

PRINCÍPIOS ORIENTADORES

PARA O DESENVOLVIMENTO DE EQUIPAS COMUNITÁRIAS DE SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (ECSM-IA)

Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental

2023

Coordenadora: Cristina Marques

Título: Princípios Orientadores para o Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental da Infância e Adolescência (ECSM-IA)

Promotor: Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde

Coordenador da CNPSM: Miguel Xavier

Responsável da CNPSM pela Psiquiatria da Infância e Adolescência: Cristina Marques

Autores:

Carla Maia

Salomé Ratinho

Paula Correia

Cristina Marques (Coord.)

Com a colaboração de:

Otília Queirós

Catarina Pereira

Maria João Marques

Nazaré Matos

Lisboa, julho de 2023

Como citar:

Marques, C., Maia, C., Ratinho, S., Correia, P. (2023). Princípios Orientadores para o Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental para a Infância e Adolescência. Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (Coordenador: Miguel Xavier), Ministério da Saúde.

ISBN: 978-989-99480-5-1

ÍNDICE

A. Introdução	9
A1. Definição e enquadramento legal	11
A2. Objetivos das ECSM-IA	14
A3. Fundamentação teórica	15
B. Atividades e Intervenções	17
B1. Organização, referenciação e funcionamento geral	19
B2. Atividade assistencial	23
B3. Articulação com estruturas da comunidade	35
B4. Programas de prevenção e promoção da Saúde Mental ..	37
C. Operacionalização	39
C1. Setorização e local de funcionamento	41
C2. Recursos humanos	42
C3. Equipamentos, transportes e materiais de intervenção.....	45
C4. Contactos da Equipa.....	46
D. Avaliação	47
D1. Estabelecimento de protocolos.....	49
D2. Registo de atividade e indicadores	49
E. Reuniões, formação e investigação	59
E1. Reuniões da equipa	61
E2. Formação contínua, investigação, inovação e rede nacional das ECSM-IA	62
Bibliografia	65
Sugestões de leitura	71

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS Administração Central do Sistema de Saúde

ATL Atividades de Tempos Livres

CAT Centro de Acolhimento Temporário

CNPSM Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental

CNSM Coordenação Nacional para a Saúde Mental

COPMI Children of Parents with Mental Illness

CRSM Coordenações Regionais de Saúde Mental

CSP Cuidados de Saúde Primários

CPCJ Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS Direção-Geral da Saúde

DMG Doença mental grave

ECSM-IA Equipa(s) Comunitária(s) de Saúde Mental –
Infância e Adolescência

ELI Equipas Locais de Intervenção

EMAEI Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva

EMAT Equipas Multidisciplinares de Apoio aos Tribunais

LIJ Lar de Infância e Juventude

MCDT's Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NACJR Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OMS Organização Mundial de Saúde

PIA Psiquiatria da Infância e da Adolescência

PIC Plano Individual de Cuidados

PNSM Plano Nacional de Saúde Mental

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

SICAD Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIGA SNS Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde

SLSM Serviços Locais de Saúde Mental

SPO Serviço de Psicologia e Orientação

SS Segurança Social

NOTA INTRODUTÓRIA

Para efeitos de redação deste documento, utilizaremos o termo criança de acordo com a definição da OMS e das Nações Unidas. O termo *criança* refere-se a todas as faixas etárias, desde a concepção (fase embrionária e fetal) até ao final da adolescência (18 anos) (1,2).

A.

Introdução

A1. Definição e enquadramento legal

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental e com o Decreto-Lei 113/2021 de 14 de dezembro, as Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) são as estruturas fundamentais segundo as quais se organizam os Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM).

Estas equipas seguem um modelo comunitário sistémico e asseguram que o tratamento decorre na comunidade, em articulação com outros profissionais de saúde e outros níveis de cuidados, contribuindo para a redução do estigma e da discriminação associados à doença mental.

O Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) define a composição das equipas comunitárias como multidisciplinares. Estabelece como objetivos principais:

- aproximar os serviços de saúde mental da população que acompanham;
- assegurar respostas focadas na prevenção, através do melhor entendimento do contexto onde as pessoas vivem e adoecem.

As ECSM da Infância e Adolescência (ECSM-IA) devem funcionar em articulação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP), os Agrupamentos de Escolas, as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), a Segurança Social, as Câmaras Municipais, as Juntas de Freguesia, as Instituições de acolhimento, Equipas de Tratamento (SICAD), associações de apoio à juventude e demais parceiros na sua área assistencial.

O modelo de ECSM fundamenta-se em experiências de intervenção em saúde mental com evidência comprovada a nível internacional, que valorizam a importância que os fatores biopsicossociais assumem na origem,

no condicionamento e na transgeracionalidade das perturbações psiquiátricas.

Segundo o Decreto-Lei nº 113/2021, os SLSM devem reorganizar os seus recursos humanos de forma a constituírem ECSM, de acordo com a legislação. Para cumprir este objetivo principal, existirá uma colaboração estreita com as Coordenações Regionais de Saúde Mental (CRSM), cuja existência serve o propósito de implementar as políticas nacionais de saúde mental em cada região.

Tendo em conta a escassez e assimetria de recursos humanos, nomeadamente na área da saúde mental da infância e adolescência, o Investimento RE-CO1-i03 para a conclusão da Reforma de Saúde Mental prevê a implementação de 40 novas ECSM a nível nacional, de forma a obedecer aos ratios populacionais definidos no PNSM até 100.000 habitantes. Na infância e adolescência, recomenda-se que se tenha em conta o rácio mínimo preconizado para a população abaixo de 18 anos de idade de 1 pedopsiquiatra para cada 12.000, idealmente 1/9000 crianças (RRHPIA) (3).

Para facilitar a implementação e uniformização do funcionamento das ECSM-IA em Portugal continental, a CNPSM e as CRSM, na área da Psiquiatria da Infância e Adolescência, elaboraram este guia de orientações.

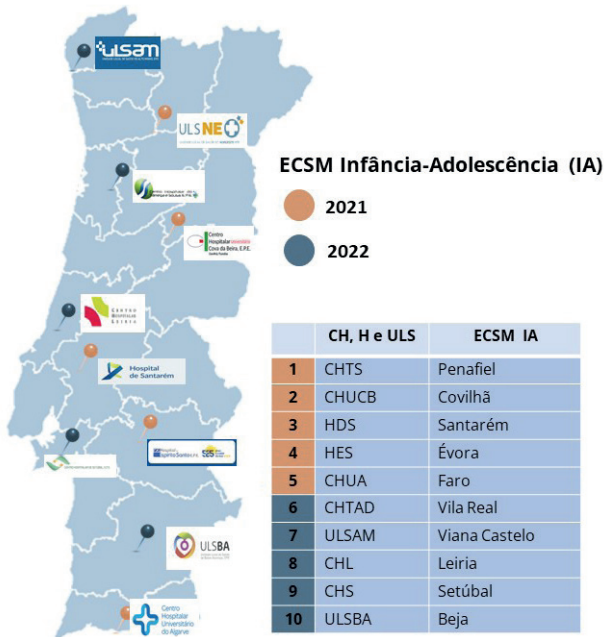
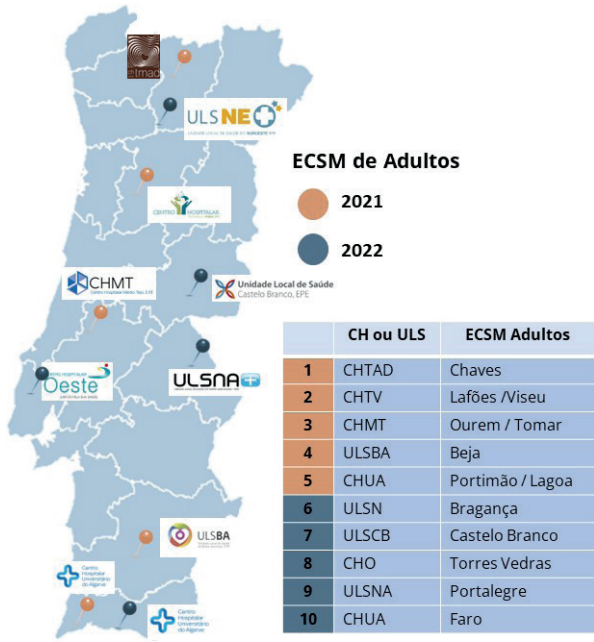


Figura 1. Novas ECSM de Adultos e da Infância e Adolescência implementadas em 2021/22 (4)

A2. Objetivos das ECSM-IA

As ECSM-IA têm como principal objetivo assegurar a prestação de cuidados diferenciados em saúde mental infantil na comunidade à população de uma área geográfica definida.

