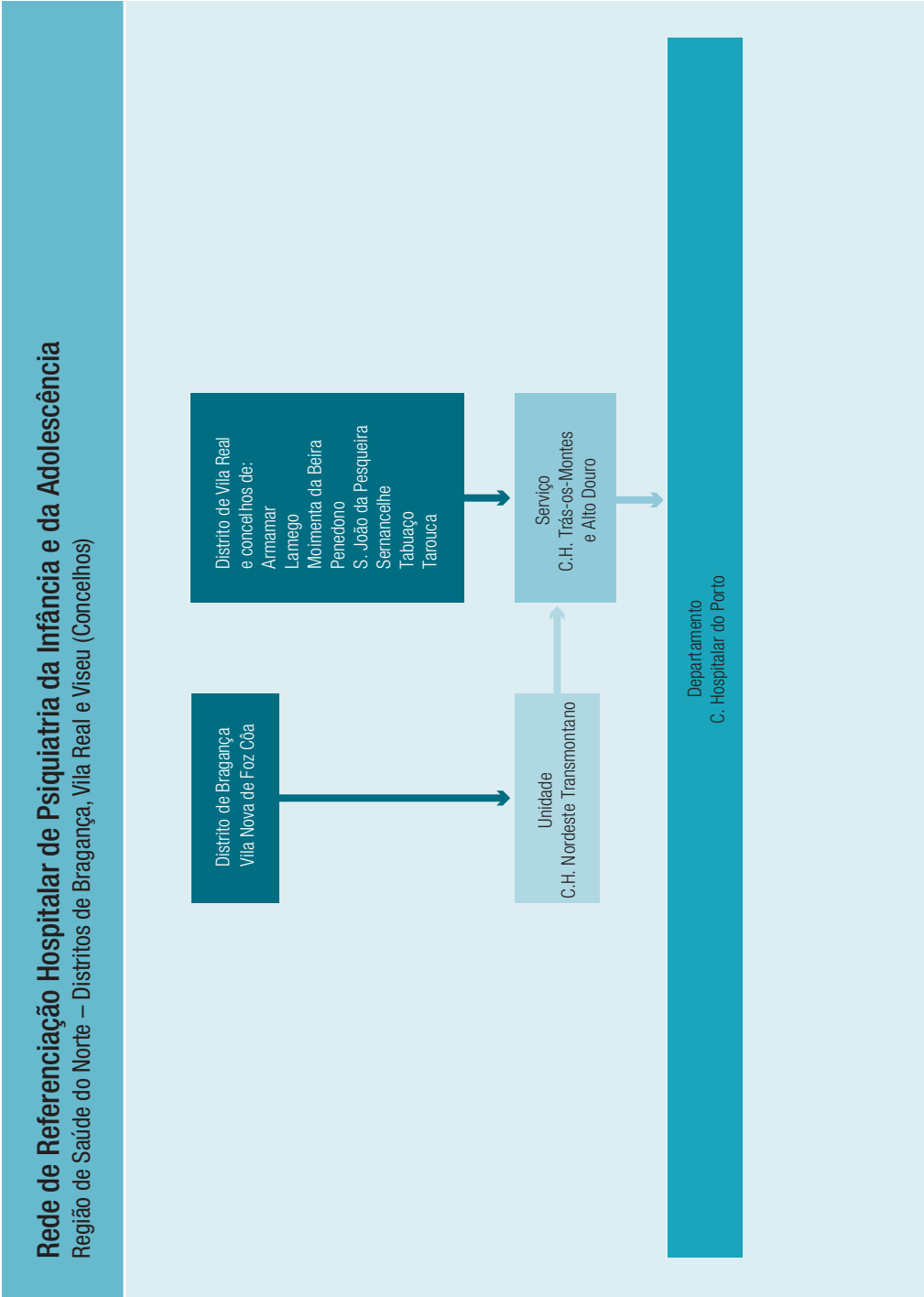




## Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

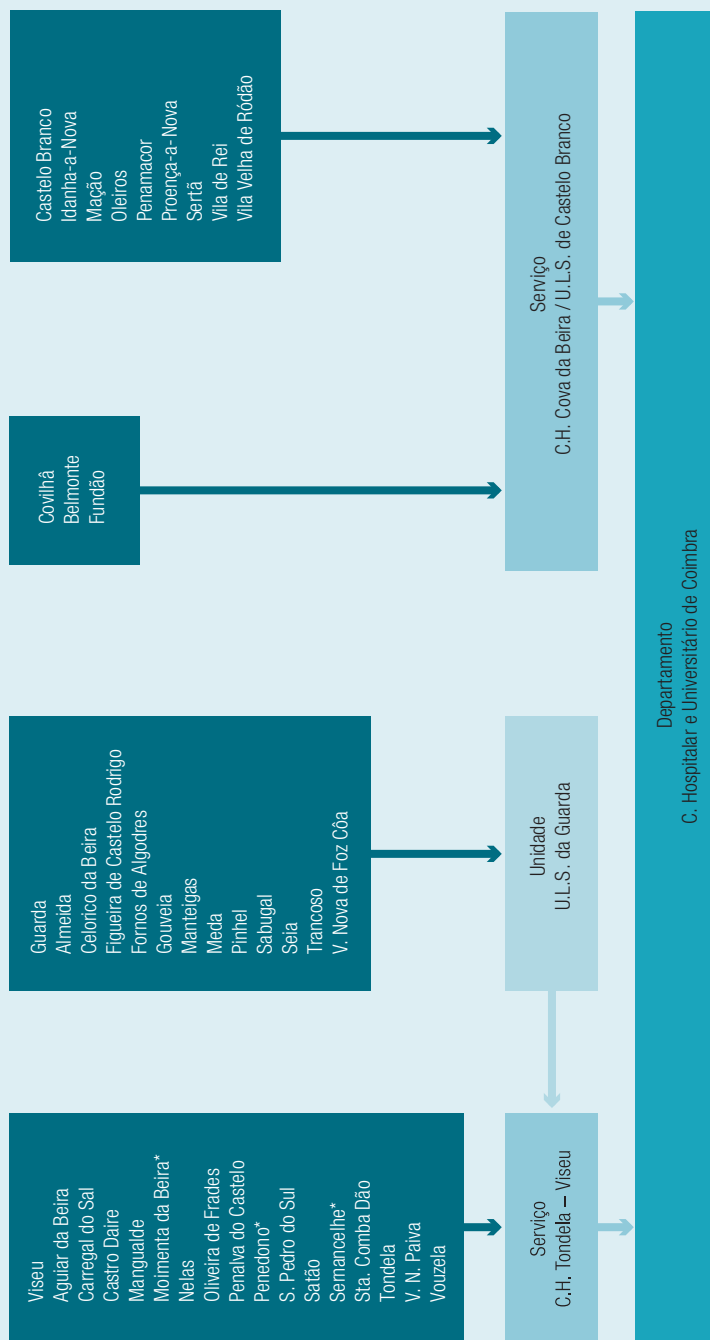
Região de Saúde do Norte – Distritos de Braga e Viana do Castelo (Concelhos)



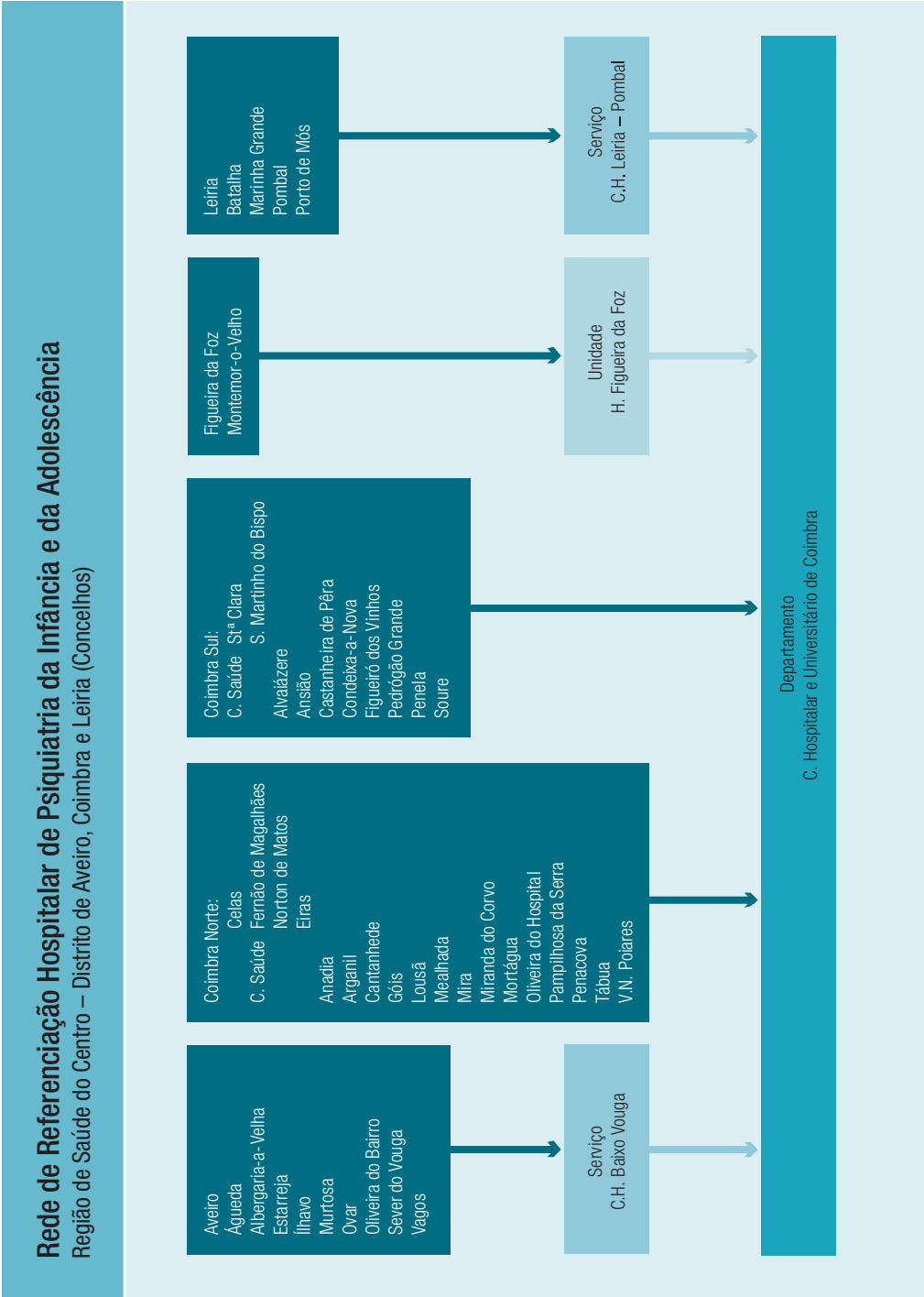


## Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Região de Saúde do Centro – Distritos de Viseu, Guarda e Castelo Branco (Concelhos)

