

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Rúben Filipe da Silva Gonçalves

SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS
A EXPERIÊNCIA NA CPCJ DE COIMBRA.

**Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Sociologia
orientado pela Professora Doutora Madalena Duarte e apresentado
à Faculdade de Economia**

Dezembro de 2022



FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS
A EXPERIÊNCIA NA CPCJ DE COIMBRA.

Rúben Filipe da Silva Gonçalves

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Sociologia
orientado pela Professora Doutora Madalena Duarte e
apresentado à Faculdade de Economia

Dezembro de 2022

À minha família

Agradecimentos

Este trabalho não seria de todo possível sem a ajuda, mais ou menos direta, de muitas pessoas.

Desde já agradeço à Professora Doutora Madalena Duarte pelo seu enorme apoio, e paciência, instando-me a manter o foco no trabalho e a não baixar os braços, não obstante a demora na elaboração deste relatório.

À minha família: à minha mãe, Célia, pelo apoio incondicional que me deu, ao ser um enorme suporte. À minha tia e avó que agiram e agem como segundas mães, e ao meu tio, Fábio, que sempre incentivou o meu espírito crítico.

A lista de amigos é infindável, pelas suas contribuições concretas e pelo suporte emocional que me providenciaram, mas enumerarei alguns dos nomes: Márcia, Ana Portugal, Marta, Sérgio, Larissa, Cátia, Adriana, Emanuelle, Maurício, Beatriz, Nuno, Liliana. Muitos mais, de uma forma ou de outra, ajudaram-me. Para todos vós, o meu bem-haja.

Um agradecimento especial ao Samuel, ao João e ao Renato pelo trabalho que tiveram em reler tudo o que escrevi e que me ajudaram a terminar este trabalho.

Agradeço também à doutora Inês Coutinho pela possibilidade de ter estagiado na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Coimbra, e pela forma calorosa como fui recebido nessa instituição.

The greatness of a community is most accurately measured by the
compassionate actions of its members. Coretta Scott King

RESUMO

As crianças e jovens encontram-se frequentemente em risco. Os organismos internacionais despertaram para esta realidade, levando que a Sociedade das Nações (e mais a ONU) produzissem algumas diretivas que visavam a proteção física destes. Ainda que inicialmente a preocupação se prendesse com a proteção física e moral, a adoção da Declaração dos Direitos do Homem, em 1948, veio alargar esta a vários direitos inalienáveis da criança.

Em Portugal, a primeira legislação de proteção da infância antecede outras convenções internacionais, mas foca-se apenas numa perspetiva de controlo social, que se mantém até ao final do Estado Novo. Com a implementação da democracia, surgem novas preocupações com as crianças, nomeadamente através de várias leis aprovadas no final do séc. XX, que consagram o Estado como entidade que deve promover o bem-estar físico e psíquico e proteger os direitos das crianças.

Desta forma, para que haja plena saúde é necessário que se promova a saúde mental. Assim sendo, são determinantes para a qualidade desta fatores sociais como a habitação e o acesso à educação. As redes sociais que as famílias criam são cruciais dado que permitem que existam condições para melhor enfrentar os contextos que sejam mais lesivos para a saúde mental.

A CPCJ é uma instituição oficial não judiciária com variadas funções na promoção dos direitos e proteção de crianças e jovens. Usando estudos de caso de crianças que foram intervencionadas pela Comissão de Coimbra pudemos aplicar os conceitos teóricos à realidade empírica de crianças com problemas de saúde mental. A conclusão foi evidente: os contextos sociais são fatores que amplificam a doença mental.

Palavras-chave: Infância; Doença Mental; Exclusão Social; Classes Sociais;

ABSTRACT

Children and young people are often at risk. International organizations have awoken to this reality, led by the League of Nations (and later the UN) to produce some directives aimed at their protection. Although initial their concern was the physical and moral protection, with the adoption of the Declaration of Human Rights, in 1948, their aim was extended to several inalienable rights of children.

In Portugal, the first child protection legislation precedes other international conventions, but it is focused on a perspective of social control, which remained until the end of the Estado Novo. With the implementation of democracy, new concerns with children arise, namely through several laws approved at the end of the 20th century, in which the States commits itself as an entity that must promote the physical and psychological well-being as well as protecting the rights of children.

Therefore, for a state of full health, it is necessary to promote mental health. Therefore, social factors such as housing and access to education are decisive for the quality of individual health. The social networks that families create are crucial as they allow conditions to better face the contexts that are harmful to mental health.

The CPCJ is an official non-judiciary institution with various functions in promoting the rights and protection of children and youth. Using case studies of children who have been helped by Coimbra's CPCJ, we were able to apply the theoretical concepts to the empirical reality of children with mental health problems. The conclusion was clear: social contexts are factors that amplify mental illness.

Keywords: Childhood; Mental Health; Social Exclusion; Social Class

Listas de Abreviaturas

LPI	Lei de Proteção da Infância
OTM	Organização Tutelar de Menores
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CNPDJ	Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção de Crianças e Jovens
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECMIJ	Entidades com Competências em Matéria de Infância e Juventude
LPCJR	Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Risco
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
NACJR	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
EMAT	Equipas Multidisciplinares de Apoio Técnico aos Tribunais
APAV	Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
ARS	Administração Regional de Saúde

Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Listas de Abreviaturas	xi
Introdução	1
Parte I: Conceções da Infância	3
1.1. A Infância	5
1.2. A infância em Portugal	7
1.3. Pobreza e Exclusão Social de crianças em Portugal	10
Parte II: A Saúde Mental	15
1.1. A desinstitucionalização	18
1.2. A desinstitucionalização em Portugal	21
1.3. A rede hospitalar em Portugal	24
2.1. Imagens da doença mental	32
2.2. Estado Social e as Famílias	36
2.3. As Famílias	38
2.4. Redes sociais	40
2.5. Redes Sociais na Doença Mental	44
2.6. As instituições:	45
Parte III: Estágio	48
1.1. Entidades com Competências em Matéria de Infância e Juventude	51
1.2. Comissão de Proteção de Crianças e Jovens	52
1.3. Estrutura Organizacional Comissão de Proteção de Crianças e Jovens	53
1.4. Composição da Modalidade Alargada:	54
1.5. Composição da Modalidade Restrita:	56
1.6. Funcionamento da Instituição	57
1.7. Sinalizações à Comissão Proteção de Crianças e Jovens	58
1.8. Medidas de Proteção e Promoção	59
1.9. Os princípios a que se devem seguir as intervenções	61
2. Casos da CPCJ	63
3.1. Estágio durante a pandemia	67
3.2. Dinâmica de trabalho na comissão nas duas modalidades:	68

3.3. Importância da instituição:	69
3.4. O papel que o sociólogo pode ter na instituição:	70
Conclusões	72
Referências Bibliográficas	74

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge na sequência do mestrado em Sociologia na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Para a prossecução do segundo ano do referido mestrado, optou-se pela realização do mesmo em formato de estágio, tendo recaído a escolha sobre a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Coimbra. Desta forma, conseguimos aprender de que maneira, em que condições e quando é que a Comissão pode e vai agir em prol da defesa e promoção dos direitos das crianças e dos jovens.

Após constatar, na Comissão, os vários casos de crianças que eram intervencionadas devido a situações de problemas de saúde mental, decidimos investir nesse percurso: o de compreender a evolução da forma de, primeiro, como a infância tem sido encarada ao longo do tempo e, posteriormente, analisar o modo como a saúde mental, e em particular a saúde mental em crianças e jovens, tem sido representada, procurando compreender as causas e as consequências da (falta) de saúde mental na vidas das crianças e das famílias, dado que este tema é ainda pouco explorado, apesar da consciência dos efeitos perniciosos da doença na vida das crianças e da forma como tais implicações vão influenciar as trajetórias de vida em adulto. O foco dado incide apenas nos fatores biológicos e não tanto noutros fatores contextuais decorrentes das condições de vida das famílias.

Tendo em vista a compreensão dessa evolução, este relatório está estruturado da seguinte forma: inicialmente será abordada a forma como a criança era vista, à luz do Direito, nomeadamente a produção legislativa que existe em Portugal desde que foram criadas leis que procuravam proteger a criança – com os respetivos contornos e preconceitos de cada época – até à atualidade. Uma vez que o estágio foi precisamente numa CPCJ, será dada uma maior ênfase ao quadro legislativo que levou à criação das mesmas.

Após esta caracterização iremos abordar a questão da saúde mental e as variadas visões de tratamento médico, focando-nos no início do século XX até à atualidade. Neste capítulo iremos discorrer sobre as várias tendências ao longo dos últimos 100 anos.

De seguida, iremos abordar a importância dos condicionantes sociais que existem ao nível do cuidado com a saúde mental na infância. Tendo em conta a particular ausência de estudos sobre estes impactos nas trajetórias de vida de crianças, iremos usar, com alguma

frequência, quadros conceptuais que são mais frequentemente aplicados a adultos, tentando fazer a ponte com os condicionantes vivenciadas pelas crianças.

Após este capítulo teremos um capítulo mais empírico, em que usando os quadros conceptuais explorados no capítulo anterior iremos conectar os trabalhos teóricos com as experiências vividas pelas crianças. Terminamos o relatório através da nossa experiência pessoal, fruto da realização do estágio, em que vamos discorrer sobre a importância desta instituição na proteção e promoção dos direitos das crianças e jovens, abordando posteriormente, a nossa experiência na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Coimbra.

PARTE I: CONCEÇÕES DA INFÂNCIA

Conceções da Infância

1.1. A Infância

A infância é atualmente reconhecida como uma fase muito importante no desenvolvimento humano pleno pelo que a sua defesa e proteção é tida como um dos papéis mais importantes que recaem sobre a sociedade na sua totalidade. Podemos afirmar que a preocupação com o bem-estar e com o desenvolvimento integral das crianças é uma novidade do século XX. Durante muito tempo na história humana a criança foi vista como um adulto em miniatura, que não merecia especial proteção decorrente da sua condição.

Uma das primeiras vezes em que surgem referências aos direitos da criança, a nível mundial, foi na Declaração de Genebra de 1924. Esta resolução, promulgada pela Assembleia da Sociedade das Nações, segue a Declaração dos Direitos da Criança, promulgada em 1923 pelo Conselho da União Internacional de Proteção à Infância (Albuquerque, 2000). Nesta Declaração é reconhecida a necessidade da proteção da criança, independentemente de raça, nacionalidade ou crença, sendo necessário para tal preservar a família para que a criança tenha capacidade de se desenvolver moralmente, espiritualmente e materialmente (Albuquerque, 2000).