As ECSM são multidisciplinares na sua composição e interdisciplinares no seu funcionamento (5). Assumem os cuidados à criança na sua realidade biopsicossocial, familiar e sistémica (6).

Tabela 1: Objetivos gerais das ECSM-IA (6)

Prestar cuidados integrais à criança com problemas de saúde mental (ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação que assegurem a continuidade de cuidados entre rede familiar, serviços hospitalares, CSP e outras estruturas sediadas na comunidade)

Promover a articulação entre as instituições que têm competência na área da infância e adolescência

Promover a formação continuada dos profissionais de saúde mental infanto-juvenil

Participar na coordenação e avaliação das atividades e resultados dos serviços prestados

A3. Fundamentação teórica

As ECSM-IA organizam-se segundo o modelo comunitário de sistema de cuidados (*Practice Parameter on Child and Adolescent Mental Health Care in Community Systems of Care, AACAP, Nancy C. Winters, M.D., and Andres Pumariega, M.D.*) (7). Este modelo enfatiza que os cuidados devem ser adaptados às necessidades e pontos fortes da criança e da sua família e prestados no seu ambiente natural. As famílias são incluídas na elaboração do projeto terapêutico e também na avaliação da intervenção. As intervenções são coordenadas e integradas num plano de cuidados abrangente.

Tabela 2: Princípios do modelo comunitário de sistema de cuidados

Avaliação integrada e planeamento de intervenções e apoios individualizados para cada criança e sua família (*wraparound process*)

Foco nos pontos fortes e capacidades adaptativas da criança e da família, não apenas na perturbação

Intervenção na comunidade de forma flexível e coordenada entre os vários intervenientes na vida da criança

Equipas criança-família, compostas pela criança, núcleo familiar e outros elementos de suporte

Planos de cuidados incluem intervenções com evidência científica

Continuidade dos cuidados na transição de regime (do internamento ou hospital de dia para o para ambulatório e na transição para os serviços de adultos)

Estratégias de prevenção e de promoção da saúde mental adaptadas ao contexto

Especificamente sobre a articulação com os CSP, existem vários modelos de programas de consultoria, como o *“The Massachusetts Child Psychiatry Access Project: Supporting Mental Health Treatment in Primary Care”*. Este programa disponibiliza consultoria telefónica a profissionais dos CSP que lidam com crianças com problemas de saúde mental, fazendo uma pré-triagem dos casos para consultas especializadas ou articulação com os recursos existentes na comunidade (8).

Os serviços podem incluir:

- Resposta a dúvidas colocadas pelo profissional dos CSP;
- Referenciação para acolhimento com elementos da equipa comunitária, que orienta a família para a valência mais adequada.

O programa visa a orientação dos profissionais dos CSP para assumirem situações menos complexas, libertando assim recursos mais especializados para quadros mais desafiantes do ponto de vista de diagnóstico e/ou intervenção.

O objetivo é criar uma cultura de capacitação dos profissionais dos CSP, aumentando as suas competências e segurança para assumir situações menos graves. Neste contexto, quem prescreve os fármacos é o médico dos CSP com supervisão de um consultor de PIA da ECSM.

O projeto inclui ainda um website - www.MCPAP.com - onde se encontram materiais informativos destinados aos médicos de família (8).

B.

Atividades e Intervenções

B1. Organização, referenciação e funcionamento geral

As ECSM-IA são a base de organização dos SLSM. Através da setorização dos Serviços, cada setor tem uma ECSM, com responsabilidade assistencial por uma população específica. Devem exercer a sua função em articulação direta com os CSP e outras estruturas da comunidade.

Adicionalmente, devem adquirir progressivamente competências para a intervenção junto de grupos específicos, participando em planos delineados para ações de prevenção/intervenção/reabilitação terapêutica dirigida a esses grupos identificados, de acordo com as necessidades da população.

B1.1. Modelo de funcionamento centrado na articulação com os Cuidados de Saúde Primários

Estima-se que entre 2 a 5% das crianças que recorrem aos CSP apresentam problemas de saúde mental (9, 10). Os profissionais dos CSP, pelo conhecimento privilegiado que têm das famílias e da comunidade, desempenham um papel primordial na triagem, avaliação e seguimento dos casos e na articulação com outras estruturas da comunidade. Esses profissionais estabelecem com as famílias uma relação de confiança que permite que os pais solicitem mais facilmente a sua ajuda face a dúvidas/angústias, num contexto de maior acessibilidade e menor estigma (11).

As ECSM-IA encontram-se numa posição privilegiada para manter uma relação próxima com os CSP, garantindo supervisão, consultoria, formação e participação ativa no desenho e execução dos programas de prevenção e promoção da Saúde Mental, nomeadamente com a saúde escolar.

Na literatura existente, a maioria dos programas desenvolvidos nos CSP tem como principais objetivos (6):

- Identificação precoce de problemas de saúde mental;
- Disponibilização de intervenções para condições menos graves;
- Prevenção e promoção da saúde mental.

B1.1. A. Casos com Psicopatologia Ligeira

As ECSM-IA devem promover a capacitação dos profissionais dos CSP na área da saúde mental infantil. Neste sentido, recomenda-se que estabeleçam ligações próximas com as Unidades de CSP da sua área de abrangência, sugerindo-se a metodologia de articulação demonstrada na Tabela 3.

Nos casos mais ligeiros, em que o acompanhamento é feito nos CSP, o projeto terapêutico da criança pode passar por:

- Acompanhamento psicológico à criança e/ou pais, que poderá ser da responsabilidade da psicologia dos CSP ou de estrutura sediada na comunidade;
- Intervenção da enfermagem da saúde escolar, que fará a ponte com os Agrupamentos Escolares, EMAEI e professores;
- Intervenção psicofarmacológica, que é discutida entre o médico pedopsiquiatra da ECSM-IA e o médico assistente;
- Intervenção familiar e de promoção de competências parentais ou suporte à parentalidade.

A evolução do projeto terapêutico é acompanhada em reuniões, numa perspetiva multidisciplinar, com discussão de estratégias que podem incluir a vertente escolar, familiar e a comunidade (integração em atividade extracurricular, ATL).

Tabela 3: Metodologias de articulação - Casos com Psicopatologia ligeira

<p>Identificar um profissional de referência em cada unidade de CSP</p>	<p>Facilitador do contacto entre a equipa dos CSP e a ECSM-IA</p>
<p>Acordar com as Unidades de CSP uma periodicidade de reunião com a ECSM - IA</p>	<p>Principais objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultoria, para discussão de casos e sugestão de abordagens prévias à referenciação à ECSM-IA • Articulação, para discussão de casos em acompanhamento na ECSM-IA ou que necessitem de ser referenciados • Formação sobre temas de saúde mental infantil sugeridos pelos profissionais dos CSP
	<p>Priorizar as necessidades identificadas e a motivação dos profissionais dos CSP</p>
<p>Envolver psicólogos dos agrupamentos de escolas e enfermeiros de saúde escolar para formação e discussão de casos</p>	<p>Calendarização a decidir pela ECSM-IA</p>
<p>Criar panfletos, posters, vídeos para sala de espera, entre outros</p>	<p>Podem ser utilizados pela equipa dos CSP, como material para ações de prevenção e promoção de saúde e suporte a intervenções</p>

B1.1. B. Referenciação à ECSM-IA - Casos com Psicopatologia Moderada/Grave

Os casos com psicopatologia moderada/grave, que não responderam positivamente ao plano implementado nos CSP e/ou que justificam uma abordagem especializada são referenciados à ECSM-IA (*Vide* Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários - CNSM, outubro de 2009) (12).

Os casos podem ser referenciados através das modalidades definidas pelo SNS - Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde e ser alvo de triagem pelo(s) pedopsiquiatra(s) triador(es).

A ECSM-IA também pode atuar de modo supervisionado enquanto a criança aguarda por uma primeira consulta presencial de pedopsiquiatria com um tempo de espera mais longo.

B1.1. C. Altas e Abandonos

Nas altas por melhoria clínica, o médico responsável pode enviar uma informação breve ao médico de família/pediatra da criança com o diagnóstico, tratamento efetuado, evolução clínica e plano a implementar/recomendações após a alta clínica. Perante uma situação de não comparência à primeira consulta ou de abandono do plano terapêutico, recomenda-se igualmente que seja informado o médico ou entidade que realizou a referenciação. A equipa deve discutir os motivos do abandono do projeto terapêutico para uma avaliação contínua dos cuidados prestados. A equipa comunitária deve ter um papel ativo no reforço do envolvimento das famílias e desenvolver iniciativas com vista à promoção da adesão, integrando parceiros da comunidade.