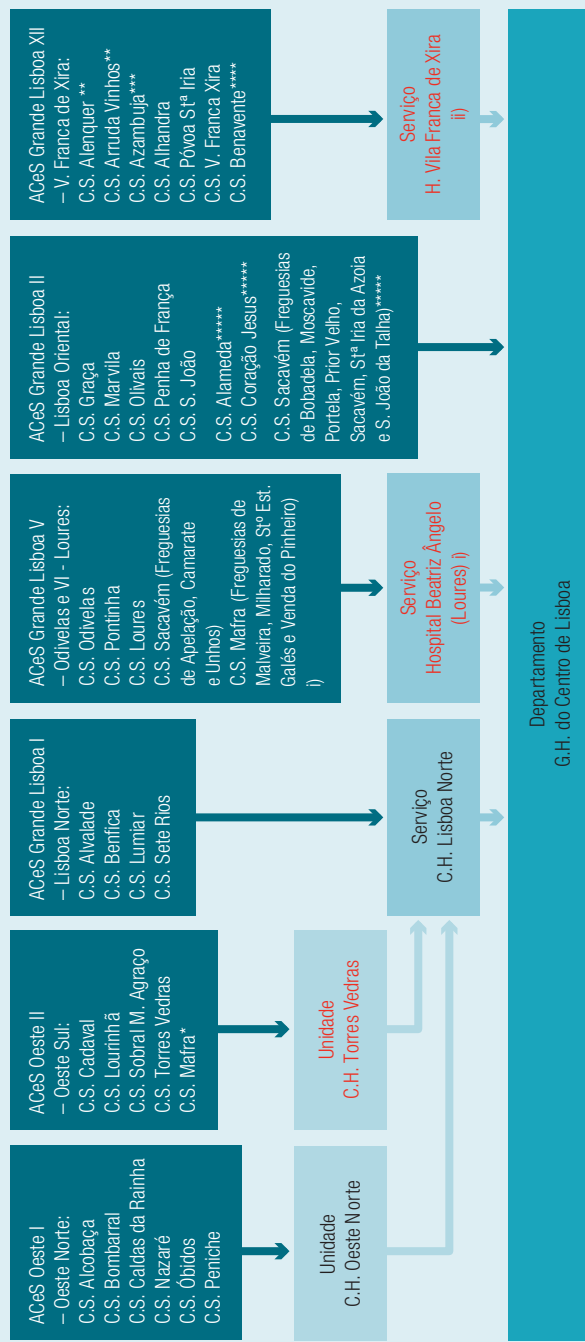


\* Por razões de acessibilidade poderão optar pelo C.H. Tondela – Viseu



## Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS)



\* ACeS Grande Lisboa VIII – Melhor acessibilidade ao Centro Hospitalar de Torres Vedras

\*\* Apesar de integrarem o ACeS Oeste Sul, fazem parte da parceria pública-privada do novo Hospital de Vila Franca de Xira

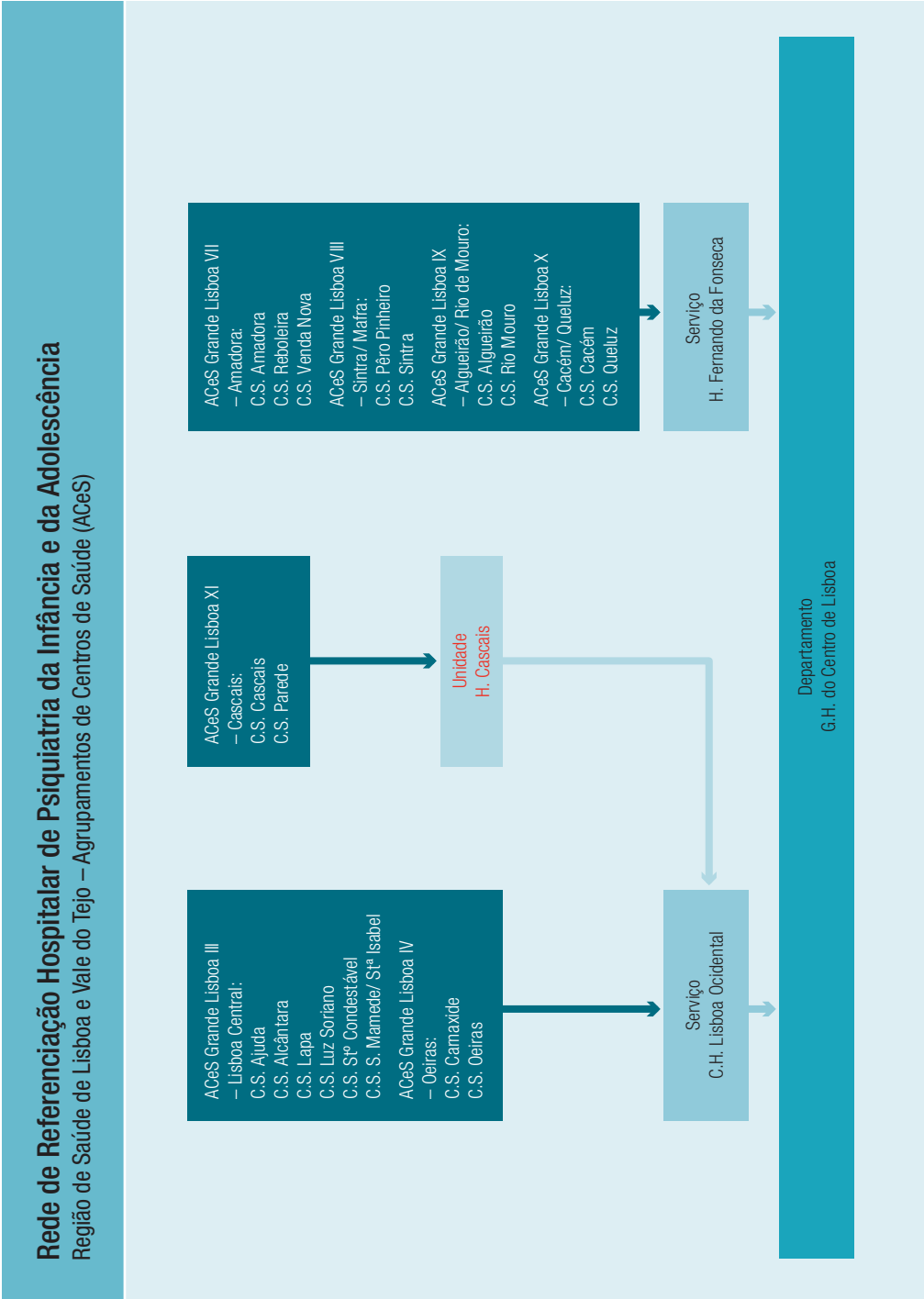
\*\*\* Apesar de integrar o ACeS Lezíria I – Ribatejo, faz parte da parceria pública-privada do novo Hospital de Vila Franca de Xira

\*\*\*\* Apesar de integrar o ACeS Lezíria II, faz parte da parceria pública-privada do novo Hospital de Vila Franca de Xira

\*\*\*\*\* ACeS Grande Lisboa III e VI – Melhor acessibilidade ao G. H. do Centro de Lisboa.

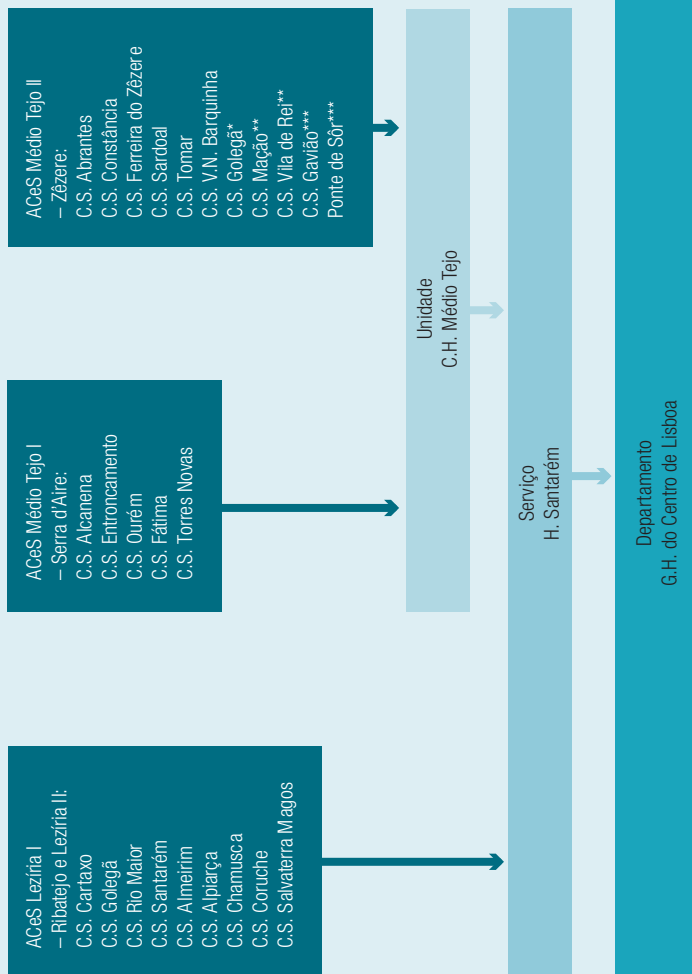
i) Integra o novo Hospital de Lourdes quando este entrar em funcionamento, referenciando até essa data para o CHL Norte (C.S. de Odivelas, Pontinha e Lourdes) e para o GHCL (Freguesias dos C.S. Sacavém e de Mafra).

ii) Integra o novo Hospital de V. F. Xira quando este entrar em funcionamento, referenciando até essa data para o GHCL.



## Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

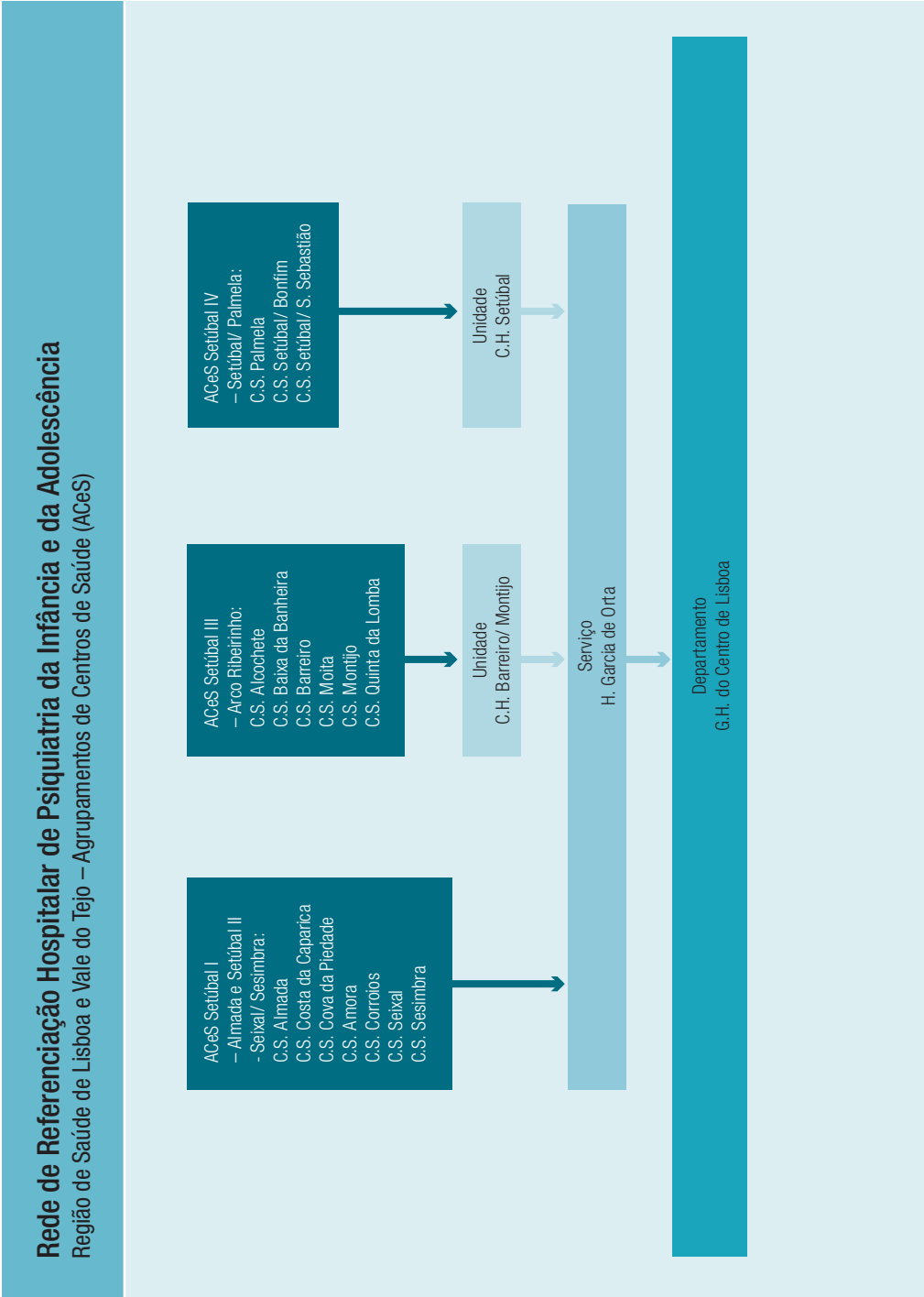
Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS)