Na Declaração Universal dos Direitos do Homem, datada de 1948, encontram-se enunciados os direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais que são inatos a todos os seres humanos e que abrangem naturalmente as crianças. Particularmente o Artigo 25º da Declaração reconhece a importância da infância e da maternidade, sendo que a estes deve ser garantida proteção especial. Os direitos das famílias e do seu bem-estar são igualmente reconhecidos, contemplando a importância da saúde, alimentação, vestuário e serviços sociais necessários ao promover a devida segurança no desemprego, doença, invalidez e outras circunstâncias independentes da sua vontade (ONU, 1948). Nesta Declaração é também reconhecida a importância de garantir a educação adequada às crianças, defendendo a gratuidade do ensino elementar fundamental e que níveis superiores de educação devem ser acessíveis a todos.

Este documento reconhece as condições físicas e intelectuais da criança, reconhecimento que estas necessitam de proteção e cuidados especiais, ao nível da proteção jurídica adequada, antes e depois do nascimento. Este documento prevê que a criança deve ser devidamente protegida face à doença, devendo-se pautar pela defesa da sua saúde,

devendo ser garantida tanto à criança quanto à mãe os cuidados especiais – bem como ser proporcionada a adequada alimentação, habitação e os cuidados médicos que lhe sejam necessários.

Em 1959, foi aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a Declaração Universal dos Direitos das Crianças. Este documento prevê que as crianças têm liberdades e direitos inalienáveis, não podendo ser discriminadas com base na raça, cor, sexo, religião, opinião política ou outra, origem nacional ou social, fortuna ou outra situação. No seu Princípio 5º, a Declaração reconhece que crianças com doenças mentais, deficiências físicas ou outras formas de “diminuição social” devem ter cuidados especiais quanto ao seu tratamento e educação, fortalecendo a importância de uma educação gratuita que promova a sua cultura e favoreça igualdade de oportunidades (ONU, 1959).

Para colmatar as linhas mestras sobre a proteção das crianças, as Nações Unidas produziram outro documento para reforçar a necessidade de proteção dos Direitos das Crianças. Para tal adotam, a 20 de Novembro de 1989, a Convenção das Nações Unidas sobre o Direito da Criança. Esta data celebra os 30 anos da Declaração dos Direitos da Criança e este dia passou a ser celebrado como o Dia Universal da Criança (Albuquerque, 2000). Depois de ser adotada, a abertura para a sua assinatura e ratificação iniciou-se a 26 de Janeiro de 1990, tendo entrado em vigor no dia 2 de Setembro de 1990 (Albuquerque, 2000).

A Convenção dos Direitos da Criança define “criança” como todos os indivíduos com menos de 18 anos e detentores de plenos direitos. Os direitos que são consagrados às crianças podem ser divididos em quatro grupos: Sobrevivência, Desenvolvimento, Proteção e Participação. No que diz respeito ao Direito à Sobrevivência, consiste na satisfação das necessidades biológicas como alimentação, alojamento e saúde. Em relação ao Direito ao Desenvolvimento, este consiste na satisfação das necessidades pessoais, ao nível cognitivo, emocional, cultural e social. No que concerne ao Direito à Proteção este consiste na satisfação de necessidades associadas a vulnerabilidades específicas, nomeadamente em situações de abuso, tratamento negligente, violência, tráfico e exploração sexual e laboral. Relativamente ao Direito à Participação este consiste na concretização do direito ao acesso de informação e de participação (ONU, 1959).

1.2. A infância em Portugal

Em Portugal podem identificar-se três marcos significativos quanto à evolução da preocupação com a proteção da infância: A Lei de Proteção da Infância, de 1911 – um marco histórico não apenas em Portugal mas também no mundo uma vez que precede a Convenção de Genebra, quanto à proteção de crianças, a Organização Tutelar de Menores de 1962 e a sua revisão de 1978, e a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, de 1998 (Moura, 2016).

O primeiro marco, a criação da “Lei de Proteção da Infância” em 1911, durante a Primeira República, foi o primeiro enquadramento jurídico e legal que garante à criança direitos tutelares, diferentes dos garantidos aos adultos. Tendo em conta que esta legislação antecede a primeira resolução em que surge a preocupação com os direitos da criança, é legislação particularmente inovadora, dado que a Lei que foi aprovada em Portugal já antevia preocupações sociais relativas aos contextos sociais das crianças. Este primeiro diploma pretendia cuidar das crianças numa ótica de prevenção social, ao intervir junto de crianças desprovidas de recursos materiais por forma a dissuadir comportamentos de risco ou considerados desviantes, sendo marcada por um forte pendor paternalista (Martins C. , 2013).

O segundo marco em Portugal ocorre com a publicação da Organização Tutelar de Menores, em 1962. Esta Organização orienta o funcionamento dos tribunais em casas com menores, com um papel protetor e pedagógico (Martins C. , 2013). Há igualmente um foco na intervenção preventiva e um destaque do papel da família (Moura, 2016). O papel que cabe ao Estado é o de “combater neles ou no ambiente que os rodeia as causas que os arrastaram ao foro tutelar” ao invés de punir e de castigar (Martins C. , 2013). Numa revisão de 1978 o diploma introduz a importância da participação da comunidade na administração da Justiça. Nesta revisão, o julgador poderia impor a quem detinha o poder paternal (pais, tutores ou outra qualquer pessoa que detivesse a guarda do menor), um conjunto de orientações que deveriam cumprir. Esta alteração introduz na lei a figura do Juiz Social, cuja função era a de auxiliar o juiz de menores. Estes eram escolhidos de dentro da comunidade, sendo indivíduos com mais de 25 anos e menos de 65 anos de idade, que sejam considerados idóneos, saibam ler e escrever português e que não tenham tido qualquer condenação por crime doloso (Martins C. , 2013).

Surgem pela primeira vez, as comissões de proteção de carácter administrativo em vez de carácter judicial, cuja função era a de proteger crianças e jovens quanto à proteção, assistência e educação. Estas são marcadamente menos formais por forma a evitar o estigma que persegue as crianças que eram levadas a tribunal (Martins C. , 2013).

Na sua génese, estas comissões, existiam apenas nos Tribunais de Menores de Lisboa, Coimbra e Porto, e eram consideradas “Instituições não oficiais não judiciárias de proteção de menores” (Martins C. , 2013).

Uma crítica apresentada à Organização Tutelar de Menores é o facto de serem apenas movidos processos a crianças e jovens das classes mais desfavorecidas. Os delinquentes que pertencessem as classes média e alta da sociedade permaneciam impunes a qualquer medida de internamento. Esta ação era condicionada pela ótica protecionista deste diploma (Martins C. , 2013).

Nos anos pós-25 de Abril, com a democratização do país e o fluxo de novas ideias, novos estilos de vida e novas formas de pensar a sociedade, ocorreram alterações demográficas importantes, que tiveram como consequência novas formas de pensar a infância e a juventude. A posição periférica de Portugal no interior da União Europeia e a transição para um regime democrata liberal causou diversas alterações demográficas, nomeadamente a redução da natalidade, redução da dimensão das famílias um crescente número de famílias monoparentais bem como a redução do número de casamentos e o aumento no número de divórcios (Tomas, Fernandes, & Sarmento, 2011).

Em Portugal, na sua lei maior, a Constituição da República Portuguesa, esta preocupação está presente. Com efeito, de acordo com o Artigo 69^a da Constituição da República Portuguesa há a consagração na Constituição Portuguesa dos Direitos fundamentais da Infância (Art.º. 69.º) e Juventude (Art.º. 79.º), que incumbe à sociedade e ao Estado, a responsabilidade da proteção das crianças contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão, com vista ao seu desenvolvimento integral. Para a defesa e proteção das crianças, a instituição Família, tida como um elemento fundamental da sociedade, tem uma enorme importância na medida em que é a responsável pelo bem-estar dos seus membros. Mais ainda, de acordo com o 67º Artigo, compete às famílias a garantia da proteção das crianças e, por sua vez, as famílias devem ter o apoio do Estado de forma a serem capazes de cumprir esse desígnio.

O apoio do Estado às famílias deve ser feito a nível social e económico, que engloba a existência de diversas respostas sociais, nomeadamente a cooperação com os pais na

educação dos filhos e a garantia de uma parentalidade consciente e que salvaguarde a dignidade da pessoa humana. Ao Estado cabem igualmente funções de garante de especial proteção quando as crianças (e jovens) são privados de um ambiente familiar normal. De forma a cumprir esse desígnio o Estado foi criando, ao longo dos tempos, seguindo correntes e visões sobre a infância e juventude em linha com novas ideias e influências externas, novas instituições e novos mecanismos de proteção e defesa da infância e juventude.

No entanto, e não obstante a fraca relação entre legislação e efeitos práticos na sociedade, surgiram alguns diplomas legais que influenciaram a vida das crianças em Portugal (Tomas, Fernandes, & Sarmento, 2011).

Em 1991, pela Lei 189/91 de 17 de Maio, nasceram as Comissões de Proteção de Menores. Esta entidade pode agir de forma autónoma, aplicar medidas de promoção dos direitos e de proteção, desde que os pais deem o seu consentimento (Conceição, 2017). Estas comissões, para melhor desempenhar as suas funções funcionam em articulação com várias disciplinas e áreas do saber e são feitas num âmbito mais local por forma a melhor apoiar situações em que haja “menor negligenciado ou maltratado e também do menor que patenteia condutas desviantes” (Lei 189/91, artigo 2º).

O terceiro marco ocorre no ano de 1998 com a Lei n.º 98/98, quando é criada a Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco. Este organismo tem como funções a coordenação, acompanhamento e avaliação dos organismos públicos e da comunidade na proteção de crianças e jovens em risco (Moura, 2016).

Em 1999 foram feitas várias reformas Legislativas quanto aos Direitos das Crianças e dos Jovens, com a redação da Lei Tutelar Educativa (Lei nº 166/99 de 14 de Setembro) e a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº 147/99 de 1 de Setembro). Estas reformas da Lei foram feitas com o intuito de regular a intervenção do Estado e da comunidade na promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens em perigo, prevendo-se que haja um maior foco da comunidade na prevenção e proteção das crianças.

Depois deste importante marco, foram feitas várias alterações à lei, nomeadamente com: Lei n.º 26/2018, de 05/07; Lei n.º 23/2017, de 23/05; Lei n.º 142/2015, de 08/09; Lei n.º 31/2003, de 22/08.

1.3. Pobreza e Exclusão Social de crianças em Portugal

Um indicador importante para avaliar o desenvolvimento humano é, precisamente, a situação social da infância. E, numa sociedade com um grau elevado de desigualdade, são as crianças que apresentam os maiores índices médios de pobreza e de exclusão social (Tomas, Fernandes, & Sarmiento, 2011).

A exclusão social é a negação do acesso às instituições, apoios e direitos sociais universais. A exclusão social é, portanto, a negação da cidadania plena. Ainda que pobreza e exclusão sejam conceitos muito próximos, referem-se a realidades um tanto diferentes: a pobreza é, de um sentido muito abrangente, a carência material e de acesso a serviços e direitos. Por sua vez, a exclusão social é a negação da cidadania plena, pelo que pessoas e famílias, podem ter os seus direitos negados, ainda que não sofram qualquer escassez de recursos (Oliveira J. F., 2011).