B2. Atividade assistencial

B2.1 Atividade Assistencial – descrição geral

A Equipa desenvolve a sua atividade assistencial em diversas vertentes, resumidas na tabela seguinte:

Tabela 4: Atividade assistencial

Triagem, acolhimento inicial, avaliações diagnósticas, formulação de diagnósticos e intervenção terapêutica
Atendimento prioritário de situações de crise e orientação de situações urgentes
Participação na elaboração de novos programas
Monitorização dos programas em curso

A ECSM-IA deve elaborar o plano individual de cuidados (PIC), que deve ser discutido com a criança e a família, no sentido de promover a adesão e relação terapêutica. Pode ser decidida a nomeação de um terapeuta de referência para os casos com maior complexidade clínica, de preferência o profissional que os acompanha de modo mais regular/com melhor conhecimento da situação.

O PIC deve estar acessível a toda a ECSM-IA para consulta e registos e ser uma funcionalidade do processo clínico digital (SClínico ou outro sistema eletrónico) (4).

Nos contactos iniciais, deve ser preenchido um modelo de consentimento informado para que o utente e/ou seu responsável legal autorizem a intervenção e a articulação com entidades externas.

No PIC devem constar:

- problemáticas identificadas pelo terapeuta e pela criança/família;
- rede social existente;
- o projeto terapêutico delineado.

O PIC deve ser reavaliado periodicamente em reuniões de equipa.

O projeto terapêutico pode incluir as intervenções resumidas na Tabela 5.

Tabela 5: Projeto terapêutico (incluído no Plano Individual de Cuidados)

Consultas terapêuticas de Pedopsiquiatria
Intervenção psicofarmacológica (especificar sintomas alvo, dosagens, duração prevista do tratamento)
Terapia familiar
Acompanhamento psicológico
Terapia ocupacional
Psicomotricidade
Consulta de enfermagem
Terapia da fala
Grupos terapêuticos (preferir modelos ou programas com evidência científica)
Programas de treino de competências parentais

Psicoeducação aos pais, individual ou em grupo

Intervenção do serviço social

Visitas domiciliárias

Articulação com outros serviços de saúde

Articulação com as estruturas da comunidade

Plano para intervenção em situações de crise

B2.2 Diferenciação progressiva da atividade assistencial

A ECSM - IA deve criar consultas e/ou intervenções diferenciadas, baseadas em programas com evidência científica, tendo em conta os recursos existentes, o desenvolvimento de competências dos profissionais e as necessidades específicas da população.

Caso a criança seja acompanhada numa consulta especializada hospitalar (ex. consulta de Comportamento Alimentar), a ECSM-IA pode colaborar na implementação do plano terapêutico delineado pela equipa da consulta especializada e na articulação com as diferentes estruturas comunitárias.

B2.3 Articulação com outros serviços hospitalares

A ECSM deve promover uma articulação direta com os serviços hospitalares que acompanham a criança ou a família.

A Unidade ou o Serviço Local de Saúde Mental da Infância e Adolescência deve promover as atividades de articulação descritas na Tabela 6.

Tabela 6: Articulação com outros serviços

Participar na **formulação e desenvolvimento de programas de SMIJ**

Contribuir, através de **ações formativas e de consultoria**, para a identificação e orientação de patologia psiquiátrica por parte dos serviços de pediatria

Preparar a transição para os serviços de adultos dos doentes que necessitem de **continuidade de cuidados**

Sinalizar, orientar e intervir preventivamente com **filhos de pais com doença mental grave**

B2.4 Intervenções em grupos específicos

Existem programas e intervenções dirigidas a grupos específicos, garantindo uma atenção preferencial à doença mental grave (DMG)¹.

¹ Doença Mental Grave - DMG (*Serious/Severe Mental Illness*): trata-se de uma designação muito utilizada e com várias definições que na sua maioria incluem diagnósticos, incapacidade, duração e evolução da doença. Como conceito mais consensual e geral referimos os critérios de Leona Bachrach (1988), conhecidos pelos três D das doenças mentais graves: 1-Diagnósticos: esquizofrenia, perturbação esquizoafectiva, perturbação bipolar, perturbação delirante ou outra perturbação mental de evolução prolongada que respeite os restantes critérios; 2-Duração: mínimo de 2 anos; 3-*Disability* (incapacidade): repercussões relevantes a nível do funcionamento (familiar, social, ocupacional e vocacional). Pessoas com DMG que, no seu caminho de recuperação, justificam intervenções multidisciplinares e prolongadas, nomeadamente através de cuidados diferenciados e de proximidade prestados pelas ECSM (4))

B2.4. A. Programas específicos dirigidos a populações com necessidades especiais (com base em projetos internacionais validados)

B2.4. A.1 Programas dirigidos a crianças com doença mental grave

O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recomenda serviços de acompanhamento intensivo - *Assertive Community Treatment (ACT)* - para crianças com doença mental grave (12). Nesse âmbito, têm-se desenvolvido vários programas que procuram garantir um acompanhamento multidisciplinar e intensivo para grupos de crianças com doença mental grave ou em situação de vulnerabilidade acrescida.

O programa ACT nasceu nos EUA nos anos 70 e foi desenhado como uma intervenção multidisciplinar, em equipa, dirigida a adultos com patologia mental grave. Posteriormente, foi adaptado para crianças e jovens (10-21 anos) com necessidades de saúde mental complexas relacionadas com doença mental ou perturbação emocional grave, em processo de reintegração familiar após um período de internamento ou de acolhimento residencial.

O programa *Youth Flexible Assertive Community Treatment (Youth Flexible ACT)* é uma adaptação holandesa desse programa e que está no terreno desde 2011. Tem como destinatários doentes complexos com múltiplos diagnósticos e envolve (13,14,15):

- abordagens de monitorização para doentes estabilizados;
- intervenções intensivas e multidisciplinares para doentes instáveis e em maior risco.

As equipas *Youth ACT* têm como linhas orientadoras:

- o acompanhamento comunitário, intensivo, individualizado de cada caso;

- a coordenação das várias intervenções em curso, evitando a dispersão de cuidados;
- a melhoria do funcionamento global da criança, alargando a intervenção aos contextos onde está inserida, numa abordagem abrangente das suas necessidades;
- o suporte à criança e à família na adaptação ao seu meio, num movimento de progressiva autonomização, estimulando contactos com o grupo de pares (envolvimento da escola, promoção de ATL).

As equipas são multidisciplinares com psiquiatras/ pedopsiquiatras, enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, psicólogos, especialistas em comportamentos aditivos, *“peer support workers”*, técnicos do serviço social e terapeutas familiares.

A intervenção contempla a colaboração com profissionais de outros serviços, visitas domiciliárias e, se necessário, intervenções terapêuticas intensivas. O trabalho inicial inclui sessões motivacionais com o paciente e com as famílias. Os pacientes que recebem uma intervenção individual têm um gestor de caso e um psiquiatra/pedopsiquiatra ou psicólogo clínico de referência. Outros elementos da equipa podem intervir quando necessário. Doentes mais complexos exigem uma intervenção intensiva garantida por vários elementos da equipa. Esses pacientes estão registados numa plataforma e a equipa reúne diariamente para decidir o tipo de cuidados a prestar. Quando a necessidade dessa intervenção intensiva termina, o paciente regressa à modalidade de vigilância terapêutica (15).

Nos modelos ACT, a criança e a família participam ativamente na elaboração e redefinição do seu plano terapêutico e dos seus objetivos.

As equipas devem estar atentas ao passado traumático de muitas destas famílias (abuso físico, sexual, emocional, ruptura de vínculos, perdas significativas, conflitos familiares, exposição a violência, doença mental ou dependências nos progenitores), procurando intervenções específicas e evitando a repetição de padrões relacionais desadaptativos.

No final da intervenção, pretende-se que a criança e a sua família (14):

- estejam estabilizadas e capazes de integrarem a sua escola e comunidade;
- estejam ativamente envolvidas com os serviços comunitários e tenham o suporte necessário para manter os ganhos obtidos com o programa;
- recorram com menos frequência aos serviços de urgência/internamento;
- detenham competências para um funcionamento psicoafetivo adequado;
- tenham adquirido a capacidade de manter relações saudáveis/vínculos seguros.