\* ACeS Lezíria I: Por razões de melhor acessibilidade poderão optar por este hospital

\*\* ULS de Castelo Branco: Por razões de melhor acessibilidade poderão optar por este hospital

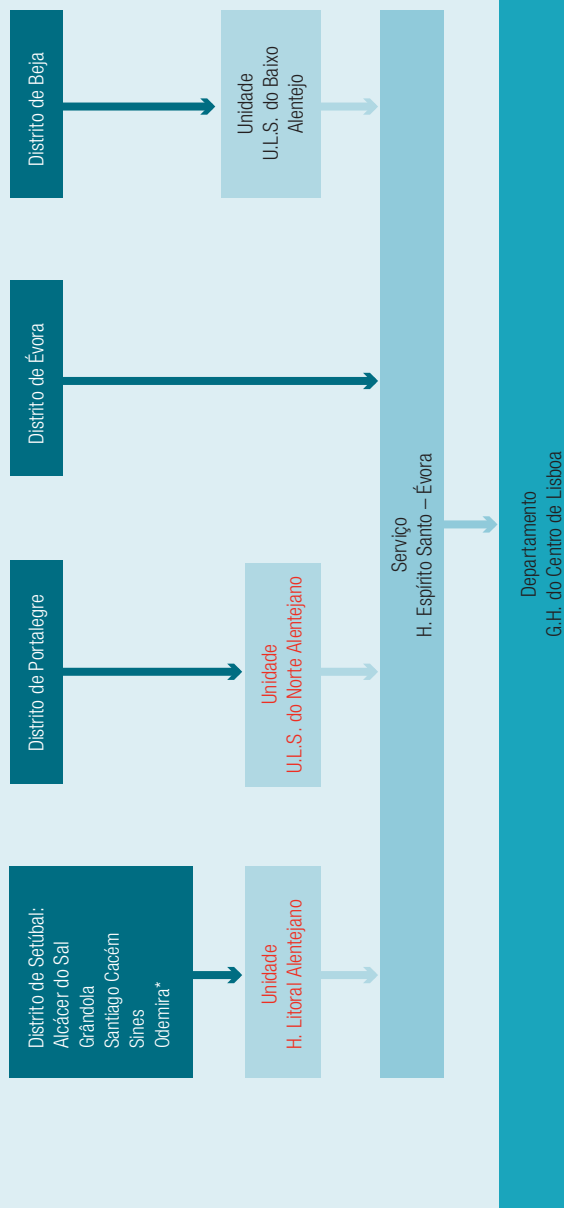
\*\*\* ULS do Norte Alentejano: Por razões de melhor acessibilidade poderão optar por este hospital



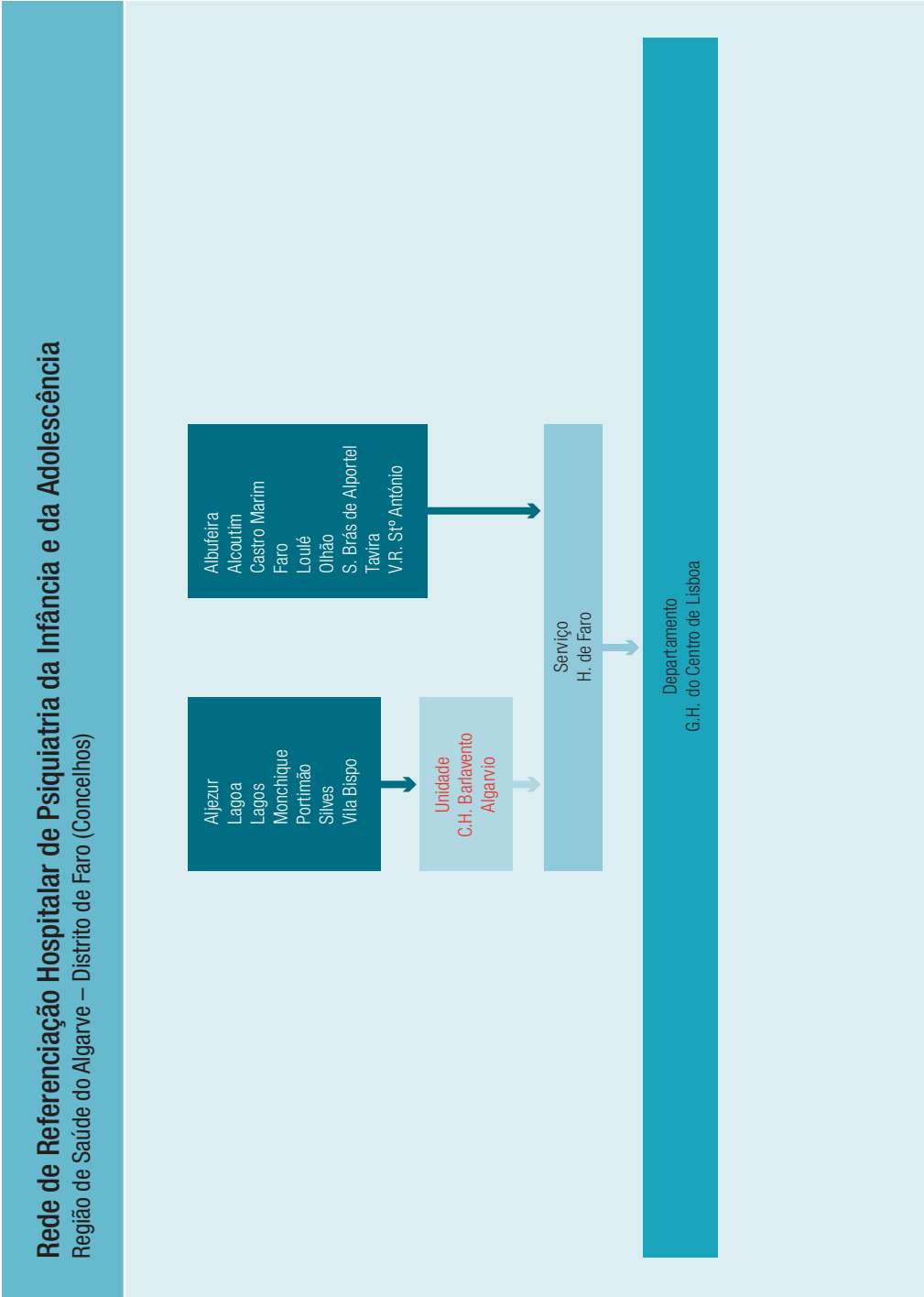


## Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Região de Saúde do Alentejo – Distritos de Setúbal, Portalegre, Évora e Beja

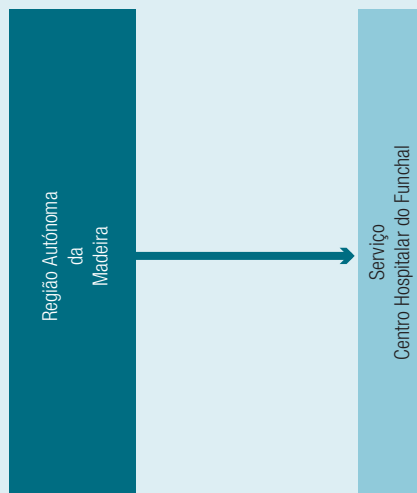
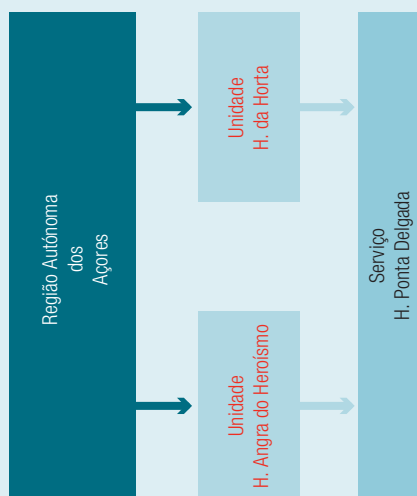


\* Por razões de melhor acessibilidade poderá optar por este hospital



## Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira



## Anexos

### Anexo A

- ♦ Evolução das Estruturas Hospitalares de Psiquiatria da Infância e da Adolescência:

Tipo de Estrutura

Recursos Humanos (Psiquiatras da Infância e da Adolescência)

Recursos Humanos (Equipa Multidisciplinar)

Necessidades Transitórias em Recursos Humanos

#### Nota

A população apresentada baseia-se nos dados da Estimativa de População Residente por grupos etários a 31/12/2008 do INE.

A recolha dos **dados de 2008** foi efectuada pela CNSM através de questionário nacional junto dos Conselhos de Administração Hospitalares no âmbito do levantamento dos recursos humanos de Psiquiatria Geral e de Psiquiatria da Infância e Adolescência, pelo que por vezes os dados não estão discriminados por especialidade.

Os **dados de 2011** foram recolhidos pela CNSM por contacto directo com o responsável das estruturas de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e referem-se à data de 31 de Março de 2011.

Nos Quadros A6 a A10 apresenta-se a recomendação do rácio de Psiquiatras da Infância e da Adolescência aproximada às décimas, de forma a permitir um ajustamento mais adequado às características e necessidades locais.

## Anexo A

### Tipo de Estrutura

Quadro A1 Região de Saúde do Norte

| Hospitais                                      | Tipo de Estrutura |              |              |                        |                            |                                |
|--|-------------------|--------------|--------------|------------------------|----------------------------|--------------------------------|
|  | Rede 2004         | 2008         | 2011         | Recomendação Rede 2011 | Estimativa População Total | Estimativa população 0-17 anos |
| C. H. Porto E.P.E. <sup>(1)</sup>              | Departamento      | Departamento | Departamento | Departamento           | 273.969                    | 57.787                         |
| Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.   | Unidade           | Unidade      | Unidade      | Serviço                | 250.951                    | 41.066                         |
| Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.          | —                 | —            | Consulta     | Serviço                | 254.516                    | 51.315                         |
| Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.         | —                 | —            | Consulta     | Serviço                | 245.569                    | 47.850                         |
| Hospital de Braga                              | Unidade           | Unidade      | Unidade      | Serviço                | 474.697                    | 98.487                         |
| Centro Hospitalar de S. João / Valongo, E.P.E. | Unidade           | Consulta     | Consulta     | Serviço                | 354.018                    | 67.781                         |
| C.H. Vila Nova de Gaia/ Espinho, E.P.E.        | Unidade           | Unidade      | Unidade      | Serviço                | 342.223                    | 65.110                         |
| C. H. Tâmega e Sousa, E.P.E.                   | Unidade           | Unidade      | Unidade      | Serviço                | 527.869                    | 130.199                        |
| C. H. Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.  | —                 | —            | Consulta     | Unidade                | 143.975                    | 29.929                         |
| ULS Matosinhos E.P.E.                          | —                 | —            | —            | Unidade                | 169.261                    | 31.042                         |
| C. H. Entre Douro e Vouga, E.P.E.              | —                 | —            | —            | Serviço                | 346.484                    | 63.385                         |
| C.H de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.     | Unidade           | Serviço      | Serviço      | Serviço                | 249.250                    | 38.688                         |
| C.H. do Nordeste, E.P.E.                       | Unidade           | Unidade      | Unidade      | Unidade                | 148.540                    | 20.488                         |

(1) A área de atracção identificada nas últimas colunas corresponde apenas ao total de população atendida em 1ª linha. O C. H. Porto é ainda Hospital de Referência de 2ª linha para as áreas de atracção das seguintes 9 estruturas hospitalares: ULS Alto Minho, E.P.E.; C. H. do Alto Ave E.P.E.; C. H. do Médio Ave, E.P.E.; Hospital de Braga; C. H. de S. João / Valongo, E.P.E.; C.H. Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E.; C. H. Tâmega e Sousa, E.P.E.; C.H de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. e C. H. Entre Douro e Vouga, E.P.E. .