É importante referir que as políticas para crianças que estão institucionalizadas mantêm um carácter assistencialista e caritativo. Estas são ainda influenciadas pelas visões deterministas do desenvolvimento infantil, muito limitador do papel da criança e dos seus direitos (Tomas, Fernandes, & Sarmiento, 2011).

Importante referir, no entanto, que acordo com o relatório do INE sobre equilíbrio entre vida e trabalho, os indicadores pioraram até 2015. Contudo, a partir de 2016, o índice de equilíbrio entre vida familiar e vida laboral apresentou melhorias (INE, Índice de Bem Estar 2004-2016, 2017).

Dados do INE, datados de 2021, indicam que 10,7% das crianças com menos de 16 anos, pertenciam a agregados familiares em privação material e social. Em termos absolutos, são cerca de 1,5 milhões de crianças sendo que maioria destas famílias eram compostas por dois adultos e uma criança dependente (20,3%) ou por dois adultos e duas crianças dependentes (32,4%). Os dados disponibilizados pelo INE revelam que os agregados familiares cujos pais ou adultos têm menor grau de escolaridade estão mais sujeitos a privação material e social. No caso em que ambos os adultos têm o ensino básico ou nenhum ensino, compõem 20,7% da amostra, e cerca de 54,8% destes agregados estão em situação de privação. Para agregados em que, pelo menos, um dos adultos têm ensino secundário ou pós-secundário, são 29,5% da amostra, e 32,8% desses agregados estão em privação. Por fim, para agregados familiares em que existe pelo menos um parente com ensino superior e que constituem a maioria da amostra, compondo 48,8%, apenas 8,4% destes agregados com

crianças com menos de 16 anos, estão em situação de privação material e social (INE, Índice de Bem Estar 2004-2016, 2017).

Relativamente à composição do agregado familiar, um adulto com apenas uma criança, o que corresponde a 11,9% da amostra é indicado que 19,8% destes agregados estão em privação. Para dois adultos com uma criança, correspondendo a 20,3% da amostra, 12,4% destes estão em privação. Para agregados com dois adultos com duas crianças, correspondendo a 32,4% da amostra, cerca de 13,4% destes encontram-se em privação. Para agregados com dois adultos com três ou mais crianças e que corresponde a 17,1% da amostra, 21,1% estão em privação (INE, 2022). Podemos constatar que a situação de privação material é mais presente em famílias monoparentais (ainda que sejam a minoria da amostra) ou quando os agregados são compostos por mais do que três crianças, demonstrando a ausência de políticas públicas que sejam capazes de apoiar estes agregados familiares.

Quanto ao nível de escolaridade, pessoas com ensino superior contabilizam a maioria, com 27,8% a indicar ter a sua saúde mental afetada, 26,3% das pessoas com ensino secundário 26,2% de pessoas com ensino básico indicam ter impactos negativos na saúde mental, quanto a pessoas sem estudos 25,4% indicam ter piorado a sua saúde mental. Quanto à situação laboral, são os desempregos que tem os maiores índices de declínio de saúde mental, com 33,7% a serem afetados pela pandemia a nível da saúde mental (INE, 2022).

Quanto a indicadores de saúde mental, os dados mais recentes, disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística, datados de 2020 e com o foco na crise pandémica, e indicam um declínio das condições de saúde mental da população portuguesa, evidenciando que as mulheres reportam menor índice de saúde mental do que os homens, com 30,2% de mulheres a indicarem a sua saúde mental ter sido negativamente afetada pela pandemia, enquanto a percentagem de homens era de 22,4% (INE, 2022).

A pandemia da Covid 19 trouxe consigo um conjunto alargado de consequências sociais e económicas que afetaram a saúde mental de adultos e de crianças. Desde a insegurança sentida pela escassa informação sobre um vírus bastante contagioso, à necessidade de imposição de medidas restritivas do espaço público e de limitação dos contatos físicos, a disrupção de rotinas, a instabilidade no trabalho desencadeou um pico nos níveis de ansiedade, stress e de depressão sendo atualmente entre três e cinco vezes mais frequentes comparativamente aos dados relatados habitualmente pela Organização Mundial da Saúde (Vieira & Granja, 2020).

Em estudos já elaborados para identificar o perfil sociodemográfico de pessoas que sejam mais afligidas por doenças mentais comuns devido à pandemia, foi possível detetar que pessoas com menor grau de educação são as mais sujeitas a episódios de depressão, ansiedade e de stress (Goularte, et al., 2021). Igualmente mais expostas ao stress e a ansiedade são as famílias mais desfavorecidas dado que por terem menor capital social, económico, cultural e simbólico que, para além de mais expostas ao Covid, tem menos capacidade de enfrentar a disrupção económica causada pelo vírus estando portanto mais suscetível a doenças mentais (Tavares, 2020,).

Num dos poucos estudos conduzidos em Portugal foi possível identificar que as mulheres reportavam mais stress do que os homens (77,9% de mulheres contra 22,1% de homens) (Aguiar, Maia, Duarte, & Pinto, 2022). Foi igualmente reportado que pessoas sem emprego com menos recursos e que tinham necessidade de ter mais cuidados com as despesas em casa apresentavam mais sintomas de depressão (Aguiar, Maia, Duarte, & Pinto, 2022).

Nas crianças em particular a pandemia trouxe consigo variados problemas para a saúde das crianças. Nos primeiros estudos que surgiram para a população chinesa, os sintomas mais comuns eram a ansiedade, nervosismo, facilidade de irritação, medo de dano físico, fobia social e perturbação de pânico (Figueirinhas, 2021, p. 7). Em estudos europeus de crianças espanholas e italianas foi reportado que as crianças apresentavam maior dificuldade de concentração, aborrecimento, irritabilidade, inquietação, nervosismo e sentimentos de solidão (Figueirinhas, 2021, p. 8).

Outra consequência que a pandemia trouxe consigo relaciona-se com o aumento dos níveis de maus-tratos e de violência doméstica e de negligência. Em Portugal dados de 2021 indicam que são essas as categorias que representam o maior número de comunicações às CPCJs (CNPDCJ, 2021). Este aumento relaciona-se com o aumento do desemprego durante os confinamentos, a instabilidade financeira e económica e com a redução das redes de apoio.

Nas situações em que já existiam episódios de violência, o grau de stress e de ansiedade foi ainda mais amplificado uma vez que, para estas pessoas, o lar não é um espaço de segurança e as vítimas eram forçadas a partilhar por muito mais tempo o espaço com o seu agressor, sem que haja a possibilidade de “escape” para o espaço público (Duarte, 2020, p. 150).

As medidas de encerramento de escolas e de jardins de infância, cujo principal objetivo era o de reduzir os contágios teve um efeito penalizante nas famílias mais

desfavorecidas. Devido à precariedade do vínculo laboral e baixos salários e trabalhando em setores que não encerraram durante o confinamento estiveram mais expostos à Covid 19 (Costa, 2020, p. 8). Neste caso o género foi bastante importante dado que eram e são as mulheres que tinham de fazer jornadas duplas de trabalho – o remunerado e o reprodutivo, sendo ainda mais sobrecarregadas com o trabalho doméstico devido ao maior tempo que se vivia em casa bem como o cuidado dos filhos e de adultos que contraíssem o vírus, para além da jornada normal de trabalho (Tavares & Candido, 2020, p. 250).

Já nos é possível verificar alguns dos impactos a curto prazo da pandemia na saúde mental nomeadamente através do aumento de perturbações depressivas, perturbações ansiosas, stress, aumento do consumo de álcool e de outras substâncias e de outras doenças mentais comuns. Contudo o real impacto para a saúde mental nas populações apenas poderá ser medido de forma mais precisa num horizonte temporal mais alargado.

PARTE II: A SAÚDE MENTAL

1. As representações da Saúde Mental e de Problemas de Saúde Mental

Ao longo dos séculos, as imagens e estigmas associados a indivíduos que eram portadores de perturbações e doenças mentais foi evoluído e alterando-se de acordo com o contexto social em que estas se localizam. Se na atualidade a saúde mental é ainda considerado um conceito complexo, abrangente e com alguma dificuldade quanto à sua identificação, concebendo-se “saúde” como um “estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Alves & Rodrigues , 2010), no passado, a relação da doença com os doentes e com quem os rodeava era mais complexa e problemática, marcada por um peso imensurável de estigmas e preconceitos. Por exemplo, em sociedades mais antigas, estas pessoas eram tidas como intermediários entre os deuses e os mortos – os xamans.

Na Europa Medieval estas pessoas eram vistas como seres proscritos, sendo maltratados e inclusive queimados na fogueira (Alves F. , 2010). É durante a Idade Média, um período negativo no que concerne à ciência psiquiátrica, que decorreram três acontecimentos importantes. O primeiro destes foi a criação de asilos, que serviam de albergue para pobres, delinquentes e aqueles que eram considerados loucos (Oliveira J. F., 2011).

O segundo acontecimento decorre no século XII, ainda na Europa, as catedrais, revestidas com uma nova sensibilidade cultural e artística, procuram cuidar da alma, sendo que a doença era causada por questões de natureza orgânica (Oliveira J. F., 2011).

Nos finais do século XV, ocorre o terceiro acontecimento, em que há uso de medicina para o tratamento da doença. Esta medicina era de influência árabe, que desde a Idade Média era a tradição cultural mais sensível a questões de doença mental (Oliveira J. F., 2011).

Já no decorrer do século XIX, na Europa, coexistiam várias formas de ver a doença mental, por vezes paradoxais: de um lado, era tema de interesse médico e de estudo, de outro, quem fosse portador de alguma doença deveria ser contido pela necessidade profilática de conter qualquer forma de contágio social no seio das sociedades (Alves & Rodrigues , 2010).

Para aqueles que viam a enfermidade como um tema para investigação científica, os portadores destas doenças eram vistos como pessoas que necessitam de cuidados médicos. Contudo, estes cuidados que deveriam ser prestados para estas pessoas que evidenciassem distúrbios de saúde mental, tratavam estes como seres indesejáveis, cujos comportamentos

sociais “reprováveis” serviam como motivo para serem excluídos da sociedade, em instituições que protegessem a restante população – eram comuns os asilos de loucos, como eram conhecidos. Estas instalações certificadas e geridas pelas entidades médicas, serviam como espaços de controlo de pessoas incapazes de tomar conta de si e cujo comportamento poderia ameaçar a ordem social (Markowitz, 2011).