As intervenções incluem:

1. Seguimento assertivo;
2. Gestão de caso;
3. Avaliação;
4. Planificação dos serviços prestados à criança e família;
5. Intervenções individuais, em grupo, aconselhamento ou terapia familiar;

6. Psicoeducação familiar e individual;
7. Reabilitação psicossocial;
8. Intervenção na crise;
9. Gestão da medicação;
10. Orientação para serviços de saúde e educacionais;
11. Serviços de suporte de pares em saúde mental.

A avaliação de cada caso é multidisciplinar - com recolha da história clínica, identificação das forças e vulnerabilidades, barreiras ao processo de crescimento/autonomia, necessidades específicas - e conduz à definição de um plano terapêutico, que deverá ser regularmente reavaliado (pelo menos a cada 6 meses).

Deve ser dada particular atenção à existência de comorbidades, uso de substâncias, dificuldades intelectuais ou de aprendizagem.

São utilizados instrumentos validados para avaliação inicial (psicopatológica e funcional) e para monitorização dos resultados durante e após a intervenção.

B2.4. A.2 Programas dirigidos aos filhos de pais com doença mental (COPMI)

Children of parents with mental illness (COPMI) são um grupo identificado de alto risco para o adoecer mental, existindo uma forte associação entre a existência de psicopatologia nos progenitores e nos seus filhos.

Quando há um diagnóstico de patologia mental grave nos pais, os filhos devem ser envolvidos em programas preventivos que tenham como objetivos:

- psicoeducação para a doença dos progenitores;

- conhecimento de vias de acesso a pedidos de ajuda em casos de descompensação da patologia parental;
- promoção da comunicação saudável intrafamiliar;
- o reconhecimento de sinais de alerta para a doença mental nos filhos e que justifiquem uma atenção especializada.

A criança e os seus pais poderão ser integrados em programas preventivos estruturados e aconselhamento parental. Esta intervenção dos Serviços de Saúde tem como objetivo principal diminuir o dano potencial que um quadro psiquiátrico grave prefigura no seio familiar, bem como contrariar a atenção que tende a focar-se tendencial e/ou exclusivamente no pai ou mãe afetados pela doença.

As ECSM-IA encontram-se numa posição privilegiada para a sinalização destas famílias e o seu acompanhamento – através de protocolos elaborados com os Serviços de Psiquiatria de adultos (nomeadamente com as ECSM-PA) ou com os CSP, para a referenciação das crianças identificadas como potencialmente em risco, pela condição psicopatológica dos pais.

Programa Semente – Promoção da Saúde Mental nos filhos de pessoas com doença psiquiátrica – desenvolvido de forma integrada pela Psiquiatria de adultos e da infância e adolescência do Hospital Fernando da Fonseca, com o apoio dos EEA Grants

O Programa Semente – Promoção da Saúde Mental nos filhos de pessoas com doença psiquiátrica - é um programa desenvolvido pelo Departamento de Saúde Mental (DSM) do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca desde 2015 (16).

Inicialmente financiado pelos *EEA Grants* no âmbito do Programa “Iniciativas de Saúde Pública”, permitiu

implementar um projeto de promoção da saúde mental numa população particularmente vulnerável e com maior risco de desenvolvimento de psicopatologia. Trata-se de uma população de risco, facilmente acessível aos profissionais do Serviço de Psiquiatria, através dos seus pais.

O programa valoriza novas práticas focadas no suporte às crianças e famílias com psicopatologia parental e, nesse sentido, envolveu uma mudança de paradigma na atuação dos profissionais de saúde mental, ao incluir um olhar atento para a situação dos filhos dos seus utentes e abordagens centradas na prevenção. Houve um importante investimento ao nível da formação, assim como o envolvimento de parceiros na comunidade, com o desenvolvimento de uma rede de suporte e cuidados e de parceiros internacionais.

O programa Semente tem como objetivos:

- promover a saúde mental dos COPMI;
- reforçar competências parentais nas pessoas com doença psiquiátrica;
- identificar precocemente psicopatologia nos seus filhos.

Desenvolvido em conjunto por profissionais dos Serviços de Psiquiatria de adultos e de Psiquiatria da Infância e Adolescência, o programa inclui estratégias de intervenção preventiva para promoção de fatores protetores e atenuação de fatores de risco, organizadas em três níveis de intervenção de acordo com o grau de risco psicossocial, sendo o terceiro nível a intervenção terapêutica em crianças e jovens com psicopatologia identificada.

Inclui intervenções preventivas estruturadas que têm vindo a ser implementadas pelas ECSM, nomeadamente intervenções familiares – *Child Talk e Family Talk* - e

intervenções de grupo para crianças de idade escolar, adolescentes e jovens adultos – Grupos Semente.

Para a sua sustentabilidade, salienta-se o modelo comunitário do Departamento de Saúde Mental, o reforço da articulação entre as equipas comunitárias de saúde mental de adultos e da infância e adolescência e a formação dos profissionais. Trata-se de um programa inovador, sustentável e replicável, em que equipas responsáveis pelo tratamento assumem um papel de prevenção num grupo de risco que nos é facilmente acessível.

B2.5 Visitas domiciliárias

A visita domiciliária é definida como um dos serviços e intervenções associados à criação das ESCM-IA. Esta será supervisionada pelo Psiquiatra da Infância e da Adolescência, mas poderá ser realizada pelos diferentes elementos da equipa multidisciplinar, de acordo com os casos referenciados.

Tabela 7: Visitas domiciliárias - exemplos de população-alvo

Casos com psicopatologia grave e com dificuldades de adesão ao plano terapêutico	Promover acessibilidade aos cuidados de saúde mental em tempo útil
Grávidas e mães adolescentes/ grávidas e mães com depressão	<p>Situações de depressão pós-parto, em articulação com o médico de família e com os serviços de psiquiatria que as acompanham</p> <p>Visitas inseridas em programas validados de promoção e prevenção de saúde mental perinatal sediados nos CSP em parceria com as ECSM - IA</p> <p>Grávidas e mães com patologia mental devem estar devidamente sinalizadas e referenciadas para que o programa de intervenção domiciliária se inicie o mais precocemente possível</p>
Bebés e crianças em idade pré-escolar que estejam aos cuidados de pais com patologia mental identificada, práticas parentais desadaptativas ou expostos a circunstâncias de vida adversas	Intervenção na díade mãe-bebé ou na tríade pais-bebé em relações perturbadas ou com tendência para a perturbação

B3. Articulação com estruturas da comunidade

Muitas vezes os profissionais que intervêm em diferentes níveis com crianças com perturbação de saúde mental e suas famílias não comunicam eficazmente entre si, existindo o risco de sobreposição de intervenções. Esta situação dificulta a gestão de diferentes problemas de saúde e psicossociais e aumenta a probabilidade de abandono do processo terapêutico (15).

Um dos principais objetivos das ECSM-IA é, partindo da sua posição de proximidade com as famílias e diferentes estruturas, facilitar a comunicação e integração de cuidados, resultando numa maior eficácia na aplicação do PIC. A intervenção deverá ajudar a família / sistema a resolver as suas crises, pela promoção dos processos de resiliência, contornando a vulnerabilidade e a tendência para a repetição transgeracional de situações de risco (17).

Recomenda-se que:

- sejam estabelecidos canais de comunicação com escolas (ELI's, SPO, EMAEI), serviços de proteção à infância (CPCJ's, EMAT, LIJ, IPSS), serviços tutelares, nomeadamente reuniões interinstitucionais para abordagem de casos que requeiram uma estratégia partilhada de atuação.
- se desenvolvam atividades dirigidas ao aumento da literacia e à prevenção e promoção da saúde mental, em conjunto com estas entidades.

No seu trabalho de intervenção clínica, a ECSM-IA deve capacitar a rede de suporte social da criança (e.g. família, comunidade educativa, serviços da comunidade) para identificar, compreender e dar resposta adequada às necessidades da criança com problemas de saúde mental.

B3.1. Articulação com a escola

Os professores e restante comunidade escolar encontram-se na linha da frente para a deteção de problemáticas de saúde mental infantil, tendo um papel privilegiado na identificação, suporte e referenciação para respostas de saúde mental.

Considera-se uma prioridade, para a eficácia dos processos terapêuticos, assim como para a promoção da saúde mental, uma estreita colaboração com os Agrupamentos de Escolas.

A ECSM-IA deve articular com a Equipa de Saúde Escolar do ACES e com os Agrupamentos escolares com o objetivo de garantir melhor articulação da escola com os serviços de saúde mental, facilitando a acessibilidade e a discussão de casos mais desafiantes.