## Quadro A2 Região de Saúde do Centro

| Hospitais                                     | Tipo de Estrutura |              |              |                        |                            |                                |
|---|-------------------|--------------|--------------|------------------------|----------------------------|--------------------------------|
|   | Rede 2004         | 2008         | 2011         | Recomendação Rede 2011 | Estimativa População Total | Estimativa população 0-17 anos |
| C.H. U. Coimbra, E.P.E. <sup>(2)</sup>        | Departamento      | Departamento | Departamento | Departamento           | 443.724                    | 71.314                         |
| C.H. Tondela-Viseu, E.P.E.                    | Unidade           | Unidade      | Unidade      | Serviço                | 286.432                    | 47.720                         |
| C.H. Cova da Beira, E.P.E.                    | Serviço           | Serviço      | Serviço      | Serviço                | 96.333                     | 14.943                         |
| ULS Castelo Branco, E.P.E.                    | —                 | —            | Consulta     |                        | 100.852                    | 13.779                         |
| ULS Guarda, E.P.E.                            | —                 | —            | Unidade      | Unidade                | 170.532                    | 24.471                         |
| C. H. Baixo Vouga, E.P.E. (Aveiro)            | Unidade           | Serviço      | Serviço      | Serviço                | 334.969                    | 64.397                         |
| Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. | —                 | Consulta     | Unidade      | Unidade                | 87.901                     | 14.089                         |
| C. H. Leiria-Pombal, E.P.E.                   | Unidade           | Consulta     | Consulta     | Serviço                | 268.140                    | 49.717                         |

(2) A área de atracção identificada nas últimas colunas corresponde apenas ao total de população atendida em 1ª linha. O C. H. Coimbra é ainda Hospital de Referência de 2ª linha para as áreas de atracção das seguintes 6 estruturas hospitalares: C. H. Baixo Vouga, E.P.E.; C. H. Tondela-Viseu E.P.E.; C. H. Cova da Beira, E.P.E./ULS Castelo Branco, E.P.E.; Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. e C. H. Leiria-Pombal, E.P.E.

**Quadro A3** Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

| Hospitais  | Tipo de Estrutura |              |          |                        |                            |                                |
|--|-------------------|--------------|----------|------------------------|----------------------------|--------------------------------|
|  | Rede 2004         | 2008         | 2011     | Recomendação Rede 2011 | Estimativa População Total | Estimativa população 0-17 anos |
| G.H. do Centro de Lisboa, E.P.E.<br>– Hospital D. Estefânia <sup>(3)</sup> | Departamento      | Departamento | Área     | Área                   | 317.245                    | 47.615                         |
| C.H. Lisboa Ocidental, E.P.E.<br>– Hosp. S. Franc.Xavier                   | Serviço           | Serviço      | Serviço  | Serviço                | 182.948                    | 30.372                         |
| C.H. Lisboa Norte, E.P.E.<br>– Hospital de Sta. Maria                      | Unidade           | Unidade      | Unidade  | Serviço                | 208.646                    | 30.995                         |
| C. H. Oeste Norte, E.P.E.<br>(C.Rainha)                                    | –                 | –            | –        | Unidade                | 176.745                    | 31.713                         |
| C. H. Torres Vedras  | Unidade           | –            | –        | Unidade                | 199.202                    | 38.252                         |
| Hospital Beatriz Ângelo (Loures)   | –                 | –            | –        | Serviço                | 364.607                    | 67.197                         |
| Hospital Vila Franca de Xira   | –                 | –            | –        | Serviço                | 251.166                    | 48.711                         |
| Hospital Fernando da Fonseca, E.P.E.                                       | Consulta          | Consulta     | Consulta | Serviço                | 617.982                    | 126.313                        |
| Hospital de Cascais  | –                 | –            | –        | Unidade                | 188.244                    | 37.617                         |
| Hospital Garcia de Orta, E.P.E.  | Unidade           | Unidade      | Unidade  | Serviço                | 394.311                    | 75.501                         |
| C. H. Barreiro-Montijo, E.P.E.   | Unidade           | Unidade      | Unidade  | Unidade                | 208.385                    | 38.623                         |
| C.H. Setúbal, E.P.E.   | Unidade           | Unidade      | Unidade  | Unidade                | 187.279                    | 36.154                         |
| Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.                                     | Unidade           | Serviço      | Serviço  | Serviço                | 199.435                    | 32.745                         |
| C.H. Médio Tejo, E.P.E.  | –                 | Unidade      | Unidade  | Unidade                | 231.059                    | 38.048                         |

(3) A área de atracção identificada nas últimas colunas corresponde apenas ao total de população atendida em 1ª linha. O G. H. do Centro de Lisboa, E.P.E. é ainda Hospital de Referência de 2ª linha para as áreas de atracção das seguintes 9 estruturas hospitalares: C. H. Lisboa Norte, E.P.E.; C. H. Lisboa Ocidental E.P.E.; Hospital Fernando da Fonseca, E.P.E.; Hospital Beatriz Ângelo (Loures); Hospital Vila Franca de Xira; Hospital Garcia de Orta, E.P.E.; Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.; Hospital do Espírito Santo, E.P.E.; Hospital Distrital de Faro, E.P.E. .

**Quadro A4 Região de Saúde do Alentejo**

| Hospitais  | Tipo de Estrutura |         |          |                        |                            |                                |
|--|-------------------|---------|----------|------------------------|----------------------------|--------------------------------|
|  | Rede 2004         | 2008    | 2011     | Recomendação Rede 2011 | Estimativa População Total | Estimativa população 0-17 anos |
| Hospital do Espírito Santo, E.P.E.                 | —                 | —       | Consulta | Serviço                | 168.893                    | 27.135                         |
| Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. | —                 | —       | —        | Unidade                | 116.830                    | 17.855                         |
| Hospital do Litoral Alentejano, E.P.E.             | —                 | —       | —        | Unidade                | 70.159                     | 10.639                         |
| Unidade Local de Saúde Baixo Alentejo, E.P.E.      | Unidade           | Serviço | Serviço  | Unidade                | 151.599                    | 24.053                         |

**Quadro A5 Região de Saúde do Algarve**

| Hospitais  | Tipo de Estrutura |      |          |                        |                            |                                |
|--|-------------------|------|----------|------------------------|----------------------------|--------------------------------|
|  | Rede 2004         | 2008 | 2011     | Recomendação Rede 2011 | Estimativa População Total | Estimativa população 0-17 anos |
| Hospital Distrital de Faro, E.P.E.               | —                 | —    | Consulta | Serviço                | 273.505                    | 50.816                         |
| Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E. | —                 | —    | —        | Unidade                | 156.579                    | 28.045                         |



## Psiquiatrias da Infância e da Adolescência

### Quadro A6 Região de Saúde do Norte

| Psiquiatrias da Infância e da Adolescência     |                              |                          |                          |                                   |                            |                                |
|--|------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Hospitais                                      | Rede 2004                    | 2008                     | 2011                     | Recomendação Rede 2011 (1/12.000) | Estimativa População Total | Estimativa população 0-17 anos |
| C. H. Porto, E.P.E.                            | 14                           | 15<br>Total de horas 605 | 15<br>Total de horas 615 | 4,8*                              | 273.969                    | 57.787                         |
| Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.   | 1                            | 2<br>Total de horas 75   | 1<br>Total de horas 40   | 3,4                               | 250.951                    | 41.066                         |
| Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.          | —                            | —                        | 1<br>Total de horas 35   | 4,3                               | 254.516                    | 51.315                         |
| Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.         | —                            | —                        | 1<br>Total de horas 35   | 4,0                               | 245.569                    | 47.850                         |
| Hospital de Braga                              | 2                            | 2<br>Total de horas 77   | 2<br>Total de horas 77   | 8,2                               | 474.697                    | 98.487                         |
| Centro Hospitalar de S. João / Valongo, E.P.E. | 1                            | 3<br>Total de horas 105  | 3<br>Total de horas 110  | 5,7                               | 354.018                    | 67.781                         |
| C.H. Vila Nova de Gaia/ Espinho, E.P.E.        | 2                            | 2<br>Total de horas 82   | 4<br>Total de horas 142  | 5,4                               | 342.223                    | 65.110                         |
| C. H. Tâmega e Sousa, E.P.E.                   | 1 (Amarante)<br>2 (Penafiel) | 3<br>Total de horas 122  | 3<br>Total de horas 117  | 10,9                              | 527.869                    | 130.199                        |
| C. H. Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.  | —                            | —                        | 1<br>Total de horas 35   | 2,5                               | 143.975                    | 29.929                         |
| ULS Matosinhos, E.P.E.                         | —                            | —                        | —                        | 2,6                               | 169.261                    | 31.042                         |
| C. H. Entre Douro e Vouga, E.P.E.              | —                            | —                        | —                        | 5,3                               | 346.484                    | 63.385                         |
| C.H de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.     | 1                            | 1<br>Total de horas 42   | 1<br>Total de horas 42   | 3,2                               | 249.250                    | 38.688                         |
| C.H. do Nordeste, E.P.E.                       | 1                            | 1<br>Total de horas 42   | 1<br>Total de horas 42   | 1,7                               | 148.540                    | 20.488                         |

\*Só para a actividade de ambulatório.

■ Estruturas Hospitalares de Psiquiatria da Infância e da Adolescência ainda por criar

### Quadro A7 Região de Saúde do Centro

| Psiquiatria da Infância e da Adolescência        |  |                            |                            |   |                                  |                                      |
|--|--|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------------|--------------------------------------|
| Hospitais  | Rede 2004                                  | 2008                       | 2011                       | Recomendação<br>Rede 2011<br>(1/12.000) | Estimativa<br>População<br>Total | Estimativa<br>população<br>0-17 anos |
| C.H. Coimbra, E.P.E.                             | 7  | 6<br>Total de<br>horas 238 | 6<br>Total de<br>horas 238 | 5,9*                                    | 443.724                          | 71.314                               |
| C.H. Tondela-Viseu, E.P.E.                       | 1  | 1<br>Total de<br>horas 35  | 2<br>Total de<br>horas 70  | 4,0                                     | 286.432                          | 47.720                               |
| C.H. Cova da Beira, E.P.E.                       | 1  | 1<br>Total de<br>horas 42  | 1<br>Total de<br>horas 42  | 2,4                                     | 96.333                           | 14.943                               |
| ULS Castelo Branco, E.P.E.                       | —  | —                          | 1<br>Total de<br>horas 30  |   | 100.852                          | 13.779                               |
| ULS Guarda, E.P.E.                               | 1 em<br>situação<br>de baixa<br>prolongada | —                          | 1<br>Total de<br>horas 37  | 2,0                                     | 170.532                          | 24.471                               |
| C. H. Baixo Vouga, E.P.E.                        | 1  | 3<br>Total de<br>horas 120 | 2<br>Total de<br>horas 80  | 5,4                                     | 334.969                          | 64.397                               |
| Hospital Distrital<br>da Figueira da Foz, E.P.E. | —  | 1<br>Total de<br>horas 35  | 1<br>Total de<br>horas 35  | 1,2                                     | 87.901                           | 14.089                               |
| C. H. Leiria-Pombal, E.P.E.                      | 1  | 1<br>Total de<br>horas 40  | 2<br>Total de<br>horas 80  | 4,1                                     | 268.140                          | 49.717                               |

\*Só para a actividade de ambulatório.