Durante o século XIX e início do século XX, os hospitais vocacionados para a doença mental, eram espaços hostis para os pacientes, onde frequentemente estes passavam por situações de abusos de direitos humanos, com graves carências quanto ao nível de cuidados, sendo que estes hospitais eram, efetivamente, locais de encarceramento em vez de espaços de tratamento (Hespanha, Portugal, Nogueira, Pereira, & Hespanha, 2012, p. 29).

Como dito anteriormente esta categoria de instituições de tipo carcerário também existentes em Portugal, tinham como principal objetivo o controlo social sobre estes indivíduos. Com efeito, mantiveram esta função até ao final dos anos 70, data aproximada em que novas correntes de pensamento e novas formas de tratamento começaram a surgir para pessoas com doenças mentais, trazendo consigo um esvaziar da lotação nestes locais de tratamento (Guterres, 2002, p. 81).

1.1. A desinstitucionalização

É, portanto, a partir dos anos 50 que nos EUA, Inglaterra e França surgem alterações à filosofia assistencialista que havia até então dominado o tratamento de doenças mentais, sendo paulatinamente substituídas por estruturas assistenciais de base comunitária, abalando a conceção hospitalocêntrica de tratamento (Alves & Silva, 2004). Este novo paradigma surge como resultado de vários fatores simultâneos – um, é a existência de um novo ímpeto ideológico, em que se dá mais ênfase à necessidade de poupar dinheiro e reduzir os gastos públicos na saúde, dado que o tempo de internamento era demasiado prologando, logo bastante oneroso para os cofres públicos, que estavam encarregues de prover esse suporte médico. Outro fator muito importante foi o desenvolvimento de novos tipos de medicação, nomeadamente os neurolépticos e os antidepressivos, que permitiam que a estadia de doentes mentais em instituições de saúde mental fosse reduzida. Para além destes dois fatores, procurou-se incluir novas modalidades de intervenção psicossocial, procurando uma melhoria da condição de saúde pública com o apoio da comunidade e com novas técnicas de cariz psicológico (Markowitz, 2011).

Foi graças aos avanços na psicofarmacologia que foi possível avançar na desinstitucionalização dos portadores de problemas de saúde mental. Este processo previa que os hospitais fossem esvaziados de camas para os pacientes, sendo esperado que as respostas fossem mais eficientes, provenientes da comunidade e capazes de promover a reabilitação social (Oliveira J. F., 2011).

Foi graças à inclusão de componentes sociais e mentais na definição de Saúde da OMS, que concebia saúde de uma forma mais holístico que esta nova corrente de tratamento teve a capacidade de se expandir pelo mundo fora.

Para a divulgação de novas técnicas e práticas de tratamento à doença mental, é publicada a “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSM), um manual norte americano com bases terapêuticas para tratamento de doenças mentais, um documento feito pela Associação Americana de Psiquiatria (no seu original *American Psychiatric Association* – APA) em que são definidos os conceitos de doenças de saúde mental e de problemas de saúde mental. Este manual revelou ser de grande importância para o avanço da biomedicalização da saúde mental, na medida em que o tratamento de doenças e dos seus sintomas eram feitos apenas com base em produtos farmacêuticos, ignorando outras eventuais variantes sociais (Oliveira J. F., 2011).

Na edição de 1952 do DSM, o tipo de tratamento mais comum para doenças mentais era feito através da psicoanálise, procurando ser inclusivo para a sociedade, sendo que as respostas à saúde mental envolviam uma componente social. Contudo, nos anos 80 (quando se dá a primeira vaga de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos), há uma viragem acentuada para o sistema biomédico, com recursos a medicação anti-psicótica e retirando a vertente sociopolítica da doença mental (Conrad, 2017, p. 48), pelo que se esperava que, com estas novas medicações o tratamento fosse eficaz, não dependendo de estadias longas em instalações médicas de tratamento psiquiátrico.

Contudo, esta realidade não se concretizou como o idealizado, em particular nos Estados Unidos da América. A desinstitucionalização levou a uma colossal desospitalização, na qual inúmeros hospitais psiquiátricos foram encerrados, deixando os seus utilizadores sem qualquer tipo de apoio, o que levou a um aumento no número de prisões de pessoas que eram portadoras de problemas de saúde mental, outrora institucionalizados, uma vez que, após o encerramento das instituições que os apoiavam e sem o devido apoio na comunidade, muitas destas pessoas foram encarceradas por “causar males sociais” (Markowitz, 2011). E em vez de encarceradas em hospícios, passaram a ser encarceradas em prisões, pelo que estas

peessoas enfrentavam a vida com menores condições àquelas que tiveram em hospícios e com menos apoios do que outrora lhes eram garantidos (Markowitz, 2011).

Esta mudança quanto ao tratamento afetou igualmente aqueles que trabalhavam diretamente com estas pessoas. Não só as instituições que albergavam pessoas com problemas de saúde mental tornaram-se cada vez mais escassas e com menor capacidade de tratamento de doentes, também os recursos humanos de que dispunham é insuficiente e ineficiente – não refletindo a necessidade de abordagens individuais para o tratamento da doença mental.

A visão ainda dominante no tratamento para saúde mental é a “hospitalocêntrica”. Esta situação é causada devido a vários fatores, nomeadamente a pouca alocação de recursos, a fraca cobertura de cuidados para a saúde mental nos cuidados primários e na comunidade bem como os entraves que decorrem da legislação, o que limita a ação das instituições.

Contudo, o aumento da medicação no tratamento da saúde mental, associado ao desligar do papel da comunidade no tratamento de maleitas, transformou a forma de como os corpos são entendidos (Albuquerque & Oliveira, 2002). Não apenas individualiza o tratamento, como cria um padrão ideal nos corpos de pessoas portadoras de doenças de saúde mental (Conrad, 2017, p. 152).

As farmacêuticas têm um papel muito importante para a biomedicalização da saúde, ao medicalizar a doença – ou seja ao tornar a doença como um mal “de uma máquina” (analogia do corpo humano de uma máquina se tratasse), para além de criar padrões de saúde que nem sempre são reais (há pessoas que têm a tensão arterial mais elevada que o normal, mas não é por isso que padecem de algum mal, simplesmente o corpo é diferente), isola o paciente no tratamento. Por outras palavras, tende a retirar da cura o fator ambiental e social, a doença/problema de saúde mental deve ser entendido como uma questão mais abrangente e deve ser tratado com recurso a médicos, mas também com recurso à comunidade (e respostas sociais) para garantir que quem delas padeça, tenha um tratamento eficaz (Conrad, 2017, p. 163).

A medicalização das doenças, como já anteriormente discutido, tem como consequência a personalização das doenças, retirando o poder político do paciente. Retira a vertente social, ao mesmo tempo que usa medicação como arma de arremesso e os tratamentos passam a ser protegidos por direitos que antes não tinham. O modelo biomédico vê a doença apenas como um conjunto de perturbações dos parâmetros biológicos, que decorrem de imperfeições genéticas, de desequilíbrios bioquímicos ou danos causados por

agentes físicos ou agentes biológicos. Este modelo ignora os determinantes sociais e culturais (Gonçalves, 2016).

Como resposta a este modelo biomédico, redutor do papel da cultura e do ambiente, surgiu o modelo holístico – biopsicossocial. Este novo modelo compreende a doença como um sistema dinâmico, cuja doença é explicada como uma multicausalidade de variantes biológicas individuais e variantes socioculturais (Gonçalves, 2016).

1.2. A desinstitucionalização em Portugal

Em Portugal os tratamentos de doenças mentais têm muito em comum com o que era feito no resto do continente durante a década de 70 e 80. Todavia, evidencia-se a fraqueza do Estado face aos médicos-psiquiátricos e a reduzida participação da sociedade civil (Alves & Silva, 2004). Ao acompanhar este novo paradigma de tratamento deveriam ser criadas na comunidade equipamentos, respostas e instituições que pudessem apoiar as pessoas que estavam a ser desinstitucionalizadas (Teixeira, 2013).

Em Portugal, a mudança para uma visão terapêutica mais próxima à comunidade e com mais psicoterapia surge, de forma mais visível, concretizada na Lei nº 2118 de 3 de Abril de 1963. Esta lei determinava a criação de centros de saúde mental para adultos e para crianças em três regiões: Lisboa, Porto e Coimbra. Esta primeira lei via a doença como algo a ser corrigido, para que houvesse uma restauração a um estado pré doença (Alves & Silva, 2004).

Este novo regime legislativo levou à criação de Centros de Saúde Mental (Alves & Silva, 2004). Para poder prosseguir com este objetivo a lei foca-se em três eixos: o eixo da ação profilática, seguindo uma lógica de prevenção individual e coletiva; o eixo da ação terapêutica, que visava o tratamento dos doentes e o eixo da ação recuperadora, cujo objetivo visava a reabilitação e integração dos doentes através de medidas psicopedagógicas e sociais (Alves & Silva, 2004).

Com o Decreto de Lei nº74 de 1984, surgem novas iniciativas de tratamento da doença mental, nomeadamente estipula a ligação da saúde mental aos cuidados de saúde primários, através da criação de algumas valências de saúde mental em alguns centros de saúde (Alves & Silva, 2004).

As diversas iniciativas legislativas procuram aproximar a psiquiatria à comunidade em simultâneo com a desinstitucionalização e integração dos cuidados primários. É durante este período que há uma reestruturação e expansão dos Centros de Saúde Mental distritais, sendo criadas unidades de psiquiatria nos hospitais gerais, programas de reabilitação e de desinstitucionalização de doentes crónicos e o estabelecimento de cooperações com instituições privadas (Alves & Silva, 2004).

Esta psiquiatria transcultural, trouxe consigo quatro grandes mudanças no tratamento da doença mental: a primeira é a aceção de que a abordagem biomédica é apenas uma das dimensões da doença mental, permitindo que sejam feitas novas abordagens, mais abrangentes, para os problemas de saúde mental. A segunda refere-se ao local onde os cuidados são prestados. Como já foi referido, os hospitais psiquiátricos deixaram de ter a importância no tratamento que outrora gozaram, visto que são criadas nos hospitais gerais as unidades de cuidados de psiquiatria, simultaneamente transferindo os cuidados de saúde mental para a comunidade (Alves & Silva, 2004). E, com esta transferência de tratamento e reabilitação mais focada para a comunidade, surge a ideia de prestador, em que a promoção e a prevenção da saúde mental deixam de ser exclusivos dos médicos psiquiatras, passando a ser uma responsabilidade das várias áreas da saúde mental, nomeadamente os enfermeiros especializados, os psicólogos, os terapeutas, os assistentes sociais, professores entre outros que atuem com e na comunidade. A quarta grande alteração envolve a capacitação dos doentes e das suas famílias, em que os doentes com saúde mental contestam os seus direitos (CNC, 2019).