Tabela 8: Metodologia de articulação com a Escola

Identificar um profissional de referência em cada Agrupamento de Escolas para articulação direta (Psicólogo, Técnico do Serviço Social ou Professor de Ensino Especial)

Acordar com os Agrupamentos uma periodicidade de reunião para discussão de casos

Para a reunião, são identificados os casos a discutir, de acordo com as necessidades avaliadas pela ECSM-IA e pelo Agrupamento

Esta articulação programada não invalida a realização de reuniões pontuais sobre um caso específico

Desenvolver ações de formação/sensibilização da comunidade escolar

B4. Programas de prevenção e promoção da Saúde Mental

As ECSM-IA devem desenvolver intervenções no âmbito da prevenção e promoção da saúde mental, implementados em articulação com os CSP, Saúde Pública, município e com as equipas de saúde escolar.

B4.1. Programas de treino de competências para pais e professores e de prevenção / intervenção precoce em saúde mental

Tabela 9: Exemplos de programas a serem dinamizados pelas ECSM-IA

PROGRAMA ANOS INCRÍVEIS (18, 19)	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolvido por Carolyn Webster-Stratton, em Seattle• Intervenção baseada na evidência, direcionada para pais, educadores e para a criança• Objetivos: promover a competência social, emocional e académica das crianças e prevenir / reduzir problemas de comportamento, de forma precoce e eficiente
PROGRAMA MAIS FAMÍLIA MAIS JOVEM (20)	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolvido por Maria Filomena Gaspar a partir de dois programas baseados na evidência: o Programa Anos Incríveis Básico e o Programa <i>Parenting Wisely</i>, na sua versão grupal• Base sistémica, valorizando o contributo dos pais, do próprio e da sociedade; capacitação para uma parentalidade positiva

PROGRAMAS DE LITERACIA EM SAÚDE MENTAL (21, 22, 23)	<ul style="list-style-type: none">• Estudos realizados em contexto escolar demonstram resultados positivos• Implementação inicial, consultoria e formação dos professores para aplicação continuada dos programas
PSICOEDUCAÇÃO UNIVERSAL NA COMUNIDADE E NAS ESCOLAS (21, 22, 23)	<ul style="list-style-type: none">• Dinamização de sessões de sensibilização e esclarecimento em temas diversos• Atividades de diminuição do estigma• Elaboração de documentos / materiais de boas práticas com foco na promoção da saúde
PROGRAMAS DE DETEÇÃO PRECOCE DE PERT. ESPECTRO DO AUTISMO (24, 25)	<ul style="list-style-type: none">• Objetivo de garantir a deteção precoce de acordo com a Norma n.º 002/2019 da DGS• Formação de profissionais no rastreio / referênciação para intervenções especializadas (CSP e Pediatria)• Utilização de escalas (M-CHAT, Escala de sinais de alarme, Escala de Avaliação do Desenvolvimento Mary Sheridan, etc)
PROGRAMAS DIRIGIDOS À GRÁVIDA E PUÉRPERA (26, 27, 28)	<ul style="list-style-type: none">• Deteção precoce da depressão na grávida e na mãe e orientação dos casos identificados ou situações de risco• Promoção da aplicação sistemática de instrumentos de rastreio da depressão da grávida e da mãe, junto dos CSP (Ex: Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo)• Parceria com as consultas de psiquiatria perinatal• Visitas domiciliárias a grávidas e mães com necessidade de apoio

C.

Operacionalização

C1. Setorização e local de funcionamento

As ECSM-IA estão integradas nos SLSM, nas unidades ou serviços de psiquiatria da infância e da adolescência, sendo responsáveis pela prestação dos cuidados globais de saúde mental, a nível ambulatorio na comunidade, numa área geográfica e populacional específica.

A definição de uma área de intervenção geodemográfica para as ECSM-IA é essencial para o seu funcionamento e deve ser assumida de forma clara como parte da organização deste modelo. As Coordenações Regionais de Saúde Mental (CRSM) colaboram com os SLSM na definição destas áreas.

Para as ECSM-IA, a área deve ter um máximo de 100 000 habitantes (Despacho n.º 2753/2020). De forma a não prejudicar a qualidade do atendimento prestado, quando existe uma elevada dispersão geográfica nos SLSM, poucos recursos na comunidade e/ou prevalência elevada de doença mental, devem ser considerados máximos populacionais para cada ECSM-IA inferiores, tais como 70.000 ou 50.000.

As ECSM-IA devem funcionar em instalações localizadas na sua área de intervenção, em instalações próprias na comunidade, cedidas pelos agrupamentos de centros de saúde (ACES), pelo poder local (ex. Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia) ou outras entidades e parcerias, com condições para a atividade da equipa multidisciplinar, tendo em conta as intervenções realizadas, segurança dos profissionais e necessidades especiais dos utentes.

A localização deve atender às condições de acessibilidade da população, em termos de transportes públicos, e à facilidade de deslocações dos profissionais da equipa. Em SLSM com grande dispersão geográfica, pode ser útil constituir pólos

que englobam concelhos contíguos, dentro da área de atuação da ECSM-IA, de forma a encontrar um equilíbrio entre a rentabilização do tempo, deslocações da ECSM-IA e a acessibilidade dos utentes, sempre com vista à otimização dos cuidados prestados.

C2. Recursos Humanos

A ECSM-IA deve ser multidisciplinar, constituída por profissionais a tempo inteiro, de acordo com o despacho n.º 8455/2022, de 11 de julho (3).

- Um médico com a especialidade de psiquiatria da infância e da adolescência²;
- Um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Dois psicólogos clínicos;
- Um técnico superior de serviço social;
- Um terapeuta ocupacional;
- Um assistente técnico.

A equipa multidisciplinar, assim constituída, corresponde ao número mínimo necessário de recursos humanos e é a base para um crescimento contínuo. Para o desenvolvimento de programas estruturados e validados é recomendável que se possa contar com mais psiquiatras da infância e adolescência e outros profissionais de saúde mental, nomeadamente psicomotricista, terapeuta da fala, entre outros, de acordo com as necessidades locais da população assistida e dos programas diferenciados que se pretendem desenvolver.

² Se o SLSM tiver um único PIA, este deverá ter tempo especificamente alocado à ECSM-IA. Devem ser realizados todos os esforços para a contratação de um PIA a tempo completo na ECSM-IA.

C2.1. Funções dos profissionais

A ECSM-IA funciona num modelo de equipa colaborativa e assume em conjunto a orientação dos diversos casos que acompanha (num modelo de participação multidisciplinar). Para além das funções que cada elemento desempenha, inerentes à sua formação profissional, os diversos membros da equipa têm funções definidas.

C2.1. A. Papel do Coordenador da Equipa (psiquiatra da infância e adolescência - diretor de serviço ou a quem essa tarefa tenha sido delegada) - Tabela 10

Dirigir e supervisionar as atividades da equipa

Garantir os recursos humanos, logísticos e materiais para o funcionamento da Equipa

Zelar pelo cumprimento de normas e das *leges artes*

Assegurar a coesão e motivação dos profissionais

Promover a realização de protocolos interinstitucionais (entre o hospital, CSP, autarquias, agrupamentos escolares) que facilitem a sua cooperação

Coordenar tarefas administrativas, elaboração de estatística e do Plano/ relatório anual de atividades

Promover reuniões orientadas para questões organizacionais, planificação de serviços e balanço/ análise do funcionamento da equipa

Atender às tarefas definidas para a sua categoria profissional (ex: função de triador da ECSM-IA)

C2.1. B. Funções partilhadas - Tabela 11

Participar na definição do PIC dos casos em seguimento na ECSM

Contribuir para ações de docência e formativas a profissionais médicos e não médicos

Participar em atividades e programas orientados para a promoção / prevenção / sensibilização em saúde mental infantil

Participar em projetos de investigação científica

Colaborar na elaboração do relatório anual de atividades e no plano de ação para o ano seguinte, a ser integrado no plano do SLSM

Colaborar nos registos de atividade diária, elaboração de relatórios e outros documentos que estejam previstos na sua atividade profissional

Dentro das funções da ECSM-IA, pode ser nomeado um responsável pela articulação com escolas e outras estruturas sediadas na comunidade, um responsável pelos programas de formação ministrados pela equipa, entre outros.

C3. Equipamentos, transportes e materiais de intervenção

C3.1. Equipamentos

No sentido da rentabilização do tempo e de forma a promover o registo adequado da atividade da ECSM-IA, deve ser facilitada a aquisição de portáteis e pontos de internet, com ligação ao servidor do hospital. Sugere-se o mínimo de dois portáteis por ECSM-IA.