**Quadro A8** Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

| Psiquiatrias da Infância e da Adolescência                  |                   |                             |                              |   |                                  |                                      |
|---|-------------------|-----------------------------|------------------------------|---|----------------------------------|--------------------------------------|
| Hospitais   | Rede 2004         | 2008                        | 2011                         | Recomendação<br>Rede 2011<br>(1/12.000) | Estimativa<br>População<br>Total | Estimativa<br>população<br>0-17 anos |
| G.H. do Centro de Lisboa,<br>E.P.E. – Hospital D. Estefânia | 19                | 18<br>Total de<br>horas 679 | 16<br>Total de<br>horas 596  | 4,0*                                    | 317.245                          | 47.615                               |
| C.H. Lisboa Ocidental, E.P.E.<br>– Hosp. S. Franc.Xavier    | 3                 | 4<br>Total de<br>horas 145  | 4<br>Total de<br>horas 127,5 | 2,5                                     | 182.948                          | 30.372                               |
| C.H. Lisboa Norte, E.P.E.<br>– Hospital de Sta. Maria       | 2                 | 4<br>Total de<br>horas 147  | 4<br>Total de<br>horas 147   | 2,6                                     | 208.646                          | 30.995                               |
| C. H. Oeste Norte, E.P.E.<br>(C.Rainha)                     | —                 | —                           | —                            | 2,6                                     | 176.745                          | 31.713                               |
| C. H. Torres Vedras   | 1                 | —                           | —                            | 3,2                                     | 199.202                          | 38.252                               |
| Hospital Beatriz Ângelo<br>(Loures)                         | —                 | —                           | —                            | 5,6                                     | 364.607                          | 67.197                               |
| Hospital Vila Franca de Xira                                | —                 | —                           | —                            | 4,1                                     | 251.166                          | 48.711                               |
| Hospital Fernando da<br>Fonseca, E.P.E.                     | 1 a meio<br>tempo | 1<br>Total de<br>horas 35   | 2<br>Total de<br>horas 70    | 10,5                                    | 617.982                          | 126.313                              |
| Hospital de Cascais   | —                 | —                           | —                            | 3,1                                     | 188.244                          | 37.617                               |
| Hospital Garcia de Orta,<br>E.P.E.                          | 3                 | 3<br>Total de<br>horas 110  | 4<br>Total de<br>horas 150   | 6,3                                     | 394.311                          | 75.501                               |
| C. H. Barreiro-Montijo E.P.E.                               | 2                 | 1<br>Total de<br>horas 28   | 2<br>Total de<br>horas 35    | 3,2                                     | 208.385                          | 38.623                               |
| C.H. Setúbal, E.P.E.  | 1                 | 1<br>Total de<br>horas 40   | 1<br>Total de<br>horas 40    | 3,0                                     | 187.279                          | 36.154                               |
| Hospital Distrital<br>de Santarém, E.P.E.                   | 3                 | 3<br>Total de<br>horas 126  | 3<br>Total de<br>horas 124   | 2,7                                     | 199.435                          | 32.745                               |
| C.H. Médio Tejo, E.P.E.                                     | —                 | 1<br>Total de<br>horas 40   | 1<br>Total de<br>horas 20    | 3,2                                     | 231.059                          | 38.048                               |

\*Só para a actividade de ambulatório.

Estruturas Hospitalares de Psiquiatria da Infância e da Adolescência ainda por criar

### Quadro A9 Região de Saúde do Alentejo

| Psiquiatras da Infância e da Adolescência             |           |                           |                             |   |                                  |                                      |
|---|-----------|---------------------------|-----------------------------|---|----------------------------------|--------------------------------------|
| Hospitais   | Rede 2004 | 2008                      | 2011                        | Recomendação<br>Rede 2011<br>(1/12.000) | Estimativa<br>População<br>Total | Estimativa<br>população<br>0-17 anos |
| Hospital do Espírito Santo,<br>E.P.E.                 | —         | —                         | 1<br>Total de<br>horas 35   | 2,3                                     | 168.893                          | 27.135                               |
| Unidade Local de Saúde do<br>Norte Alentejano, E.P.E. | —         | —                         | 1<br>Total de<br>horas 3,5* | 1,5                                     | 116.830                          | 17.855                               |
| Hospital do Litoral<br>Alentejano, E.P.E.             | —         | —                         | —                           | 0,9                                     | 70.159                           | 10.639                               |
| Unidade Local de Saúde<br>Baixo Alentejo, E.P.E.      | 2         | 1<br>Total de<br>horas 40 | 1<br>Total de<br>horas 40   | 2,0                                     | 151.599                          | 24.053                               |

\* 2 dias /mês

■ Estruturas Hospitalares de Psiquiatria da Infância e da Adolescência ainda por criar

### Quadro A10 Região de Saúde do Algarve

| Psiquiatras da Infância e da Adolescência           |           |      |                           |   |                                  |                                      |
|---|-----------|------|---------------------------|---|----------------------------------|--------------------------------------|
| Hospitais   | Rede 2004 | 2008 | 2011                      | Recomendação<br>Rede 2011<br>(1/12.000) | Estimativa<br>População<br>Total | Estimativa<br>população<br>0-17 anos |
| Hospital Distrital de Faro,<br>E.P.E.               | —         | —    | 1<br>Total de<br>horas 40 | 4,2                                     | 273.505                          | 50.816                               |
| Centro Hospitalar do<br>Barlavento Algarvio, E.P.E. | —         | —    | —                         | 2,3                                     | 156.579                          | 28.045                               |

■ Estruturas Hospitalares de Psiquiatria da Infância e da Adolescência ainda por criar

## Equipa Multidisciplinar

### Quadro A11 Região de Saúde do Norte

| Hospitais                                      | Equipa Multidisciplinar  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | Rede 2004  | 2008   | 2011   |
| C. H. Porto, E.P.E.                            | Psicologia – 5<br>Enfermagem – 12<br>Serviço Social – 5<br>T.O – 2<br>Educação – 3 | Psicologia - 4; 140h<br>Enfermagem - 13; 455 h<br>Serviço Social - 3; 105h<br>T.O - 1; 35h<br>Educação - 4; 103h | Psicologia – 7; 215h<br>Enfermagem – 13; 465h<br>Serviço Social – 2; 70h<br>T.O - 1; 35h<br>Educação – 1 (DREN)<br>Outros – 1; 30h |
| Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.   | —  | Psicologia – 1; 35h*<br>Enfermagem – 2; 70h*<br>Serviço Social – 1; 35h*   | Psicologia – 1; 35h<br>Enfermagem – 2; 10h<br>Serviço Social – 1; 10h  |
| Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.          | —  | —  | —  |
| Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.         | —  | —  | Psicologia – 1; 15h<br>Enfermagem – 1; 10h<br>Serviço Social – 1; 10h  |
| Hospital de Braga                              | —  | Psicologia – 1; 10h<br>Serviço Social – 1; 17,5h   | Psicologia – 1; 10h<br>Serviço Social – 1; 17,5h   |
| Centro Hospitalar de S. João / Valongo, E.P.E. | —  | Psicologia – 4; 110h*<br>Enfermagem – 1; 35h*<br>Serviço Social *<br>T.O. *<br>Outros – dietista 17,5h;          | Psicologia – 5; 32h<br>T.O – 1; 2h   |
| C.H. Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.         | Psicologia – 2<br>Serviço Social – 1; 17,5h  | Psicologia – 3; 49h<br>Serviço Social – 1; 14h   | Psicologia – 3; 70h<br>Enfermagem – 1; 35 h<br>Serviço Social – 1; 14h<br>T.O – 1; 9h  |
| C. H. Tâmega e Sousa, E.P.E.                   | —  | Psicologia – 2; 80h<br>Enfermagem – 1; 17,5 h<br>Serviço Social – 2; 35h<br>T.O – 1; 16h                         | Psicologia – 2; 70h<br>Enfermagem – 1; 17,5 h<br>Serviço Social – 2; 35h<br>T.O – 2; 14h   |
| C. H. Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.  | —  | —  | Psicologia – 1; 40h<br>Enfermagem – 1; 6 h<br>Serviço Social – 1; 12h  |
| ULS Matosinhos, E.P.E.                         | —  | —  | —  |
| C. H. Entre Douro e Vouga, E.P.E.              | —  | —  | —  |

(continua)

(continuação)

| Equipa Multidisciplinar                    |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Hospitais                                  | Rede 2004  | 2008  | 2011   |
| C.H de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. | Psicologia – 2; 35h<br>Serviço Social – 1          | Psicologia – 5; 157,5h<br>Serviço Social – 1; 10,5h | Psicologia – 5; 160h<br>Serviço Social – 1; 10,5h<br>T.O – 1; 3h |
| C.H. do Nordeste, E.P.E.                   | Psicologia – 1; 17,5h<br>Serviço Social – 1; 17,5h | Psicologia – 1; 30h                                 | Psicologia – 1; 30h  |

\* Dados não diferenciados por Psiquiatria e Psiquiatria da Infância e da Adolescência

**Quadro A12 Região de Saúde do Centro**

| Equipa Multidisciplinar                       |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Hospitais                                     | Rede 2004  | 2008   | 2011   |
| C.H. Coimbra, E.P.E.                          | Psicologia – 1<br>Enfermagem – 4<br>Serviço Social – 2<br>T.O / T. reabilitação – 2<br>Educação – 1<br>Outros – 1 TF | Psicologia – 4; 140h<br>Enfermagem – 3; 105 h<br>Serviço Social – 3; 105h<br>Educação – 4; 114h                | Psicologia – 4; 140h<br>Enfermagem – 2; 70 h<br>Serviço Social – 3; 105h<br>Educação – 3; 105h                 |
| C.H. Tondela-Viseu, E.P.E                     | —  | Psicologia – 3; 54h<br>Enfermagem – 1; 21 h<br>Serviço Social – 1; 21h<br>T.O – 1; 42h                         | Psicologia – 3; 54h<br>Enfermagem – 1; 21 h<br>Serviço Social – 1; 21h<br>T.O – 1; 42h                         |
| C.H. Cova da Beira, E.P.E.                    | Psicologia – 1<br>T.O / T. reabilitação – 2<br>Outros – 1 TF   | Psicologia – 2; 80h<br>Serviço Social – 1; 8h<br>T.O – 1; 40h<br>Outros – 1 TF a 40h; 1 Psico-motricista a 40h | Psicologia – 1; 40h<br>Serviço Social – 1; 8h<br>T.O – 1; 40h<br>Outros – 1 TF a 40h; 1 Psico-motricista a 40h |
| ULS Castelo Branco, E.P.E.                    | —  | —  | Psicologia – 2; 8h<br>Enfermagem – 1; 24 h   |
| ULS Guarda, E.P.E.                            | —  | —  | Psicologia – 1; 35h  |
| C. H. Baixo Vouga, E.P.E.                     | Enfermagem – 1; 21 h<br>Outros – 1 TF a 17,5h  | Psicologia – 2; 27h<br>Serviço Social – 1; 20h   | Psicologia – 2; 30h<br>Enfermagem – 1; 21 h<br>Serviço Social – 1; 20h<br>T.O – 1; 8h                          |
| Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. | —  | Psicologia – 1; 20h<br>Serviço Social – 1; 10h   | Psicologia – 1; 35h<br>Serviço Social – 1; 15h   |
| C. H. Leiria-Pombal, E.P.E.                   | —  | Psicologia – 1; 12h<br>Serviço Social – 1; 2h  | Psicologia – 1; 12h<br>Serviço Social – 1; 2h  |