Com a chegada dos anos 90, surge uma nova visão, em que se procura uma maior inclusão da saúde mental nos cuidados primários de saúde, procurando que os tratamentos da saúde mental sejam feitos a um nível mais local e de proximidade, ao invés de serem feitos em hospitais de grandes dimensões, cujo foco principal é o funcionamento económico, acima do tratamento dos doentes (Alves & Silva, 2004). Aliás, este foi um dos mais importantes enunciados da Declaração de Alma-Ata, que estabelece alguns dos princípios que regem os cuidados com a saúde mental, nomeadamente a necessidade de participação comunitária no planeamento de cuidados de saúde e nos tratamentos a serem providos para os doentes, promovendo uma melhor saúde e melhoria geral das condições de vida das populações (OMS, 1978).

Esta definição de Saúde preconiza um papel com mais relevo da comunidade na prevenção e no tratamento da saúde mental, ao invés de uma visão mais individualista da

doença. Os cuidados na comunidade enfatizam a importância de serviços que estejam mais próximos do domicílio, tratamentos específicos e diagnósticos para as necessidades de cada um. O Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde refere que os países que já iniciaram esta organização dos cuidados primários de saúde da doença mental, fazem-no por necessidade, derivada da falta de meios técnicos especializados e de recursos a nível hospitalar, mas também reflete uma oportunidade em organizar os serviços de saúde mental de forma a evitar o isolamento, o estigma e a discriminação (Foundation, 2014).

Em Portugal, no ano de 1992, com o decreto-lei 127 de 3 de Julho são extintos os centros de saúde mental e os centros de saúde mental infanto-juvenis, que passam a ser integrados nos hospitais gerais, centrais e distritais (Alves & Silva, 2004).

Uma nova lei - a Lei nº36 de 1998, a Lei da Saúde Mental, torna oficial a necessidade de criar uma rede diversificada de respostas através da colaboração de vários ministérios bem como a participação das organizações sociais comunitárias. Neste mesmo ano, através de um despacho conjunto pelo Ministério do Trabalho e Solidariedade e do Ministério da Saúde (Despacho nº407/98 de 18 de Julho) determina-se a criação de dispositivos sócio-ocupacionais e residenciais. A execução cabe à cooperação entre os Centros Regionais de Segurança Social, Administrações Regionais de Saúde, IPSS e Autarquias. Na Portaria 348-A de 18 de Junho de 1998 são definidos alguns programas de mercado social e atualiza a medida de famílias de acolhimento, na medida em que passa a ser necessária mais formação para técnicos que trabalhem nessas instituições (Alves & Silva, 2004).

Não obstante o fato de Portugal tentar seguir as recomendações institucionais para o tratamento da saúde mental é possível evidenciar que há várias fragilidades no sistema português, uma das quais é o elevado poder normativo detido pelos hospitais relativo ao tratamento da doença mental e a fraca participação da comunidade – mesmo quando esta participação esteja prevista nos diversos decretos-lei (Alves & Silva, 2004).

Em Portugal, surge pela primeira vez na Lei da Proteção da Infância de 1911, no artigo 73º, a problemática de crianças com problemas de Saúde Mental. Ainda que à luz dos nossos dias seja uma visão limitada e estereotipada da doença – a designação dada a estas crianças é de “crianças anormais patológicas”. A sua ação para com estas é marcada por forte controlo social da loucura e de contenção perante o resto da sociedade sendo, contudo, um indício de um proto-reconhecimento de crianças que tenham problemas de saúde mental, ainda que o seu tratamento seja feito mediante o encarceramento em instalações, à época, pouco adequadas (Poiars, 2010).

1.3. A rede hospitalar em Portugal

Para o tratamento de doenças psiquiátricas na infância e na adolescência, existem em Portugal, apenas três centros capazes de oferecer respostas médicas: Centro Hospitalar do Porto, Universitário de Coimbra e Lisboa Central, sendo que apenas Porto e Lisboa têm resposta de internamento (Xavier & Almeida , 2009).

A nível de arquitetura de cuidados, as respostas médicas operam-se em três níveis: Serviços Locais, que são a base do sistema; os Serviços Regionais que servem de apoio e de articulação aos Serviços Locais de cada Administração Regional de Saúde; e os Hospitais Psiquiátricos, associados a centros hospitalares centrais (Teresa Goldschmidt, 2018).

A resposta médica que existe em Portugal têm muitas limitações: primeiro, a oferta pública e social é muito concentrada em grandes centros urbanos, que em regra geral se localizam no litoral (com exceção de Évora, que é uma “ilha” no que concerne a cuidados de psiquiatria da infância e da adolescência). Dados de 2015 indicam que apenas 0,3% da população infantil e adolescente têm acesso a serviços de psiquiatria (Saúde, 2015).

Para além da discrepância a nível territorial, o tipo de cobertura é também ele muito inconsistente, ou seja, dentro das ARS há diferenças quanto aos serviços que existem para a população.

Estes três centros de saúde mental, volvidos mais de 60 anos, continuam a ser os principais centros hospitalares psiquiátricos, portanto, dedicados apenas ao tratamento de doenças mentais.

A Lei da Saúde Mental que se encontra atualmente em vigor é a Lei da Saúde Mental nº36/98 de 24 de Junho. Esta lei prevê a articulação entre as várias áreas: desde a educação, ao emprego e à ação social, para uma efetiva promoção da saúde mental. Desde a promulgação do Decreto-Lei nº8/2010 que foi definida a criação de conjuntos de unidades e de equipas de cuidados integrados de Saúde Mental.

O Plano Nacional Saúde Mental - PNSM, segue várias linhas mestras para garantir a promoção da saúde mental: descentralização; cuidados mais próximos das populações; redução da institucionalização através da integração da saúde mental no sistema geral de saúde (CNSM, 2008). Contudo, e apesar da sua inclusão no Plano Nacional Saúde Mental, estas respostas não tinham ainda sido implementadas. Outro objetivo do PNSM é de continuar a desinstitucionalização que foi iniciada com o encerramento do Hospital Miguel

Bombarda e cujo objetivo é reduzir o cuidado da saúde mental focado em serviços hospitalares, reforçando a sua integração e as respostas na comunidade (ERS, 2015). No entanto muitos hospitais vocacionados para o tratamento de doenças mentais foram efetivamente encerrados ou esvaziados de recursos sem que tivessem sido criadas na comunidade as respostas necessárias para as pessoas que deixaram de ser institucionalizadas (Hespanha, Portugal, Nogueira, Pereira, & Hespanha, 2012, p. 53).

Uma falha, reconhecida pelas entidades públicas no PSNM, é o facto do Plano apenas considerar doenças mentais graves, deixando de parte outras doenças mentais que sejam menos severas. Estas são reencaminhadas para os cuidados de saúde primários, que entram numa situação de sobrelotação, dificultando o seu tratamento. Como fator acessório, não existem respostas alternativas para o cuidado de doenças mentais (CNC, 2019).

Em Portugal existem cerca de 32 estabelecimentos de serviços de Psiquiatria da Infância e da Adolescência no Sistema Nacional de Saúde. Em 2015 não existia nenhum (Saúde, 2015) serviço na ARS Algarve, sendo que a maior parte dos serviços encontra-se localizada na ARS Norte (41%) e na ARS LVTJ (34%) (Saúde, 2015).

Para um tratamento mais eficaz, deve ser feita a articulação com outras entidades e instituições. Os cuidados com a doença mental requerem uma aproximação multidisciplinar, com a ação de vários tipos de serviços especializados, nomeadamente psiquiatras da infância, psicólogos clínicos, enfermeiros, assistentes sociais, educadoras de infância, técnicas de reabilitação e educação especial, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais. Como tal, é necessária uma boa relação com o estabelecimento de ensino, de forma a poder detetar, de forma mais precoce possível, qualquer forma de transtorno ou de doença mental nas crianças e adolescentes (WHO, 2002).

Os cuidados, a nível médico, que são prestados a crianças e adolescentes com problemas de saúde mental são consultas externas com atendimento permanente feitas com equipas multidisciplinares, evidenciando uma reduzida capacidade de tratamento. Da análise do acesso a cuidados publicamente financiados de psiquiatria conclui-se que existem assimetrias a nível nacional, com uma escassez de acesso mais vincada em psiquiatria da infância e da adolescência, e nas regiões do Alentejo e Algarve, sendo que a ARS Algarve não tem prestadores sociais com acordo com o SNS localizados no seu território, nem prestadores públicos de psiquiatria da infância e da adolescência, enquanto a ARS Alentejo não tem psiquiatras na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (Albuquerque & Oliveira, 2002). A Rede Nacional Cuidados Continuados é uma resposta social que apoia

pessoas, de qualquer idade, que estejam em situação de dependência funcional (Saúde, 2015).

A identificação da doença mental é, como já anteriormente referido, complexo e multifatorial quando aplicada a adultos, sendo que a dificuldade é acrescida quando procuramos aplicar o mesmo a crianças. A complexidade dos diagnósticos está diretamente relacionada com o número de sintomas, sendo que será mais grave, quanto maior for o número de sintomas que sejam apresentados. Estes sintomas são relevantes na relação e no contexto social e familiar das crianças, pelo que as relações que são estabelecidas dentro e fora da família podem despoletar e agravar situações de doenças mentais, bem como dificultar a evolução da criança e do seu tratamento (Marques C. , 2009).

Tendo em conta os dados estatísticos, podemos constatar que as práticas da institucionalização têm sido progressivamente menos comuns ao longo dos anos: tanto a nível dos dias de internamento (que tem vindo a baixar), as urgências têm sido cada vez menos e, para além desses índices, os doentes que saem do internamento têm aumentado tal como o número de consultas externa que têm vindo a aumentar (Oliveira J. F., 2011).

2. Condicionantes sociais da Doença Mental

A Saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde, é o estado de pleno bem-estar, não significando apenas a ausência de doença, sendo que a obtenção do melhor nível de saúde possível é um dos direitos fundamentais de cada pessoa (OMS, 1948).

Também segundo a Organização Mundial de Saúde, existem vários fatores que influenciam a qualidade de vida, citando fatores biológicos e fatores sociais que são responsáveis por causar ou acentuar doenças mentais.

Na esfera dos fatores biológicos podemos ter doenças que sejam hereditárias ou condicionadas por fatores fisiológicos, nomeadamente a genética humana, na esfera de fatores sociais podemos contar com condições laborais ou de habitação, pressões na vida social como alguns dos fatores responsáveis por doenças mentais (Oliveira D. A., 2019).

Atualmente, o modelo biomédico é ainda dominante relativo à doença. Encara a doença como meras causalidades biológicas, individualizadas, reduzindo-a fenómenos fisiológicos (Gonçalves, 2016). Ainda que os fármacos mais recentes sejam de elevada eficácia, eles não atuam no tratamento da doença, meramente na minoração dos seus

sintomas e nem em todos os casos a medicação resultou no efetivo tratamento e recuperação da pessoa. De facto, algumas pessoas preferem a psicoterapia, numa duração limitada, e que é tão eficaz como os fármacos no tratamento de várias doenças mentais mais comuns (WHO, 2002).