Recomenda-se a aquisição de dois telemóveis de serviço, para a realização de contactos vários de articulação e comunicação com outros membros de equipa, em visita domiciliária ou que se encontrem em outros pólos.

C3.2. Transportes

Para funcionamento da ECSM-IA, respetiva mobilidade e capacidade de intervenção (incluindo assistência domiciliária e intervenção comunitária) é imprescindível uma viatura de serviço - viatura elétrica, de acordo com a legislação.

Em situações em que, devido à atividade programada em simultâneo em locais diferentes, seja necessária a cedência de mais uma viatura, para além da pertencente à ECSM-IA, deve ser realizada a devida marcação junto do Serviço de Transportes do hospital.

C3.3. Materiais de intervenção

Os jogos e brinquedos para utilização nos gabinetes ou nas intervenções comunitárias devem ser resistentes, seguros e de fácil higienização.

Cada técnico deve elencar os materiais que necessita para a sua intervenção, de acordo com as necessidades e o tipo de trabalho desenvolvido.

C4. Contactos da equipa

A equipa deve ter uma lista de contactos de fácil acesso, disponível no site do hospital. Recomenda-se que a ECSM-IA tenha o seu próprio endereço de correio eletrónico.

D.

Avaliação

A avaliação e monitorização da atividade baseia-se num conjunto de indicadores de produtividade e qualidade que permitem aferir as práticas desenvolvidas e introduzir, atempadamente, as necessárias correções, permitindo a sua evolução contínua. Estes indicadores uniformizados são também úteis para os SLSM, nomeadamente para os que se constituírem como CRI, de acordo com as normas e legislação aprovadas.

Para além da planificação habitual do trabalho, é necessária uma monitorização periódica destes indicadores, pelo menos anual, sendo por isso necessário coletar e registar os dados de atividade realizada de forma uniformizada.

Existem critérios de difícil quantificação, pela subjetividade a eles inerente, como são aqueles resultantes do nível de satisfação dos doentes, mas não menos importantes, pelo que, pode ser decidido de acordo com os recursos locais, a utilização de outros instrumentos específicos.

D1. Estabelecimento de protocolos

Sempre que exista uma articulação/atividade regular com estruturas sediadas na comunidade, é necessário o estabelecimento de protocolos formais entre as entidades envolvidas.

D2. Registo de atividade e indicadores

D2.1. Uniformização da codificação da atividade

O registo da atividade clínica em saúde mental realiza-se segundo os códigos da Portaria n.º 173/2024/1, de 8 de julho, estando a respetiva descrição no Glossário de

Procedimentos de Saúde Mental em ambulatório (Glossário da Tabela de Saúde Mental - Portaria n.º 163/2013, de 24 abril - Procedimentos de Diagnóstico/Avaliação Psiquiátrica), que pode ser consultado no link que se segue: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Glossario-Saude-Mental-Portaria_163_2013.pdf.

Tabela 12 - Atividades da ECSM-IA (adaptado da tabela 8 e 9 do Manual para a Implementação de ECSM-PA, 2023 (4))

	Atividades	Códigos MCDT*
A-1	Consultas externas e procedimentos gerais de avaliação desenvolvidos pelos diferentes profissionais	82020, 82025, 82030, 82040, 82050, 82080, 82100, 82130, 82150, 82160, 82190, 82400
A-2	Psicoterapias	82200
A-3	Intervenção social, por doente	82500
A-4	Terapia ocupacional individual, em psiquiatria, não especificada (e.g. treino de AVD, de autonomia ou treino de aptidões sociais)	82400
A-5	Terapia ocupacional de grupo, em psiquiatria, por doente	82440
A-6	Intervenções realizadas em estruturas sediadas na comunidade, por doente (e.g. em escolas, locais de trabalho, organizações da sociedade civil, tribunais, Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia...)	82510

A-7	Intervenções domiciliárias, por doente (com caráter mais pontual, em situações de crise, para avaliação domiciliar ou manutenção do seguimento)	82520
A-8	Intervenções familiares estruturadas - psicoterapia familiar	82270
A-9	Elaboração e revisão do Plano Individual de Cuidados (PIC) / Entrevista psicossocial de avaliação, não médica	82080
A-10	Psicoeducação individual - sessão psicoeducacional individual	82321
A-11	Intervenções realizadas em estruturas sediadas na comunidade, por doente (articulação regular com os Cuidados de Saúde Primários)	82510
A-12	Articulação/Intervenções realizadas em estruturas sediadas na comunidade, não centradas no doente (articulação regular com os Cuidados de Saúde Primários ou outras estruturas da comunidade)	Na ausência de código específico registar em tabela própria
A-13	Psicoterapia de grupo (inclui grupos terapêuticos psicoeducativos)	82330
A-14	Sessões psicoeducacionais familiares em grupo, por família	82320
A-15	Desenvolvimento de outros programas/ projetos, conjuntos ou intersetoriais com outras estruturas ou instituições na comunidade (intervenções comunitárias e atividades de articulação, não centradas no doente)	Na ausência de código específico registar em tabela própria

A-16	Atividades diferenciadas e programas de rastreio, avaliação ou intervenção com grupos específicos	Na ausência de código específico registrar em tabela própria
A-17	Atividades diferenciadas de programas articulados e integrados de prevenção e promoção em saúde mental	Na ausência de código específico registrar em tabela própria
A-18	Terapias de mediação corporal individual e de grupo, por doente	82380, 82390
A-19	Articulação estruturada com associações de pessoas com experiência de problemas de saúde mental e associações de familiares. Participação dos utentes e familiares nas atividades da equipa, grupos de ajuda mútua e atividades de voluntariado, programa de suporte entre pares	Na ausência de código específico registrar em tabela própria

D2.2. Indicadores essenciais

Estes indicadores devem ser registados regularmente e inseridos em tabela própria. Considera-se que os sistemas de informação existentes na maioria dos serviços permitem aceder a estes indicadores, desde que o registo seja efetuado adequadamente.

Tabelas 13 - Indicadores essenciais

Tabela 13.1 - Acessibilidade

IE1	Nº de doentes seguidos/ano na ECSM-IA, em comparação com o ano civil anterior
IE2	Prevalência tratada/ano por diagnóstico (diagnósticos desagregados), em comparação com o ano civil anterior
IE3	Nº de primeiras consultas realizadas/ano na ECSM-IA, em comparação com o ano civil anterior
IE4	Nº total de consultas/ano na ECSM-IA, em comparação com o ano civil anterior
IE5	Nº de consultas descentralizadas, em comparação com o ano civil anterior

Tabela 13.2 - Processo e atividades

IE1	Nº de doentes com terapeuta de referência atribuído/ nº pessoas com doença mental grave (DMG) seguidas pela ECSM-IA (registo em tabela própria), em comparação com o ano civil anterior
IE2	Nº de sessões psicoeducacionais familiares em grupo, por família (MCDT 82320), em comparação com o ano civil anterior
IE3	Nº de sessões de psicoterapia familiar (MCDT 82270), em comparação com o ano civil anterior

-
- IE4** N° de sessões de psicoterapia de grupo, por doente, incluindo grupos terapêuticos psicoeducativos (MCDT 82330), em comparação com o ano civil anterior
-
- IE5** N° de doentes seguidos em psicoterapia individual na ECSM-IA/n° doentes seguidos pela ECSM (MCDT 82200), em comparação com o ano civil anterior
-
- IE11** N° de sessões psicoeducacionais individuais (MCDT 82321), em comparação com o ano civil anterior
-
- IE12** N° de visitas domiciliárias da ECSM-IA (MCDT 82520), em comparação com o ano civil anterior
-
- IE13** N° de intervenções sociais realizadas por profissionais da ECSM-IA (MCDT 82500), em comparação com o ano civil anterior
-
- IE14** N° de sessões de terapia ocupacional individual (MCDT 82400), em comparação com o ano civil anterior
-
- IE15** N° de sessões de terapia ocupacional de grupo, por doente (MCDT 82440), em comparação com o ano civil anterior
-
- IE16** N° de intervenções realizadas pela ECSM-IA em estruturas sediadas na comunidade, por doente e centradas no doente (MCDT 82510), em comparação com o ano civil anterior
-
- IE17** N° de Intervenções realizadas pela ECSM-IA em estruturas sediadas na comunidade, incluindo reuniões e outras atividades de articulação e colaboração, não centradas no doente (registo em tabela própria, ainda não existe código MCDT), em comparação com o ano civil anterior
-