### Quadro A13 Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

| Hospitais   | Equipa Multidisciplinar  |  |   |
|---|--|--|---|
|   | Rede 2004  | 2008   | 2011  |
| G.H. do Centro de Lisboa, E.P.E.<br>– Hospital D. Estefânia | Psicologia – 5+ 1**<br>Enfermagem – 20+ 1**<br>Serviço Social – 6<br>T.O / Psicomotricista – 3/ 1<br>Educação – 6+ 2**<br>Outros – 5 TF<br>** baixa prolongada | Psicologia – 8; 280h<br>Enfermagem – 24; 840h<br>Serviço Social – 5;117h<br>T.O – 3; 110h<br>Educação – 2; 70h<br>Outros – 3 TF; 96h; 2 monitores; 70h | Psicologia – 11; 390h<br>Enfermagem – 23; 860h<br>Serviço Social – 3;110h<br>T.O – 3; 105h<br>Educação – 2; 70h<br>Outros – 2 TF; 56h; 1 Psicomotricista; 20h |
| C.H. Lisboa Ocidental, E.P.E.<br>– Hosp. S. Franc.Xavier    | Psicologia – 3<br>Enfermagem – 1<br>Serviço Social – 1<br>Outros – 1 TF  | Psicologia – 2; 80h<br>Enfermagem – 1; 35h<br>Serviço Social – 1;35h<br>Outros: 1 Psicomotricista; 20h   | Psicologia – 2; 80h<br>Enfermagem – 1; 35h<br>Serviço Social – 1; 35h<br>Outros: 1 Psicomotricista; 30h   |
| C.H. Lisboa Norte, E.P.E.<br>– Hospital de Sta. Maria       | Psicologia – 6   | Psicologia – 7; 245h<br>Enfermagem – 1   | Psicologia – 7; 245h<br>Enfermagem – 1; 42h   |
| C. H. Oeste Norte, E.P.E.<br>(C. Rainha)                    | –  | –  | –   |
| C. H. Torres Vedras   | –  | –  | –   |
| Hospital Beatriz Ângelo (Loures)                            | –  | –  | –   |
| Hospital Vila Franca de Xira                                | –  | –  | –   |
| Hospital Fernando da Fonseca, E.P.E.                        | Psicologia – 3; 17,5h (da pediatria)<br>Outros: 1 Psicomotricista; 17,5h   | Psicologia – 1; 40h<br>Outros: 1 Psicomotricista; 5h   | Psicologia – 1; 36h<br>Outros: 1 Psicomotricista; 7h  |
| Hospital de Cascais   | –  | –  | –   |
| Hospital Garcia de Orta, E.P.E.                             | Psicologia – 2   | Psicologia – 3; 105h<br>Serviço Social – 1; 7h<br>Educação – 1; 3,5h   | Psicologia – 4; 140h<br>Serviço Social – 1; 7h<br>Educação – 1; 4h  |
| C. H. Barreiro-Montijo, E.P.E.                              | Psicologia – 1<br>Enfermagem – 2   | Psicologia – 3; 80h<br>Enfermagem – 1; 35h<br>Serviço Social – 1; 5h   | Psicologia – 3; 80h<br>Enfermagem – 1; 40h  |
| C.H. Setúbal, E.P.E.  | Psicologia – 1; 17,5h<br>T.O / T. reabilitação – 1<br>Outros – 1 TF  | Psicologia – 1; 25h<br>Enfermagem – 1; 8h<br>Serviço Social – 1; 5h<br>Outros – 1 TF; 35h; 1 Psicomotricista; 35h                                      | Enfermagem – 1; 8h<br>Serviço Social – 1; 5h<br>T.O – 1; 5h<br>Outros -1 TF; 35h  |
| Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.                      | Psicologia – 2<br>Enfermagem – 1<br>Serviço Social – 1; 17,5h  | Psicologia – 3; 90h<br>Enfermagem – 1; 35h<br>Serviço Social – 1; 15h<br>T.O – 1; 20h  | Psicologia – 3; 105h<br>Enfermagem – 1; 35h<br>Serviço Social – 1; 15h<br>T.O – 1; 20h  |
| C. H. Médio Tejo, E.P.E.                                    | –  | Psicologia – 1; 40h<br>Serviço Social – 1; 8h  | Psicologia – 1; 40h<br>Serviço Social – 1; 15h  |

**Quadro A14 Região de Saúde do Alentejo**

| Equipa Multidisciplinar                            |  |   |   |
|--|--|---|---|
| Hospitais  | Rede 2004  | 2008  | 2011  |
| Hospital do Espírito Santo, E.P.E.                 | Psicologia – 3<br>Enfermagem – 1; 17,5h<br>Serviço Social – 1; 17,5h<br>T.O / T. reabilitação – 1<br>Educação – 2<br>Outros – 2 TF | Psicologia – 3<br>Enfermagem – 1; 17,5h<br>Serviço Social – 1; 17,5h<br>T.O – 1<br>Educação – 2<br>Outros -2 TF                                 | Psicologia – 3+ 1; 95h<br>Enfermagem – 1; 5h<br>Serviço Social – 1; 7h<br>T.O – 1; 35h<br>Educação – 2; 70h<br>Outros – 2 TF; 70h                 |
| Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. | –  | Sem dados disponíveis   | Psicologia – 1; 35h<br>T.O. – 1; 35h<br>Serviço Social – 1; 7h<br>Educação – 1; 35h<br>Outros – 1 TF a 35h  |
| Hospital do Litoral Alentejano, E.P.E.             | –  | –   | –   |
| Unidade Local de Saúde Baixo Alentejo, E.P.E.      | Psicologia – 2;<br>Enfermagem – 1; 17,5h<br>Serviço Social – 1; 17,5h<br>T.O / T. reabilitação – 1<br>Educação – 2<br>Outros -2 TF | Psicologia – 3; 70h<br>Enfermagem – 1; 35h<br>Serviço Social – 1; 17,5h<br>Educação – 1; 35h<br>Outros – 1 TF a 40h; 1<br>Psicomotricista a 40h | Psicologia – 4; 87,5h<br>Enfermagem – 2; 70h<br>Serviço Social – 1; 17,5h<br>Educação – 1; 35h<br>Outros – 1 TF a 40h; 1<br>Psicomotricista a 40h |

**Quadro A15 Região de Saúde do Algarve**

| Equipa Multidisciplinar                          |           |      |                                    |
|--|-----------|------|------------------------------------|
| Hospitais  | Rede 2004 | 2008 | 2011                               |
| Hospital Distrital de Faro, E.P.E.               | –         | –    | Psicologia – 1; 35h<br>T.O – 1; 2h |
| Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E. | –         | –    | –                                  |



## Necessidades Transitórias em Recursos Humanos

**Quadro A16** Região de Saúde do Norte

| Hospitais                         | Nº Psiquiatras da Infância e Adolescência     | Estimativas da População |                     |
|-----------------------------------|---|--------------------------|---------------------|
|                                   | Necessidades Transitórias em Recursos Humanos | População Total          | População 0-17 anos |
| C. H. Porto, E.P.E.               | 4,81  | 273.969                  | 57.787              |
| C. H. Entre Douro e Vouga, E.P.E. | 5,28  | 346.484                  | 63.385              |
| <b>Total</b>                      | <b>10,10</b>                                  | <b>620.453</b>           | <b>121.172</b>      |

|  |             |                |               |
|--|-------------|----------------|---------------|
| Centro Hospitalar de S. João / Valongo, E.P.E. | 5,65        | 354.018        | 67.781        |
| ULS Matosinhos, E.P.E.                         | 2,59        | 169.261        | 31.042        |
| <b>Total</b>                                   | <b>8,24</b> | <b>523.279</b> | <b>98.823</b> |

**Quadro A17** Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

| Hospitais  | Nº Psiquiatras da Infância e Adolescência     | Estimativas de População |                     |
|--|---|--------------------------|---------------------|
|  | Necessidades Transitórias em Recursos Humanos | População Total          | População 0-17 anos |
| G.H. do Centro de Lisboa, E.P.E. – Hospital D. Estefânia | 3,97  | 317.245                  | 47.615              |
| Hospital V. F. Xira                                      | 4,06  | 251.166                  | 48.711              |
| <b>Total</b>   | <b>8,03</b>                                   | <b>568.411</b>           | <b>96.326</b>       |

|  |             |                |                |
|--|-------------|----------------|----------------|
| C.H. Lisboa Norte, E.P.E. – Hospital de Sta. Maria | 2,58        | 208.646        | 30.995         |
| C. H. Oeste Norte, E.P.E.                          | 2,64        | 176.745        | 31.713         |
| C. H. Torres Vedras                                | 3,19        | 199.202        | 38.252         |
| <b>Total</b>                                       | <b>8,41</b> | <b>584.593</b> | <b>100.960</b> |

|   |             |                |               |
|---|-------------|----------------|---------------|
| C.H. Lisboa Ocidental, E.P.E. – Hosp. S. Francisco Xavier | 2,53        | 182.948        | 30.372        |
| Hospital de Cascais                                       | 3,13        | 188.244        | 37.617        |
| <b>Total</b>  | <b>5,67</b> | <b>371.192</b> | <b>67.989</b> |

**Quadro A18** Região de Saúde do Alentejo

| Hospitais  | Nº Psiquiatras da<br>Infância e Adolescência        | Estimativas<br>de População |                        |
|--|---|-----------------------------|------------------------|
|  | Necessidades<br>Transitórias<br>em Recursos Humanos | População<br>Total          | População<br>0-17 anos |
| Hospital do Espírito Santo, E.P.E.                 | 2,26  | 168.893                     | 27.135                 |
| Unidade Local de Saúde do N.<br>Alentejano, E.P.E. | 1,49  | 116.830                     | 17.855                 |
| Hospital do Litoral Alentejano,<br>E.P.E.          | 0,89  | 70.159                      | 10.639                 |
| <b>Total</b>                                       | <b>4,64</b>   | <b>355.882</b>              | <b>55.629</b>          |

**Quadro A19** Região de Saúde do Algarve

| Hospitais   | Nº Psiquiatras da<br>Infância e Adolescência        | Estimativas<br>de População |                        |
|---|---|-----------------------------|------------------------|
|   | Necessidades<br>Transitórias<br>em Recursos Humanos | População<br>Total          | População<br>0-17 anos |
| Hospital Distrital de Faro, E.P.E.                  | 4,23  | 273.505                     | 50.816                 |
| Centro Hospitalar<br>do Barlavento Algarvio, E.P.E. | 2,34  | 156.579                     | 28.045                 |
| <b>Total</b>  | <b>6,57</b>   | <b>430.084</b>              | <b>78.861</b>          |

## Anexo B

**Quadro B1** Tipologias de CCISM para crianças e adolescentes, conforme estabelecido na Portaria 149/2011 que regulamenta o Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro.

| Tipologia                         |           | Destinatários   | Finalidade   | Duração do programa                             | Lotação                    |
|-----------------------------------|-----------|---|--|---|----------------------------|
| Residência de Treino de Autonomia | Subtipo A | Crianças e adolescentes com idades entre os 11 e os 17 anos, com moderado a reduzido grau de incapacidade psicossocial, portadores de perturbação mental grave.   | Prestação de cuidados de saúde mental num ambiente protegido e estruturado, que permita dar uma resposta mais efectiva no âmbito do suporte terapêutico, de reabilitação e integração psicossocial, com o envolvimento dos cuidadores de referência e com o objectivo de promover o regresso à comunidade de origem. | 12 meses, com eventual prolongamento de 6 meses | 12 crianças / adolescentes |
|                                   | Subtipo B | Crianças e adolescentes com idades entre os 11 e os 17 anos, com moderado a reduzido grau de incapacidade psicossocial, portadores de perturbação grave do desenvolvimento e estruturação da personalidade.             |  |   |                            |
| Residência de Apoio Máximo        |           | Crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos, portadores de perturbação mental com carácter grave e prolongado, 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 efectiva no âmbito do suporte de reabilitação e integração psicossocial, com o objectivo de prevenir o agravamento da dependência e de reduzir ao máximo o défice psicossocial.                        | 12 meses, com eventual prolongamento            |                            |

(continua)

(continuação)

| Tipologia                           | Destinatários   | Finalidade  | Duração do programa  | Lotação                       |
|-------------------------------------|---|---|--|-------------------------------|
| <b>Unidade Sócio-Ocupacional</b>    | Adolescentes entre os 13 e os 17 anos, portadores cumulativamente de: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ perturbação mental com carácter grave ou perturbação do desenvolvimento e estruturação da personalidade;</li> <li>▪ moderado a reduzido grau de incapacidade psicossocial;</li> <li>▪ comprometimento psicossocial (perturbações relacionais, escolares / ocupacionais e de integração social).</li> </ul> | 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ perturbação mental grave ou perturbação do desenvolvimento e estruturação da personalidade;</li> <li>▪ comprometimento psicossocial.</li> </ul>  | 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.   | De acordo com o PII  | 8 visitas domiciliárias / dia |

## Anexo C Programa de Formação do Internato de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

376

DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-B

N.º 17 — 21-1-1999

QUADRO N.º 8

**8.º semestre**

| Unidades curriculares                      | Tipo            | Escolaridade (em horas semanais) |                        |                |                       |
|--|-----------------|----------------------------------|------------------------|----------------|-----------------------|
|  |                 | Aulas teóricas                   | Aulas teórico-práticas | Aulas práticas | Seminários e estágios |
| Betão Armado II .....                      | Semestral ..... | 1                                | 3                      |                |                       |
| Economia da Construção II .....            | Semestral ..... |                                  | 3                      |                |                       |
| Estruturas Metálicas .....                 | Semestral ..... | 1                                | 3                      |                |                       |
| Geologia de Engenharia e do Ambiente ..... | Semestral ..... |                                  | 4                      |                |                       |
| Infra-Estruturas Rodoviárias II .....      | Semestral ..... |                                  | 4                      |                |                       |
| Projecto Assistido por Computador .....    | Semestral ..... |                                  | 3                      |                |                       |
| Qualidade da Construção I .....            | Semestral ..... |                                  | 2                      |                |                       |