Uma crítica apontada ao sistema biomédico como único (ou principal) causador de problemas de saúde mental é que apaga a importância dos fatores culturais e societários no desenvolvimento destas doenças, isolando desta forma o indivíduo, fazendo dele o único causador da sua doença e restringindo o seu processo de tratamento apenas ao uso de medicação (Maciel, Maciel, Barros, Sa, & Camino, 2008).

Para além destes fatores biológicos, o desemprego, pobreza e desigualdades sociais levam a situações de pobreza infantil, que por sua vez agravam as situações de doença e de problemas de saúde mental. Para o desenvolvimento de problemas de saúde mental nas crianças, são contabilizados três tipos de fatores de risco: os riscos da criança, fatores de risco da família e fatores de risco do contexto. Os fatores de risco da criança atualmente tipificados são as dificuldades de aprendizagem, as dificuldades de comunicação, o atraso no desenvolvimento, influência genética, insucesso escolar e a baixa autoestima. Quanto a fatores de risco da família contam-se o conflito parental, o desmembramento familiar, a ausência ou inconsistente disciplina, existência de relações hostis ou de rejeição, inadaptação às necessidades de mudança da criança, o abuso físico, sexual e emocional, a doença psiquiátrica parental, a perturbação de personalidade, o consumo de álcool e drogas, a criminalidade e a perda de amigos ou morte. Quanto a fatores de risco do contexto contam-se a desvantagem socioeconómica, a privação de habitação, os desastres naturais e os conflitos, a discriminação e a violência (CNC, 2019, p. 52).

De acordo com a tipologia proposta por Lund, podemos agrupar os determinantes sociais em cinco domínios chave – demográfico, económico, habitacional, ambiental e social/cultural (Lund, et al., 2018).

O domínio demográfico inclui a idade, o género e a etnia. O género é de elevado interesse, sendo que as mulheres são mais sujeitas a depressões e a ansiedades, enquanto os homens correm um risco mais elevado de abuso de substâncias e de suicídio. O domínio económico inclui o rendimento, a segurança alimentar, a situação financeira, e a iniquidade económica. Meios socioeconómicos mais desfavorecidos influenciam de forma negativa o desenvolvimento neurológico e a saúde mental de crianças, pelo que o nexo de causalidade que ocorre entre a pobreza e a saúde mental revolve em volta das desigualdades de

rendimento, que enfraquece o capital social, o que amplifica comparações sociais e níveis de ansiedade e é uma marca de desorganização social (Oliveira V. H., 2014). O domínio habitacional inclui o ambiente construído, a água e o saneamento básico. As condições físicas de habitação influenciam a saúde mental: viver em bairros desordenados, sobrelotados e com poucas condições de higiene e segurança afeta de forma negativa a saúde mental. O domínio ambiental inclui a exposição a violência, desastres naturais, conflitos e migrações. Vários estudos comprovam que a exposição a estes eventos traumáticos também tem potencial de causar perturbações mentais (CNC, 2019). O domínio social e cultural inclui o capital social das famílias, a estabilidade social, a cultura, o apoio social e a educação. A educação é um fator muito importante, uma vez que o acesso a educação desenvolve reservas cognitivas e protege contra perturbações mentais e demência. O acesso a educação afeta a saúde mental na medida em que, através de qualificações mais elevadas, será possível encontrar melhores empregos, com melhores condições de rendimento e menores desigualdades de género, promovendo, portanto, a saúde mental (CNC, 2019).

De acordo com um estudo realizado nos EUA, verifica-se a necessidade de analisar a estratificação social, pelo facto de o acesso aos recursos de saúde serem basilares no estado de saúde mental. O nível económico deve por isso ser analisado, pois constitui como um indicador determinante na questão da desigualdade na saúde (Oliveira J. F., 2011).

Um grave problema em Portugal é a existência de várias comorbilidades, que agravam a saúde mental. Para além da fraca penetração dos cuidados de saúde primários na área da saúde mental, o facto de serem comuns outros problemas de saúde como a obesidade, diabetes e outras vai constituir são causa para a menor qualidade de expectativa de vida, afetando a saúde mental de forma negativa (DGS, 2016).

Portugal também regista um afastamento ao paradigma da hospitalização para o tratamento da saúde mental. Isto é, procura-se que a intervenção seja feita a nível mais local e não tanto com recurso à institucionalização de pessoas portadoras de doença mental (WHO, 2018). No entanto persistem falhas quanto aos serviços o que leva a um uso bastante elevado de antidepressivos sendo que, per capita, Portugal tem o quinto valor mais elevado do conjunto dos países da OCDE (CNC, 2019, p. 1).

A inexistência de habitação digna para pessoas com problemas de saúde mental é uma constante. Ainda que seja considerado um direito básico, ele ainda não é efetivado (Markowitz, 2011). Segundo estudos feitos nos Estados Unidos, os portadores de problemas de saúde mental e de doença mental tendem a residir em abrigos, residências ou em

habitações subsidiadas, que são localizadas geralmente em bairros “socialmente desorganizados” (Markowitz, 2011), como resultado direto da trajetória de vida descendente, em virtude do estatuto socioeconómico que a doença mental acarreta (Markowitz, 2011).

A habitação, e as suas condições mais ou menos condignas, para além de abrigo físico, são também espaços de proteção psíquica. A qualidade deste condicionante está relacionada com o nível económico das famílias, podendo inclusive demonstrar o grau de pobreza de cada família.

Intimamente relacionado com a qualidade da habitação, a questão da urbanização é relevante no que concerne ao desenvolvimento de doenças mentais. Viver em grandes cidades, sujeito a situações de elevado stress com bastante frequência, o enfraquecimento dos laços familiares, sobrepopulação e o aumento na dificuldade de ter acesso a bens essenciais, estilos de vida pouco saudáveis, com elevado sedentarismo, baixa prática de exercício físico, obesidade, elevados graus de poluição juntamente com níveis mais elevados de violência e menores apoios sociais, são fatores e condições externas e sociais com elevado potencial de criação e desenvolvimento de doenças mentais (Alves & Rodrigues , 2010).

O emprego, algo inerente da vida adulta, afeta a vidas das crianças. Quando os adultos que compõem a família têm vínculos laborais estáveis e se encontram satisfeitos no seu trabalho, o grau de bem-estar e de níveis e saúde são mais elevados (Alves & Rodrigues , 2010). Já a situação oposta, nomeadamente o desemprego ou dessatisfação no local de trabalho, têm associados níveis mais elevados de doença e menor bem-estar. A insegurança laboral frequentemente provoca baixa autoestima e sentimentos de desespero, que se relacionam com a possibilidade carência de bens essenciais, gerando assim situações de elevado stress, potencializando o surgimento de doenças mentais, particularmente ansiedade e depressão, com potencial de situações de suicídio (Alves & Rodrigues , 2010).

A educação é análoga à importância na vida adulta do trabalho, um importante condicionante da vida social e mental das crianças. Não só permite o seu desenvolvimento, mas também, nalguns casos, é um dos elementos da rede de apoio que as famílias dispõem.

Vários estudos demonstram a ligação que o nível educacional tem no surgimento e desenvolvimento de doenças mentais, particularmente perturbações mentais comuns (depressões, ansiedades e stress). Quanto maior for o nível educacional, menor a prevalência de perturbações mentais comuns. Esta associação implica que, por terem mais qualificações, podem aceder a empregos mais bem remunerados, logo, não estão imediatamente expostos

a carências materiais, e tendo acesso a melhores condições habitacionais são menos sujeitos a situações de exclusão social (Alves & Rodrigues , 2010).

Na situação contrária, baixos níveis educacionais e socioeconómicos apresentam-se como propícios a maiores problemas de exclusão social. Estas situações estão marcadas por emprego precário e mal remunerado ou desemprego, criando entraves no acesso à saúde e à educação, conduzindo a situações de pobreza e de exclusão social (Alves & Rodrigues , 2010).

No estudo conduzido por Fabiana Chyczij, tendo como amostra uma unidade familiar do norte de Portugal, foi possível comprovar esta ligação com o grau educacional, na medida em que, para além do género feminino estar mais sujeito a perturbações mentais comuns, são pessoas com menor nível educacional em que estas perturbações são mais frequentes (Chyczij, 2020).

Urge que seja desenvolvido um ensino diferenciado: alunos de classes sociais superiores tendem a beneficiar de um ensino uniforme, já alunos que provenham de outros contextos sociais tendem a ser penalizados por não terem o mesmo acesso a materiais de estudo ou porque os ritmos de aprendizagem são diferentes e os conhecimentos são igualmente diferentes (Sebastiao & Correia, 2007).

Depois do 25 de Abril de 1974 também a educação foi democratizada, e na Lei de Bases do Sistema Educativo de 1986, a educação foi enquadrada como um direito público (Tomas, Fernandes, & Sarmento, 2011). Diplomas posteriores, nomeadamente a Lei nº 85/2009 de 27 de Agosto veio instituir a escolaridade obrigatória para crianças e jovens até aos 18 anos de idade, bem como garantir que todas as crianças tenham acesso a educação pré-escolar a partir dos 5 anos de idade (Tomas, Fernandes, & Sarmento, 2011).

Segundo um estudo de 2014, podemos constatar a relação entre a baixa escolarização e os baixos rendimentos com a prevalência de doenças mentais. As pessoas cujo nível de estudos era apenas o ensino básico (2º ciclo ou inferior), tinham uma prevalência de 71,8% de depressão, enquanto pessoas cujo nível educacional era o ensino Básico (3º ciclo) a prevalência de depressão já descia para 12,5%. Nos níveis de educação Secundário ou pós-secundário e Superior, a prevalência foi de 8,2% e 7,5% respetivamente. Quanto aos rendimentos, o 1º quantil tinha um prevalencia de depressão de 27,1%, o 2º quintil 24,5%, o 3º quintil de 21,0%, o 4º quintil de 16,5% e o 5º quintil de 10,8%. Ou seja, comprova que quanto mais elevados são os recursos monetários e económicos, menor a prevalência de doenças mentais (CNC, 2019).

O contexto familiar condiciona o percurso familiar no sentido em que crianças oriundas de famílias cujos parentes são de classes mais baixas tendencialmente reprovam mais vezes. Outra questão são os mecanismos que excluem as crianças de determinadas escolas. Por outras palavras, através de mecanismos burocráticos as escolas conseguem afastar alunos de classes sociais mais baixas e por conseguinte alunos com menores rendimentos escolares, ao mesmo tempo que crianças de famílias vindas de classes sociais mais elevadas (que não são tão suscetíveis às dificuldades de acesso à própria escola) conseguem aceder a estas escolas, criando uma concentração de determinada classe social, que em virtude da sua capacidade económica, consegue melhores resultados (Lund, et al., 2010).