Tabela 13.3 - Resultados

IE18	Incapacidade e funcionalidade: nº de doentes com DMG seguidos na ECSM-IA com melhoria na pontuação total do questionário <i>World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 Child and Youth</i> – versão portuguesa (WHODAS 2.0 CY)/ nº total de DMG da ECSM-IA, em comparação com o ano civil anterior
IE19	Perceção e satisfação dos cuidados recebidos: nº de doentes seguidos na ECSM-IA que tiveram melhoria da satisfação com os cuidados de saúde recebidos na ECSM-IA, avaliada pelo Questionário de Perceção e Satisfação de Cuidados / nº de total de doentes seguidos na ECSM-IA, em comparação com o ano civil anterior
IE20	Riscos psicossociais e variáveis de saúde, satisfação e stress dos profissionais da ECSM no contexto laboral: nº de profissionais da ECSM-IA que se encontram numa situação favorável para a saúde no contexto laboral, avaliada pelo questionário Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQ II* /nº total de profissionais da ECSM-IA, em comparação com o ano civil anterior

Tabela 13.4 - Eventos sentinela

IE21	Nº total de doentes da ECSM-IA internados/nº total de doentes seguidos na ECSM-IA, em comparação com o ano civil anterior
-------------	---

IE22	Nº de doentes da ECSM-IA com mais do que um internamento/nº total de doentes seguidos na ECSM-IA, em comparação com o ano civil anterior
-------------	--

IE23	Nº total de doentes da ECSM-IA internados involuntariamente/nº total de doentes da ECSM-IA internados, em comparação com o ano civil anterior
-------------	---

IE24	Nº doentes com DMG da ECSM-IA sem contactos com a ECSM durante um período maior ou igual a 6 meses/nº total de doentes seguidos com DMG na ECSM-IA, em comparação com o ano civil anterior
-------------	--

D2.3. Indicadores complementares

Estes indicadores permitem uma avaliação mais aprofundada do funcionamento das ECSM-IA e da sua diferenciação, de forma a adaptar e melhorar as práticas. Estes indicadores são opcionais numa fase inicial.

Tabelas 14 - Indicadores complementares

Tabela 14.1 - Acessibilidade

IC1	Nº de consultas subsequentes na ECSM-IA/nº total de consultas da ECSM-IA
------------	--

IC2	Nº doentes na ECSM-IA com consultas realizadas nos primeiros 21 dias após alta do internamento, em comparação com o ano civil anterior (este indicador é também uma recomendação no sentido de o doente ter consulta com pelo menos um grupo profissional da ECSM-IA, no período máximo de 21 dias após a alta do internamento)
------------	---

Tabela 14.2 - Processo e atividades

IC3	Nº de pessoas incluídas no programa geral para DMG/ nº total de pessoas com DMG seguidas na ECSM-IA
IC4	Nº de pessoas com DMG com plano individual de cuidados (PIC) realizado/nº total de pessoas com DMG da ECSM-IA
IC5	Nº de doentes que receberam visitas domiciliárias realizadas por profissionais da ECSM-IA, em comparação com o ano civil anterior
IC6	Nº de pessoas com DMG referenciadas para estruturas da RNCCI IA, em comparação com o ano civil anterior *
	*mediante desenvolvimento futuro de respostas da RNCCI IA

Tabela 14.3 - Resultados

IC7	Psicopatologia: nº de pessoas com DMG com diminuição da pontuação total no questionário Brief Psychiatric Rating Scale for Children – BPRS-C , em comparação com o ano civil anterior
IC8	Recurso ao Serviço Urgência (SU): diminuição do nº de idas ao SU dos doentes da ECSM-IA, em comparação com o ano civil anterior
IC9	Utilização do serviço de internamento: diminuição do número de doentes internados da ECSM/nº de doentes, em comparação com o período homólogo

Tabela 14.4 - Eventos sentinela

IC10	Nº total de doentes readmitidos nos 90 dias pós-alta, em comparação com o ano civil anterior
IC11	Nº total de idas ao serviço de urgência dos doentes da ECSM-IA, em comparação com o ano civil anterior
IC12	Nº de doentes que abandonaram o seguimento sem alta (considerar abandono após um ano sem contacto com a ECSM-IA), em comparação com o ano civil anterior
IC13	Nº suicídios dos doentes seguidos na ECSM-IA, em comparação com o ano civil anterior

E.

Reuniões,
formação e investigação

Para a qualidade assistencial da ECSM é fundamental a sua participação em reuniões regulares (de coordenação, reuniões clínicas do serviço e científicas), a existência de um plano de formação e de atividades de docência e investigação.

E1. Reuniões da equipa

E1.1. Reuniões da ECSM-IA

A equipa deve promover reuniões regulares entre os seus membros. É recomendado o recurso a registos centralizados, diário de atividades, registos de contactos significativos na rede de apoio a cada família.

Tabela 15 - Objetivos da Reunião semanal da ECSM-IA

Triagem de novos casos
Discussão de casos mais complexos
Abordagem de questões logísticas relacionadas com o funcionamento da equipa
Definição do plano de atividades semanal
Definição das estratégias para articulação com estruturas sediadas na comunidade
Colaboração nos registos de atividade diária, elaboração de relatórios e outros documentos que estejam previstos na sua atividade profissional
Definição dos PIC (que devem ser redefinidos periodicamente), atualização de ocorrências, revisão de procedimentos
Casos mais complexos e acompanhados por vários elementos da equipa devem ser discutidos regularmente, integrando as diferentes perspetivas de cada profissional

E1.2. Reuniões do serviço local de saúde mental

A equipa deve participar nas reuniões do Serviço/Departamento, bem como nas atividades formativas previstas.

E2. Formação contínua, investigação, inovação e rede nacional das ECSM-IA

Os SLSM devem ter um programa de formação continuada, fundamental para garantir a qualidade dos cuidados e intervenções realizadas.

Os elementos da ECSM-IA devem participar em ações formativas, manter supervisão clínica de casos e envolvimento em programas de investigação. O coordenador deve motivar a equipa para apresentação de trabalhos científicos nesses eventos e agilizar formas de garantir o financiamento para deslocações e inscrições.

A própria ECSM-IA deve ser incentivada a promover a organização de eventos formativos quer a nível institucional quer abertos ao exterior, como por exemplo, dirigidos a professores, técnicos do serviço social, equipas dos CSP, EMAT, CPCJ, ELI, técnicos das LIJ, em resposta a solicitações dirigidas à equipa e de modo integrado com o programa formativo de cada entidade.

Os elementos da equipa poderão ainda dinamizar aulas temáticas/sessões formativas para alunos do ensino pré ou pós-graduado, médicos internos e estagiários de outras valências.

Os serviços com idoneidade formativa para a especialidade de psiquiatria da infância e adolescência devem contemplar nos seus programas a integração do médico interno numa ECSM-IA.

A atividade de investigação deve ser complementar e

associada à atividade clínica. Contribui para sistematizar, protocolar e avaliar o trabalho clínico desenvolvido, nomeadamente nesta fase da reforma na saúde mental. A tarefa de investigação deve integrar a atividade do serviço, com um tempo a ela dedicado, que não comprometa a atividade assistencial, mas que permita o desenvolvimento dos projetos, garantido a sua qualidade.

As ECSM-IA são unidades funcionais dinâmicas, numa posição privilegiada para implementar boas práticas em saúde mental, adaptadas à população da sua área geodemográfica. É desejável que ao longo do tempo se possam desenvolver e diferenciar, com a implementação de respostas inovadoras.

Pretende-se criar uma Rede Nacional das ECSM-IA, com as novas ECSM e as já existentes, para a partilha de práticas, aprendizagem conjunta e melhoria na prestação de cuidados. No site da CNPSM será disponibilizado acesso a informações e materiais relacionados com as ECSM.

Este documento pretende contribuir para o desenvolvimento das ECSM-IA, estando prevista a sua revisão regular, de acordo com a evolução do conhecimento e prática no terreno, refletindo a articulação entre a CNPSM, CRSM, SLSM, ECSM-IA e todos os agentes da comunidade envolvidos na saúde mental infantil.

F.