QUADRO N.º 9

**9.º semestre**

| Unidades curriculares                                      | Tipo            | Escolaridade (em horas semanais) |                        |                |                       |
|--|-----------------|----------------------------------|------------------------|----------------|-----------------------|
|  |                 | Aulas teóricas                   | Aulas teórico-práticas | Aulas práticas | Seminários e estágios |
| Betão Pré-Esforçado .....                                  | Semestral ..... | 1                                | 3                      |                |                       |
| Dimensionamento de Estruturas .....                        | Semestral ..... | 2                                | 3                      |                |                       |
| Planeamento e Gestão da Construção .....                   | Semestral ..... |                                  | 4                      |                |                       |
| Qualidade da Construção II .....                           | Semestral ..... |                                  | 2                      |                |                       |
| Sociologia Industrial das Organizações e do Trabalho ..... | Semestral ..... | 2                                |                        |                |                       |
| Tecnologias de Construção I .....                          | Semestral ..... |                                  | 4                      |                |                       |
| Transportes .....  | Semestral ..... |                                  | 1                      | 2              |                       |

QUADRO N.º 10

**10.º semestre**

| Unidades curriculares                            | Tipo            | Escolaridade (em horas semanais) |                        |                |                       |
|--|-----------------|----------------------------------|------------------------|----------------|-----------------------|
|  |                 | Aulas teóricas                   | Aulas teórico-práticas | Aulas práticas | Seminários e estágios |
| Dinâmica e Engenharia Sísmica .....              | Semestral ..... | 2                                | 4                      |                |                       |
| Direito do Urbanismo e da Construção Civil ..... | Semestral ..... | 2                                |                        |                |                       |
| Organização e Gestão de Obras .....              | Semestral ..... |                                  | 3                      |                |                       |
| Planeamento Regional e Urbano .....              | Semestral ..... |                                  | 3                      |                |                       |
| Reabilitação e Construção de Edifícios .....     | Semestral ..... |                                  | 4                      |                |                       |
| Segurança no Trabalho da Construção .....        | Semestral ..... |                                  | 3                      |                |                       |
| Tecnologias de Construção II .....               | Semestral ..... |                                  | 4                      |                |                       |

Duração mínima do semestre: 15 semanas lectivas efectivas.

### MINISTÉRIO DA SAÚDE

#### Portaria n.º 44/99

de 21 de Janeiro

As crescentes exigências e responsabilidades postas no exercício das actividades médicas e cirúrgicas especializadas, agora potenciadas pela livre circulação de profissionais na Comunidade Europeia, requerem elevados níveis de formação pós-graduada.

Com esse objectivo, e através da reformulação do regime legal dos internatos médicos, visa-se garantir as melhores condições de formação e, consequentemente, revalorizar os títulos de qualificação profissional que confere. Para o efeito, é medida fundamental o estabelecimento de programas de formação para cada área profissional ou especialidade, devidamente actualizados,

que definam a estrutura curricular do processo formativo, com tempos e planos gerais de actividades, e fixem os objectivos globais e específicos de cada área e estágio e os momentos e métodos da avaliação.

Assim, sob proposta da Ordem dos Médicos e do Conselho Nacional dos Internatos Médicos;

Ao abrigo do disposto nos artigos 7.º e 8.º do Decreto-Lei n.º 128/92, de 4 de Julho, bem como nos artigos 23.º, 24.º e 79.º do Regulamento dos Internatos Complementares, aprovado pela Portaria n.º 695/95, de 30 de Junho:

Manda o Governo, pela Ministra da Saúde, o seguinte:

1.º É aprovado o programa de formação do internato complementar da especialidade e área profissional médica de psiquiatria da infância e da adolescência (pedopsiquiatria), que está anexo a esta portaria e que dela é parte integrante.

2.º A aplicação e desenvolvimento do programa compete aos órgãos e agentes responsáveis pela formação nos internatos, devendo assegurar a maior uniformidade a nível nacional.

Ministério da Saúde.

Assinada em 7 de Dezembro de 1998.

A Ministra da Saúde, *Maria de Belém Roseira Martins Coelho Henriques de Pina*.

#### ANEXO

#### Programa de formação do internato complementar da especialidade e área profissional médica de psiquiatria da infância e da adolescência (pedopsiquiatria).

- 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 reacções 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 actualizados 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 directa 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 acções 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) Prospeção 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, PÉSS), 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 interactivos e intersubjectivos 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) Acções 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 acções 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 consequentes defesas desperdadas 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 consequente 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 consequências 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 neuropediatria:

##### 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 director 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 n.º 34 do anexo I do regulamento aprovado pela Portaria n.º 695/95, de 30 de Junho, passa a ter a seguinte designação: «Psiquiatria da infância e da adolescência (ou pedopsiquiatria)».

### Portaria n.º 45/99

de 21 de Janeiro

A preocupação em proporcionar aos insuficientes renais uma melhoria acentuada da sua qualidade de vida, ou, pelo menos, de ultrapassar ou mitigar o seu sofrimento, tem motivado a procura das soluções adequadas para os seus problemas específicos.

Concretamente, a Comissão Nacional de Diálise, enquanto órgão consultivo do Ministério da Saúde, pronunciou-se no sentido de que não se justifica a manutenção da prática da reutilização dos filtros de hemodiálise, devendo adoptar-se as medidas necessárias à sua cessação.

Nestes termos, e face ao disposto no artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 392/93, de 23 de Novembro, donde se retira que o uso múltiplo de dialisadores em hemodiálise só é admissível nas condições aprovadas por portaria do Ministro da Saúde, torna-se inadivél proceder à revogação da Portaria n.º 360/94, de 7 de Junho.

Assim, ao abrigo do disposto no artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 392/93, de 23 de Novembro, e ouvida a Comissão Nacional de Diálise:

Manda o Governo, pela Ministra da Saúde, o seguinte:

1.º Em nenhuma condição é admissível o uso múltiplo de dialisadores no tratamento de doentes renais crónicos.

2.º É revogada a Portaria n.º 360/94, de 7 de Junho.

Ministério da Saúde.

Assinada em 14 de Janeiro de 1999.

Pela Ministra da Saúde, *Francisco Ventura Ramos*,  
Secretário de Estado da Saúde.

## Anexo D

### **Idoneidade do Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência**

Disponibiliza-se a versão da Matriz Específica para Avaliação da Idoneidade de Serviços Hospitalares de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, aprovada pelo CNE a 27.07.2010. Esta versão encontra-se em fase de revisão pela actual Direcção do Colégio da Especialidade.

## Matriz Específica para Avaliação da Idoneidade de Serviços Hospitalares de Psiquiatria da Infância e da Adolescência\*

### Separaremos:

1. Critérios Gerais Referentes à Estrutura
2. Critérios Gerais Referentes ao Processo Assistencial – Educacional
3. Critérios Gerais Referentes a Resultados Assistenciais e Educativos

### 1. Critérios Gerais Referentes à Estrutura

- a) Serviço com autonomia técnica, dirigido por um Psiquiatra de Infância e Adolescência, inscrito no Colégio da Especialidade e com mais de 5 anos de actividade profissional pós-especialização.
- b) Instalações com estrutura física independente ou integrado num Departamento/ Hospital, dispondo de:
  1. Gabinetes médicos individualizados para consulta externa própria;
  2. Gabinetes para outros técnicos;
  3. Salas de espera apropriadas para crianças e para adolescentes, sendo desejável, além disso, que a 1ª infância tenha um espaço próprio;
  4. Sala de reuniões e biblioteca próprias ou de fácil acesso, com publicações actualizadas da especialidade;

5. Sala para grupos terapêuticos;
6. Instalações para Área de dia / Hospital de dia;
7. Instalações para Internamento.

#### c) Equipamento

- ❖ Existência de material para observação clínica e pericial adequado às várias faixas etárias (0 –18 anos), assim como para intervenções terapêuticas.
- ❖ Deverá ainda haver fácil acesso a meios complementares de diagnóstico e terapêutica como testes psicológicos, avaliação socio-familiar, exames laboratoriais, imagiológicos, EEG, etc..

#### d) Equipamento educativo

- ❖ A biblioteca ou a sala de reuniões do serviço deverão dispor para além de livros e publicações actualizadas da especialidade, de equipamento informático e meios audiovisuais.

#### e) Pessoal

- ❖ O Serviço deverá ter pelo menos um Especialista em Psiquiatria de Infância e Adolescência, com pelo menos 5 anos de experiência pós-especialização, e ao qual estejam asseguradas as condições de estabilidade laboral, que lhe permitam o envolvimento adequado no processo de formação.
- ❖ O Serviço deverá ter, no mínimo, um médico especialista por cada três internos.
- ❖ É desejável que o número de médicos e dos outros técnicos não seja inferior a metade do ratio previsto na “Rede de Referência Hospitalar”, relativamente à dimensão populacional que o serviço assiste.

\* Construída segundo e disposto na alínea a) do ponto 2 do documento “Avaliação da idoneidade dos Serviços para fins de formação de especialistas”, aprovado pelo Conselho Nacional Executivo de 18 de Junho de 1994, e publicado na Revista da Ordem dos Médicos de Junho de 1994.

❖ O Serviço deverá ter um funcionamento multidisciplinar, sendo desejável que contenha as seguintes valências, para além do(s) psiquiatra(s) de infância e adolescência:

- Psicólogo(s) clínico(s)
- Enfermeiro(s)
- Terapeuta(s) da fala
- Técnico(s) de psicomotricidade
- Terapeuta(s) ocupacional
- Educador de infância
- Professor do ensino especial
- Técnico(s) do serviço social
- Funcionário(s) administrativo(s)
- Auxiliar(es) de acção médica

#### f) Sistema de informação

❖ Os dossiers clínicos deverão conter elementos legíveis relevantes da **anamnese**, com o **diagnóstico**, a **orientação terapêutica** e registos que garantam a **continuidade de cuidados** (plano de cuidados, data das reavaliações, responsabilidade pelas mesmas).

❖ Deverá ficar claramente registada a identificação de quem preencheu todos esses elementos.

❖ O suporte poderá ser em papel, e sempre que possível, informatizado. É desejável a constituição de uma **base de dados clínicos** com elementos de diagnóstico e intervenção terapêutica, acautelando o devido sigilo profissional.

❖ O arquivo clínico deverá ser de fácil localização e acesso, acautelando o sigilo profissional.

#### g) Sistema de comunicação

❖ Deverá existir um **sistema de fácil comunicação** (acesso à Internet / e-mail / fax) entre os profissionais do serviço e da instituição

(sobretudo com especialidades afins como pediatria, neurologia pediátrica, psiquiatria) assim como com outras Instituições da comunidade (Centros de Saúde, Escolas, Centros de desenvolvimento, Equipas de intervenção precoce, Instituições ligadas à Segurança Social, como as de Acolhimento de Crianças em Risco, Tribunais, Comissões de Protecção de Jovens em Risco, Centros de Atendimento de Toxicodependentes, Centros de Reabilitação / Atendimento a Crianças com Deficiência Mental, Motora ou Sensorial, etc).

❖ Deverão ser discriminados e incentivados os **protocolos de articulação / consultadoria** com outras instituições.

## 2. Critérios Gerais Referentes aos Processos Assistencial e Educacional

### a) Atendimento dos doentes

❖ Deverão ser referidas a dimensão de população abrangida pelo serviço e outras características relevantes sócio-demográficas e culturais..

❖ É desejável que a lista de espera para 1ª consulta seja inferior a 45 dias, e inferior a 7 dias no caso de consultas consideradas urgentes/prioritárias.

❖ O sistema de marcação de consultas deve permitir atribuir uma hora determinada para cada doente.

❖ Deve estar operacional um sistema de desmarcação de consultas, sempre que necessário.

### b) Actividade assistencial

❖ O movimento geral de doentes deverá ser suficientemente numeroso, nosologicamente

diversificado e com distribuição equilibrada pelas várias faixas etárias (desde a 1ª infância ao final da adolescência)

- ❖ O Serviço deverá dispor de valências terapêuticas diversificadas, sendo fundamentais:

- Consultas Terapêuticas
- Pedopsiquiatria Forense
- Psicoterapias Individuais
- Intervenções Familiares
- Terapias de Grupo
- Psicofarmacologia
- Intervenções Psicossociais

- ❖ É desejável que possa ainda contemplar intervenções em:

- Psicomotricidade
- Terapia da Fala
- Terapia Ocupacional
- Terapia pela Arte
- Intervenção Comunitária

- ❖ Estas valências poderão desenrolar-se em diversos sectores, sendo desejável que o Serviço assegure pelo menos três dos sectores:

- Sector de Ambulatório (consultas externas)
- Internamento Hospitalar
- Serviço de Urgência (com presença física permanente ou em regime de chamada/prevenção)
- Área de Dia / Hospital de Dia
- Pedopsiquiatria de Ligação

- ❖ É aconselhável que o Serviço desenvolva consultas diferenciadas para as diferentes faixas etárias.