A pobreza sempre existiu em todas as sociedades do passado. Contudo, com o predomínio do sistema capitalista, as desigualdades sociais e exclusão social são mais frequentes, sendo um produto consciente de um sistema cuja principal função é de acumular a maior quantidade de lucro possível (Oliveira J. F., 2011).

A pobreza, num sentido restrito, cinge-se apenas a questões materiais. Num sentido mais amplo, inclui questões relacionadas com a doença mental e carência de meios – sociais, económicos e educacionais. A literatura, como já abordado anteriormente, estabelece que um baixo nível socioeconómico a existência de privações materiais, precariedade laboral, más condições de habitação, baixo grau educacional e famílias desconstruídas são fatores muito importantes no que concerne ao aparecimento e desenvolvimento de doenças mentais (Alves & Rodrigues , 2010).

Aqueles que estão em posições mais abaixo na hierarquia social são, portanto muito mais suscetíveis de desenvolver e sofrer de doenças mentais, uma vez que, ao contrário daqueles em posições mais elevadas que podem adquirir bens de luxo, o mais desfavorecido tem muitos entraves, uma vez que os seus recursos não lhes permitem adquirir bens (inclusivamente os de primeira necessidade), sendo, portanto, causa de ansiedades e de outras doenças mentais. Este mecanismo designa-se por “*social causation*” e funciona na medida em que a exposição a estes fatores leva à degradação ou à perpetuação de quadros de menor saúde mental (Lund, et al., 2010).

Existe uma outra teoria, designada como seleção social, que postula que as doenças mentais deslizam ou permanecem com mais frequência, em indivíduos e famílias de nível socioeconómico mais baixo na medida em que, escassez de recursos, bem como os custos associados à doença, condicionam qualquer tentativa de ascensão social pelo que pessoas

com menos recursos são mais afetadas pela doença mental e mesmo na eventualidade de pertencerem a estratos sociais mais elevados, a doença mental fá-los-ia descer para níveis inferiores (Lund, et al., 2010). Esta teoria postula que a pobreza para além de influenciar negativamente a saúde mental, também têm efeitos nocivos relativamente ao seu tratamento (Alves & Rodrigues , 2010).

Outros fatores que modelam e condicionam a saúde mental são a exposição a eventos de vida adversos tais como é a violência sexual e de género, negligência e atos de abusos de crianças, exposição a desastres naturais e a conflitos armados (Foundation, 2014).

2.1. Imagens da doença mental

As imagens e representações da doença mental são um fator importante para a vida de pessoas com problemas de saúde mental, na medida em que podem reforçar o estigma que sofrem. Estes outros conjuntos de saberes e conhecimentos, bem como imagens e representações carregadas de poder simbólico, são designadas como construções leigas da doença mental. O conhecimento leigo compreende a doença como uma fraqueza, não como um problema de saúde. Nas construções leigas de racionalidade na doença mental, estão incluídas várias formas de pensamento quanto à doença mental: desde o fato de uma pessoa ser forte ou fraca (que são reportados ao nível humano e individual), mas também a oposição ao normal e anormal (que se reportam a questões culturais) (Alves F. , 2010).

Nas racionalidades leigas da doença, podemos constatar a diferença de discurso na esfera pública e na esfera privada. Na esfera pública, há mais penetração dos discursos da medicina ocidental, que é tida como mais verdadeira, fruto da sua divulgação nos *mass media* e que se impõe na vida das pessoas. Na esfera privada são oferecidas outras explicações para a doença, que podem derivar desde a religião, a “cismas” ou a outras lógicas mais sobrenaturais. Nas racionalidades leigas, a “doença mental” não é doença. A justificação da doença é a de que são “problemas da vida”, e que o sofrimento é justificado por ser ação normal decorrente da existência. É portanto, feita uma desvalorização da doença mental pelo que o sofrimento e doença mental passam a ser fenómenos individualizados para os quais a comunidade não tem lugar. Ao contrário da crença popular, as crianças que sofrem destes problemas tendem a ser mais facilmente alvo de violência do que a exercerem sobre os outros, são os mais vulneráveis (Alves F. , 2010).

A importância das representações que a doença mental tem são muito relevantes para o tratamento e reabilitação. A visão que ainda persiste é a de que pessoas com doenças mentais mais acentuadas se tornam incapazes de tomar conta de si mesmas, o que as desresponsabiliza para as responsabilidades sociais, uma vez que adquire o papel de “doente”, pelo que perde a sua ligação com o trabalho, logo perde o seu valor e potencial numa sociedade que tem como requisito principal o vínculo ao trabalho como elemento basilar de cidadania (Oliveira J. F., 2011).

Não obstante as representações leigas e imagens que rodeiam a saúde mental de adultos e crianças, existem variados fatores de resiliência que são de grande importância para prevenir e contrariar o desenvolvimento de doenças mentais. Estes fatores podem ser tipificados de forma semelhante aos fatores de risco: fatores de resiliência da criança, fatores de resiliência da família e fatores de resiliência do contexto. Os fatores de resiliência da criança são a existência de relações seguras na infância, serem do sexo feminino, boas competências de comunicação e a crença religiosa, que servem como um escudo que as ajuda a enfrentar a doença mental em situações adversas. Quanto a fatores de resiliência da família é importante que haja uma boa relação com pelo menos um progenitor, existência de relações de afeto, apoio na educação, disciplina clara e ausência de conflitos familiares. Quanto a fatores de contexto, como referido no capítulo anterior, são importantes as redes de suporte social, a existência de boas condições de habitação e de vida no geral, escolas inclusivas que combatam *bullying* e discriminação, com apoio académico e não académico, bem como uma oferta de atividades de lazer e desportivas (CNC, 2019).

O plano de ação para a saúde mental das Nações Unidas prevê que deve haver uma atualização das leis, pois muitas delas não acompanharam a evolução das noções de saúde mental nem tampouco do respeito pela dignidade humana. Este plano procura enfatizar os tratamentos baseados na comunidade, e nos serviços de proximidade, bem como que exista mais participação cidadã ao nível da criação de novas políticas para a saúde mental e de maior respeito para com os direitos dos utentes de serviços de saúde (Matos & Serapioni, 2017). Para a Nações Unidas, estes planos devem ser universais e devem ter especial atenção certos grupos que estejam mais expostos, como sejam as crianças e minorias – que são muitas vezes expostas a fatores negativos à saúde mental, bem como outras comorbilidades (Marques T. P., 2017).

Este plano mais uma vez reforça a desinstitucionalização dos serviços de saúde mental, insistido na necessidade de criar mais serviços de proximidade. Estes tratamentos de

problemas de saúde mental necessitam de uma aproximação multifatorial e multifacetada, com a participação da comunidade e com ações de outras entidades (como as escolas, serviços de habitação e outros serviços sociais). Para tratar da saúde mental, há que endereçar outros problemas que afetam as pessoas, nomeadamente a questão da violência doméstica ou abuso de substâncias alcoólicas e estupefacientes cuja utilização é um fator negativo para a saúde mental (DGS, 2016).

A área da saúde, e por extensão a medicina, é a única esfera que está presente na vida das pessoas desde antes do nascimento até ao final da vida. Como tal, a sua influência na vida das pessoas é de tremenda importância, muitas vezes de forma incontestada, destituindo aos indivíduos capacidade de reivindicar os seus direitos bem como de respeitar as suas vivências e conhecimentos ao lidar com a sua condição de portador de doença mental.

A Organização Mundial de Saúde entende que a prevenção da saúde mental é da responsabilidade dos governos, enquanto define que a saúde mental é multifatorial, e que depende de vários aspetos, nomeadamente o nível de rendimentos, a questão do emprego, grau de ensino obtido, coesão e estrutura familiar (Foundation, 2014).

Relativo aos cuidados de saúde mental, o primeiro contacto que as famílias têm com qualquer forma de apoios é através dos cuidados de saúde primários – nomeadamente médicos e enfermeiros (inclusive os que não tem a especialidade na área de saúde mental).

A maior inclusão de técnicos de saúde mental nos cuidados de saúde primários é já preconizada no Plano para a Saúde Mental 2020, mas ainda há muito a ser concretizado, nomeadamente ao que concerne à alocação de recursos humanos quanto aos serviços disponíveis para a população (CNC, 2019).

Segundo Moss e Petrie (Tomas, Fernandes, & Sarmiento, 2011, p. 206), os serviços socioeducativos para as crianças devem ser mais do que espaços físicos, mas sim como espaços sociais, culturais, discursivos, onde as crianças são sujeitos ativos. Nos casos de crianças que são sinalizadas pela CPCJ e posteriormente são reencaminhadas para os serviços de pedopsiquiatria, muitas vezes existe um historial de hipervigilância. Os pais, muito frequentemente, são acompanhados por outros serviços sociais, sendo que se cria uma herança de vigilância, efetivamente controlando os comportamentos que estas pessoas podem ter, comprometendo-as socialmente caso não cumpram os papéis que lhe são impostos.

A criança que padece de problema de saúde mental ou de doença mental é, deste modo, ainda mais escrutinada e mantida sob controlo. Este fenómeno de controlo social é frequente na idade adulta, mas é reforçado nas crianças graças à sua condição de menor, cujos direitos nem sempre são respeitados.

Não obstante o impacto nas vidas dos indivíduos e das famílias que sofrem com problemas de saúde mental/doenças de saúde mental e o impacto a nível económico e financeiro a nível micro e macro – uma vez que pessoas que sofram com doenças de saúde mental têm a sua produtividade reduzida o que se traduz em mais instabilidade laboral (e, portanto, a nível de rendimento), bem como os encargos que estas doenças acarretam nos sistemas nacionais de saúde, esta área da saúde é frequentemente negligenciada.

Foi precisamente com a crise sanitária pandémica, que os problemas de saúde mental tiveram um novo “despertar”. O isolamento social, a redução dos contatos sociais e outros fatores sociais de grande stress, permitiram uma nova e maior visibilidade a esta problemática.

Quanto à questão da estabilidade laboral e a sua importância para o cuidado nas famílias, deveremos ter em conta que a educação das crianças continua, maioritariamente, a ser provida pela mãe. E em Portugal, a taxa de trabalho feminino a tempo inteiro é das mais elevadas em toda a Europa (Tomas, Fernandes, & Sarmiento, 2011).

Para além da sobrecarga feminina do cuidado da infância, a ausência de medidas político-económicas ativas de apoio à parentalidade, nomeadamente quanto a serviços sociais que acolham as crianças enquanto as famílias trabalham (creches, jardins de infância), e as prestações sociais que existem serem demasiado reduzidas, leva a que a qualidade de vida das crianças seja significativamente reduzida (Tomas, Fernandes, & Sarmiento, 2011, p. 202).