Bibliografia

1. UNICEF UK. (1989). The United Nations convention on the rights of the child. <https://www.unicef.org/media/52626/file>
2. Organização Mundial da Saúde. Children's health and the environment. Pacote de treino da OMS para o setor da saúde. Por que o Foco Nas Crianças? World Health Organization. Tradução Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)
3. Goldschmidt T., Marques C., Xavier M. (2018). Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Administração Central do Sistema de Saúde. Lisboa
4. Sousa Gago, J., Matos Pires, A., Sena e Silva, F., Barreto, H., Marques, M. J., Narigão, M., Domingos, P., Xavier, M. (2023). Manual para a Implementação e Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental (J. Sousa Gago & M. Xavier, Eds.). Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. doi: 10.34619/9afc-ceib
5. Gobierno de Canarias (ed.) (2006). Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la comunidad de Canarias. Consejería de Sanidad, Canarias, Daute Diseño, S.L.Publishing
6. Bower, P., Garralda, E., Kramer, T., Harrington, R., & Sibbald, B. (2001). The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: a systematic review. *Family practice*, 18(4), 373–382. <https://doi.org/10.1093/fampra/18.4.373>

7. Winters, N. C., Pumariga, A., Work Group on Community Child and Adolescent Psychiatry, & Work Group on Quality Issues (2007). Practice parameter on child and adolescent mental health care in community systems of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 284–299. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000246061.70330.b8>
8. Holt W. & DMA Health Strategies (2010). The Massachusetts Child Psychiatry Access Project: Supporting Mental Health Treatment in Primary Care. *The Commonwealth Fund*. 1378(41)
9. Kelleher K. (2004). Prevention and intervention in primary care. In: Remschmidt, H., Belfer, M.L., Goodyear, I., editors. *Facilitating Pathways: care, treatment and prevention in child and adolescent mental health*. Berlin: SpringerVerlag, 313-25 <https://doi.org/10.1007/978-3-642-18611-0>
10. Garralda, E. (2002). Primary health care psychiatry. In: Rutter, M., Taylor, E., editors. *Child and Adolescent Psychiatry*. 4th ed. Oxford: Blackwell Publishing Company, 1090-100
11. Marques, C. (2009). A saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários – avaliação e referenciação. *Rev Port Clin Geral*, 25, 569-75
12. Marques, C., Cepeda, T. (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Lisboa. ISBN 978-989-96263-2-4

13. Vijverberg, R., Ferdinand, R., Beekman, A., & van Meijel, B. (2017). The effect of youth assertive community treatment: a systematic PRISMA review. *BMC psychiatry*, 17(1), 284. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1446-4>
14. NYS Office of Mental Health (2021). Youth Assertive Community Treatment (ACT) Program Guidance Document, Albany, NY
15. Broersen, M., Creemers, D. H. M., Frieswijk, N., Vermulst, A. A., & Kroon, H. (2020). Investigating the critical elements and psychosocial outcomes of Youth Flexible Assertive Community Treatment: a study protocol for an observational prospective cohort study. *BMJ open*, 10(4), e035146. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035146>
16. Van Doesum, K., Maia, T., Pereira, C., Loureiro, M., Marau, J., Toscano, L., Lauritzen, C., & Reedtz, C. (2019). The Impact of the "Semente" Program on the Family-Focused Practice of Mental Health Professionals in Portugal. *Frontiers in psychiatry*, 10, 305. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00305>
17. Serrão, C. (2016). Partida, percurso e chegada: reflexões em torno das viagens com famílias. *Praxis Educare: Revista da Associação dos Profissionais Técnicos Superiores de Educação Social*, 3, 80-85
18. Os programas Anos Incríveis. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. <https://www.uc.pt/fpce/anosincriveis/osprogramas>)
19. Webster-Stratton, Carolyn: The Incredible Years® Parent, Teacher and Child Programs; Seattle, Washington. <http://incredibleyears.com/>
20. Gaspar, M. (2019). Manual do programa de educação parental "Mais Família, Mais Jovem". Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra

21. Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N., & Sourander, A. (2016). Enhancing mental health literacy in young people. *European child & adolescent psychiatry*, 25(6), 567–569. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0867-9>
22. Programa Parlamento dos Jovens. (2022). Parlamento dos Jovens - Saúde Mental nos Jovens: Que desafios? Que respostas? <https://jovens.parlamento.pt/Paginas/default.aspx>
23. Pinto, M., Maia, C. (no prelo). O adolescer e o conhecer – a literacia em saúde mental como aliada dos adolescentes. *Jornal de Investigação Médica*
24. Direção-Geral da Saúde (2019). Abordagem Diagnóstica e Intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo em Idade Pediátrica e no Adulto. Norma nº 002/2019 de 23/04/2019, Lisboa
25. Direção Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa
26. Cepêda, T, Brito, I., Heitor, M.J. [coord.] (2006). Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: DGS. Ministério da Saúde. ISBN: 972-675-121-7
27. Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological medicine*, 26(1), 135–141. <https://doi.org/10.1017/s0033291700033778>
28. Be a Mom Coping with Depression. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. <https://beamomcopingwithdepression.pt/>

G.

Sugestões de leitura

Podem ser consultados alguns programas realizados em Portugal e Espanha:

› **Plan de Saude Mental Galicia Pos COVID 19 – Periodo 2020-2024**

<https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/PLAN-DE-SAUDE-MENTAL-DE-GALICIA-POSCOVID-19?idioma=es>

› **"Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes" - Proyecto de promoción de la salud mental para adolescentes y padres de adolescentes**

Autor: Patricio José Ruiz Lázaro

Projeto de promoção da saúde mental para adolescentes e pais, desenvolvido e avaliado no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. Projeto premiado em 1998 pela Sociedad Española de Medicina Familiar e Comunitária (SEMFYC). No site é possível encontrar vários materiais para organização de ateliers para pais e adolescentes com recomendações para trabalhar a promoção da saúde mental com adolescentes e seus pais.

<https://www.sanidad.gob.es/ca/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/AdoCompleto.pdf>

› **ARIA**

A ARIA – Associação de Reabilitação e Integração Ajuda desenvolveu, entre setembro de 2014 e fevereiro de 2016, um projeto piloto de prestação de cuidados integrados, clínicos e de reabilitação psicossocial de crianças e jovens com problemas de saúde mental, através de uma equipa móvel que atuou nos concelhos de Lisboa, Oeiras e Cascais

- PROMOVE-TE: UM PROJETO-PILOTO EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E JOVENS

O projeto procurou desenvolver uma metodologia de intervenção comunitária integrada junto de crianças, adolescentes e jovens com problemas de saúde mental, disponibilizada por uma equipa móvel de apoio psicossocial, constituída por três profissionais com as seguintes formações base: assistente social, psicólogo e técnico superior de educação especial e reabilitação. Assentando no pressuposto de que os processos de inclusão em saúde mental deverão contemplar dimensões como a estabilidade clínica, a autonomia e a capacitação do meio envolvente da criança/adolescente/jovem, foram criadas relações estratégicas com parceiros que contribuíram com mais valias para o delineamento de planos de intervenção integrados de cuidados clínicos e reabilitativos numa perspetiva sistémica. O projeto teve como principais objetivos: promover a inclusão social, educacional e cultural de 50 beneficiários crianças, adolescentes ou jovens em situação de vulnerabilidade decorrente de um problema de saúde mental; capacitar para a empregabilidade 20 beneficiários jovens, em situação de vulnerabilidade decorrente de um problema de saúde mental. A equipa móvel trabalhou com 50 crianças ou jovens, dos 10 aos 25 anos, com problemas de saúde mental em acompanhamento pelos serviços de psiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e residentes nos concelhos de Lisboa, Oeiras, Cascais ou Sintra. Os critérios de referenciação para acompanhamento pela equipa móvel não se centraram no diagnóstico clínico (existindo uma elevada variabilidade de quadros nas crianças ou jovens em acompanhamento), mas antes nas seguintes dimensões: Falta de adesão ao tratamento; Dificuldades relacionais significativas no seio da família; Compromisso importante da funcionalidade nos seguintes

domínios: autonomia, competências sociais e aprendizagem. O projeto contemplou, igualmente, a capacitação das figuras de suporte que se traduziu no envolvimento de cuidadores e figuras de suporte (Escolas, Centros de formação profissional; Entidades com respostas clínicas ou de reabilitação psicossocial; Estruturas recreativas ou programas de ocupação jovem; CPCJ (Cascais e Oeiras); entidades de apoio social).

https://www.aria.com.pt/wp-content/uploads/2019/06/promovete_manual_crianças.pdf

► Saúde Mental em Saúde Escolar

Álvaro de Carvalho, Gregória Von Amann, Conceição Tavares de Almeida, Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. ISBN: 978-972-675-237-0

https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/12/ManualSaudeMental_PNSM_dez2019.pdf