#### **c) Actividade Educacional (formação de especialistas)**

- ❖ O Serviço deverá ter capacidade para estruturar e executar programas de formação médica pós-graduada e proporcionar o acesso a documentação pedagógica.

- ❖ Deverá ser referido se a Instituição permite cumprir todo o programa de Internato Complementar e em caso negativo se existem protocolos de articulação com outras Instituições idóneas.

#### **d) Orientação de formação**

- ❖ O Serviço ou Instituição a que pertence deverá proporcionar o acesso à formação de formadores. Deverá existir avaliação regular de desempenho educacional dos orientadores.

#### **e) Actividades regulares de formação contínua**

- ❖ Deverão existir actividades de educação médica regular, assim como de formação permanente de outros técnicos.

- ❖ O funcionamento em equipa deverá ser estimulado.

- ❖ As reuniões clínicas deverão ter periodicidade regular, sendo desejável que sejam semanais.

- ❖ Deverão ser incentivadas sessões periódicas de um “Journal Club”, assim como a partilha em equipa da formação recebida no exterior (através de acções de formação pós-graduação).

- ❖ É desejável a participação do Serviço na organização de Acções de Formação / Congressos.

- ❖ Deverão ser incentivados pelo Serviço a participação dos profissionais em Congressos / Acções de Formação da especialidade e afins.

- ❖ Deverá ser fomentada e apoiada a realização de trabalhos de investigação, assim como a sua apresentação e publicação.

- ❖ O Serviço deverá efectuar regularmente uma revisão das suas práticas, no sentido de

avaliar a qualidade dos cuidados assistenciais e de promover a sua melhoria.

- ❖ É desejável que tenham impacto na promoção da Saúde Mental Infanto-Juvenil e de Prevenção Primária, na área geo-demográfica de influência do Serviço.

### **3. Critérios Gerais Referentes a Resultados Assistenciais e Educativos**

#### **a) Satisfação / insatisfação dos utentes**

- ❖ Deverão realizar-se inquéritos regulares sobre o grau de satisfação dos doentes relativamente ao atendimento no Serviço, assim como deve ser feita a análise de eventuais participações à Ordem dos Médicos.

A Direcção do Colégio de Psiquiatria  
da Infância e da Adolescência,  
23 de Março de 2006

#### **b) Os resultados técnicos (assistenciais)**

- ❖ Deverão ser avaliados não só pelo número de doentes assistidos, mas também através do número de altas e de abandonos terapêuticos, do número de doentes em continuidade de cuidados (desde a prevenção à reabilitação).
- ❖ Será vantajoso proceder-se a uma comparação dos resultados obtidos com a dos Serviços afins.

#### **c) Os resultados educacionais**

- ❖ Poderão ser avaliados pelo número de especialistas formados, pelas classificações que obtiveram na prova final de Internato e, ainda, pela sua evolução profissional.

#### **d) Os resultados das investigações**

- ❖ Conduzidas pelo Serviço, deverão traduzir-se em melhorias na prática clínica e na qualidade de publicações ou apresentações em congressos.
- ❖ Deverá haver regularidade na produção técnico-científica.



## Anexo E Despacho nº9871/2010 – Ministério da Saúde – Alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria até aos 17 anos e 364 dias

*Diário da República, 2.ª série — N.º 112 — 11 de Junho de 2010*

32123

Instituto da Segurança Social, I. P.

Centro Distrital do Porto

**Despacho n.º 9870/2010**

Nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 35.º do CPA e no uso dos poderes que me foram subdelegados pelo Despacho do Exmo. Senhor Director Adjunto do Centro Distrital do Porto, n.º 5425/2010, publicado no *Diário da República*, 2.ª série n.º 59, de 25 de Março de 2010, subdelego na Directora do Núcleo de Prestações de Desemprego, a licenciada Anabela de Assunção Costa Paulo Magalhães, a competência para:

1.1 — Decidir sobre as prestações do sistema previdencial, no âmbito da competência do Núcleo de Prestações de Desemprego do Centro Distrital do Porto;

1.2 — Decidir sobre as prestações do subsistema de solidariedade do sistema de protecção social de cidadania, no âmbito da competência do Núcleo de Prestações de Desemprego do Centro Distrital do Porto;

1.3 — Despachar pedidos de justificação de faltas;

1.4 — Decidir sobre a justificação das faltas ao serviço dos colaboradores sob sua dependência;

1.5 — Despachar os pedidos de autorização para ausência ao serviço, por motivos de tratamento ambulatorio, consultas médicas ou exames complementares de diagnóstico;

1.6 — Assinar a correspondência relacionada com assuntos de natureza corrente necessária ao normal funcionamento dos serviços, incluindo a dirigida aos tribunais, com excepção da que for dirigida ao Presidente da República, à Assembleia da República, ao Governo e aos titulares deste órgão de soberania, à Provedoria de Justiça e a outras entidades de idêntica ou superior posição na hierarquia do Estado, salvaguardando situações de mero expediente ou de natureza urgente;

1.7 — Autorizar a passagem de certidões e declarações respeitantes a beneficiários no âmbito da competência do Núcleo de Prestações de Desemprego do Centro Distrital do Porto.

2. — O presente despacho produz efeitos a partir de 15 de Março do ano corrente, ficando assim ratificados os actos praticados no âmbito dos poderes nele conferidos, nos termos do artigo 137.º do CPA.

30 de Abril de 2010. — A Directora da Unidade de Prestações, *Ana Paula Machado da Costa*.

203339641

### MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete da Ministra

**Despacho n.º 9871/2010**

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança é o mais amplamente ratificado instrumento internacional de direitos humanos. A Convenção sobre os direitos das crianças foi adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990.

A criança é definida no artigo 1.º da Convenção como todo o ser humano com menos de 18 anos, excepto se a lei nacional conferir a maioridade mais cedo. De acordo com o artigo 24.º da Convenção a criança tem direito a gozar do mais alto padrão de saúde possível a ser assegurado pelo Estado. Com vista à realização plena destes objectivos, as políticas em saúde e as medidas tomadas nos últimos 20 anos tornaram Portugal uma referência na promoção da saúde da criança e do adolescente.

A idade pediátrica em Portugal foi inicialmente estabelecida por despacho da Direcção-Geral dos Hospitais, em 24 de Fevereiro de 1987, até aos 14 anos e 364 dias nas consultas, urgência e internamento. Na sequência da aprovação da Convenção sobre os direitos das crianças, e da consequente evolução da prática internacional, em Portugal, quando as crianças necessitam de cuidados hospitalares são frequentemente seguidas nos serviços de pediatria, até que seja feita a transição para a idade adulta, o que sucede em idades variáveis, de acordo com a patologia em questão e os protocolos aplicáveis ao caso concreto.

Estudos realizados pela Direcção-Geral de Saúde e pelo Instituto de Apoio à Criança — Sector Humanização revelam que hoje o atendimento estabelecido nos serviços de pediatria em todos os hospitais varia entre os 12 e os 18 anos. Nesta medida, o âmbito subjectivo do Programa Tipo Saúde Infantil e Juvenil da Direcção-Geral de Saúde aprovado em 2005 e que revogou a circular normativa n.º 9/DSI, de 6 de Outubro de 1992, e que constitui a orientação técnica dada ao Sistema Nacional de Saúde em matéria de avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças abrange crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos.

Com vista à realização plena dos direitos decorrentes do artigo 1.º da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças, cumpre proceder à harmonização da idade de atendimento à criança e ao adolescente em todo o País, assegurando a acessibilidade à rede de cuidados pediátricos em todo o Sistema Nacional de Saúde a todos os utentes até aos 18 anos.

Considerando que no seu percurso de crescimento e desenvolvimento as crianças têm necessidades muito diversas, deverá atender-se às especificidades das diferentes características da idade da criança e adolescente, criando as condições para o cumprimento das recomendações das Nações Unidas e da Carta da Criança Hospitalizada no âmbito da rede de cuidados pediátricos.

Assim, determino:

1 — O alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria, no serviço de urgência, consulta externa, hospital de dia e internamento até aos 17 anos e 364 dias.

2 — A implementação do alargamento da idade de atendimento deverá ser gradual e progressiva, em termos a definir por cada instituição, em articulação estreita com a respectiva administração regional de saúde, atendendo às especificidades de cada área de intervenção.

1 de Junho de 2010. — A Ministra da Saúde, *Ana Maria Teodoro Jorge*.

203338775

**Despacho n.º 9872/2010**

As unidades coordenadoras funcionais (UCF) da Saúde Materna e Neonatal foram criadas pelo despacho n.º 6/91, de 28 de Maio, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, e reestruturadas pelo despacho n.º 12917/98, de 27 de Junho, da Ministra da Saúde, que alargou o seu âmbito e competências à criança e ao adolescente. Durante os seus quase 20 anos de existência, as UCF desempenharam um papel fundamental na promoção da saúde materna e neonatal, da criança e do adolescente, assim como na indispensável articulação entre a prestação de cuidados de saúde primários e hospitalar, tendo permitido uma melhoria significativa nos indicadores, sendo Portugal hoje apontado como país de referência dos indicadores materno-infantis. Sucessivas alterações legislativas, nomeadamente a modificação dos modelos de gestão ao nível da prestação de cuidados de saúde primários e gestão hospitalar designadamente com a criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES), a aprovação da rede de referência materno-infantil, por despacho ministerial, em 26 de Abril de 2001, a criação da Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente, através do despacho n.º 21929/2009, de 1 de Outubro, tomam premente proceder à reestruturação das UCF da saúde materna e neonatal e da saúde da criança e do adolescente, permitindo a sua consolidação enquanto organismos funcionais indispensáveis à promoção da prestação de cuidados de saúde materna e neonatal e de saúde da criança e do adolescente. Considera-se, ainda, fundamental proceder à redefinição das comissões técnicas regionais, criadas ao abrigo do despacho n.º 5411/97, de 6 de Agosto, da Ministra da Saúde, através da criação de comissões regionais de saúde da mulher, da criança e do adolescente (CRSMCA), estruturas consultivas das administrações regionais de saúde. As CRSMCA, através do alargamento das suas competências, potenciam uma articulação optimizada entre todos os interlocutores na área da saúde materna e neonatal e da saúde da criança e do adolescente a nível local, regional e nacional na promoção da prestação de cuidados de saúde materna e neonatal e de saúde da criança e do adolescente.

Nestes termos, e nos do artigo 8.º, n.º 1, e do artigo 22.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 321/2009, de 11 de Dezembro, determino:

1 — A criação, em cada região de saúde, de unidades coordenadoras funcionais de saúde materna e neonatal e de saúde da criança e do adolescente as quais devem ser constituídas de acordo com a arquitectura definida pela rede de referência materno-infantil em vigor, e tendo como referência a existência de uma maternidade, hospital ou centro hospitalar que sejam dotados de blocos de partos e de serviços de obstetria e de pediatria, e dos ACES da sua área de influência.

2 — Cada UCF é constituída por duas subunidades de acordo com as seguintes vertentes:

- a) Saúde materna e neonatal;
- b) Saúde da criança e do adolescente.

3 — As duas subunidades funcionam de forma autónoma, desenvolvendo um programa próprio, sem prejuízo da complementaridade de objectivos, os quais são definidos em reunião anual da UCF.

4 — A subunidade de saúde materna e neonatal é composta pelos seguintes membros:

- a) Director do serviço de ginecologia/obstetria do hospital, centro hospitalar ou maternidade;







# Rede de Referência Hospitalar **de Psiquiatria da Infância e da Adolescência**

Coordenação Nacional para a Saúde Mental  
Administração Central do Sistema de Saúde