2.2. Estado Social e as Famílias

Um condicionante macro que existe na sociedade refere-se à existência (e resiliência) de um Estado de Bem Estar Social. Esping Andersen no seu *Three Worlds of Welfare*, identifica a existência de vários sistemas de Estado de Bem Estar Social: o Estado-social Liberal, o Estado-social corporativista-estatista e o Estado-social Universal (Esping-Andersen, 2005).

Contudo, o sistema dos países do sul, graças às suas particularidades históricas e sociais, não foram devidamente descritos no trabalho seminal de Esping Andersen. Para colmatar essa falha, seguindo a mesma metodologia, procurou-se destacar o modelo do sul (Andreotti, et al., 2001).

Ainda que o Estado de Bem Estar Social dos países do sul da Europa tenha muitas similaridades com o sistema corporativo destacam-se algumas particularidades: os países do sul da Europa, devido a questões políticas e históricas, têm um nível mais reduzido de proletariado. Este fator explica-se com a elevada emigração para países mais a norte. Esta imigração fez com que os países de sul não fossem incentivados a produzir políticas de bem-estar. Uma outra característica do sistema do sul é o elevado autoemprego o que impede que haja uma mobilização maior por parte dos trabalhadores exigindo por melhores condições laborais e de melhoria das prestações sociais e de responsabilidades do Estado (Andreotti, et al., 2001).

Neste sistema do sul, a família é a principal fonte de bem-estar, destacando-se o papel da figura masculina, do “ganha-pão”, no mercado de trabalho, enquanto retira a mulher do mercado de trabalho, uma vez que apenas lhe é permitido o trabalho reprodutivo doméstico, mas também dos jovens que, dada a escassez de políticas de entrada para o mercado de trabalho, não conseguem trabalhar e como tal são excluídos dos benefícios do Estado de Bem Estar Social. Uma outra característica é o fato de apenas no caso de a família ser incapaz de prover o mínimo, é que existe intervenção por parte do Estado para apoiar as famílias (Andreotti, et al., 2001).

O Sistema de Bem Estar Social nos países do sul é simultaneamente um estado fraco na provisão de bem estar, uma vez que têm muitos limites quanto à sua capacidade de ser provedor de bem-estar social quanto aos serviços e benefícios e quanto às transferências monetárias e gastos no bem-estar, mas no entanto é bastante centralizado. Esta excessiva centralização do Estado, com o seu controlo social em todas as esferas da sociedade, ocorre

devido ao facto dos países do sul da Europa terem estado sob o jugo de ditaduras durante muita da sua história recente, que ajuda a explicar a atitude de permissividade face a este centralismo (Andreotti, et al., 2001).

Outra característica que os sistemas do sul partilham entre si é o facto de não serem universais, excluindo quem não está inserido no mercado de trabalho e está baseado num sistema de tributação “pensionário”, em que apenas quem tem mais recursos pode aceder aos direitos. Os trabalhadores de “colarinho azul”, com contratos, são os mais protegidos neste sistema. E em países com limitada e reduzida industrialização com elevados níveis de autoemprego tal exclui todos os outros trabalhadores, autoentregados, desempregados e mulheres. É portanto, um sistema dual que cria “*Insiders*” (os que são cobertos pelas prestações sociais) e “*Outsiders*” (aqueles que não são cobertos pelas prestações sociais) (Andreotti, et al., 2001).

Por privilegiar a figura masculina enquanto provedor de estabilidade económica e ao limitar o acesso ao mercado de trabalho das mulheres, o divórcio tende a ser residual, pela necessidade de aumentar os recursos disponíveis, na medida em que são usados os recursos de ambas as famílias (Andreotti, et al., 2001).

Dada a insuficiência do Estado, típico do sistema dos países do sul, é na sociedade (e família) que se procura o bem-estar. Esta responsabilidade da sociedade permite que se criem e desenvolvam várias formas de solidariedade. Com esta nova forma de tratamento de pessoas com problemas de saúde mental, a família passa a ter uma renovada importância no tratamento (Andreotti, et al., 2001). Esta importância da família torna-se mais premente em Portugal devido à escassez de meios e recursos para o tratamento na saúde mental, bem como de um Estado de Bem Estar ineficaz e não universal, nas palavras de Boaventura de Sousa Santos, um semi-estado social (Santos, 1992). A sua relevância torna-se imprescindível uma vez que o processo da desinstitucionalização a crise dos Estado-Providência e a imposição de redução de despesas do Estado, forçam a que as famílias tenham de prover elas próprias os cuidados dos doentes, recorrendo ou ao mercado ou ao setor social (Oliveira J. F., 2011).

Pelo facto de numa sociedade capitalista, apenas são portadores de direitos sociais quem cumpra os deveres impostos pelo Estado, pelo que o direito a alocação e a apoios é apenas concedido aqueles que aderirem de forma voluntária a este contrato social, sendo imposto um conjunto de obrigações (Martins J. E., 2015). Esta situação reveste-se de entrave para pessoas com doenças mentais na medida em que estigma a que estão sujeitas tende a isolá-las do mercado de trabalho, logo não elegíveis para ter direitos sociais.

2.3. As Famílias

Muito já foi escrito quanto ao fim da família nas sociedades contemporâneas. Durkheim já mencionava o enfraquecimento da família enquanto instituição, com as consequências que isso acarreta para a ordem social. Para Durkheim, a transição do Antigo Regime para a chamada Primeira Modernidade tinha enfraquecido tal instituição. Seguindo o mesmo pressuposto, vários autores defendem que, na Segunda Modernidade, a Família ficou fatalmente ferida (Bauman, 2001).

Bauman é um dos autores que defende que, na Segunda Modernidade, os laços deixam de ser sólidos e passam a ser líquidos, não sendo portanto permanentes. Outra característica descrita pelo autor é a individualização e a privatização da vida social, em que o peso da responsabilidade e dos fracassos é da única responsabilidade dos indivíduos (Bauman, 2001). Contudo, a individualização traz consigo igualmente uma autonomia individual, que permite capacidade de ação de tomar riscos e de inovar (Guerreiro , Torres, & Lobo, 2007).

Com a redução do número de filhos por casal, a maior flexibilidade no divórcio, novas formas estruturais e conceptuais de famílias (monoparentais, homoafetivas), levou a que alguns cientistas sociais ditassem o fim da família enquanto conceito tradicional (Guerreiro , Torres, & Lobo, 2007).

Contudo, o que vários estudos vieram a demonstrar contraria esta visão. O que sucede é o contrário do que foi profetizado não só a família mantém o seu papel na sociedade como mesmo os novos tipos de famílias, replicam comportamentos e *praxis* semelhantes às composições familiares consideradas mais tradicionais.

Estudos indicam que as mulheres que são mães estão mais sujeitas a situações de stress e de quadro de doença mental, e que essa suscetibilidade aumenta consoante o número de filhos que tenham, pelo que políticas que promovam a conciliação da vida profissional e da vida familiar podem potencialmente favorecer a saúde mental de modo a contribuir para um equilíbrio saudável entre as exigências profissionais e as da parentalidade. O aumento da prevalência de doenças mentais também é registado em pais, mas com menor intensidade, revelando a importância do lado materno na provisão de cuidado e bem-estar das crianças, sendo acentuando com a carência de bens materiais, despoletando as doenças mentais (CNC, 2019).

No entanto, apesar da transformação no seio das famílias, alguns dos papéis normativos relativos à mulher persistem, nomeadamente o facto destas, muitas vezes em famílias monoparentais, tomarem conta dos filhos pequenos, acentuando a sua situação de vulnerabilidade social (Pedroso & Branco, 2008).

Devido à maior liberdade de escolha e de autonomia individual surgem na sociedade alguns efeitos e custos desta nova situação: aumento da instabilidade conjugal o que pode gerar sofrimento psicológico de adultos e sobretudo de crianças (Pedroso & Branco, 2008).

Em Portugal, a integração comunitária que existe para pessoas portadoras de doenças mentais é apenas feita no contexto da família, pelo que passa a ser apenas ela a suportar os custos económicos e sociais desta transferência de competências, levando a uma desresponsabilização do Estado, tanto como provedor de cuidados como de obrigações económicas sendo todavia tanto o doente como a família, sujeitos às determinações médicas impostas (Alves & Silva, 2004). Sendo esta uma particularidade do sistema de Bem Estar português, visto que é de carácter assistencialista e familiarista. As pessoas que sofram de doenças mentais e que procurem ser reabilitadas sê-lo-ão no seio familiar e não pela sociedade.

Para que os indivíduos sejam integrados nas sociedades modernas, são necessários quatro elementos combinados: o trabalho e a ligação ao mercado laboral, o Estado, inclusive na necessidade de direitos de cidadania, a família, um nível micro, mas crucial para a formação e integração, e a comunidade, que funciona num nível intermédio de ligação do indivíduo e a família na sociedade em geral. Estes laços sociais e as relações daí decorrentes determinam a integração na sociedade. Contudo é comum a condição de exclusão social para os doentes mentais onde os vários elementos, ao invés de ligarem o indivíduo à sociedade, quebram esses laços. Esta rotura progressiva dos laços sociais tende a ser amplificada por contextos sociais, económicos e demográficos menos favoráveis, não sendo, contudo, uma condição para que o indivíduo seja socialmente excluído (Oliveira J. F., 2011).

2.4. Redes sociais

Uma rede social, segundo Wasserman e Faust (1994) em (Portugal, 2013, p. 50) pode ser caracterizada como sendo “um conjunto de unidades sociais e relações, diretas ou indiretas, entre essas unidades sociais, através de cadeias de dimensão variável” (Portugal, Nogueira, & Hespanha, 2014, p. 936). É possível identificar quatro princípios fundamentais na teoria das redes sociais: em primeiro lugar os atores e as suas ações são interdependentes e não agem de forma independente e autónoma; os laços relacionais que existem entre os atores servem como canal onde recursos materiais e imateriais são distribuídos; os modelos de rede centrados nos indivíduos modelam as relações pelo que as redes potenciam oportunidades ou podem limitar a ação dos indivíduos; os modelos de rede conceitualizam a estrutura (social, económica, política etc.) como padrões constantes de relações entre atores (Portugal, Nogueira, & Hespanha, 2014, p. 936).

As redes sociais podem ser descritas consoante diversas classificações. Podem ser redes cujos laços são laços ativos; ou seja, quando são mais presentes ou laços passivos portanto, quando os elos na rede são menos presentes, contudo estão presentes na vida das pessoas quando é necessário (Portugal, 2013, p. 67).

Para além da intensidade dos laços, podem ser descritas quanto ao grau de pertença: laços positivos, quando se trata de incluir uma identificação pessoal, ou quando são laços negativos, tratando-se de laços de diferenciação, demarcando os indivíduos de vários grupos (Portugal, 2013, p. 65).

Uma regra que se aplica a qualquer um destes laços é a de que são assimétricos em conteúdos, diversidade e influência – as trocas não são mediadas pelo mercado, mas pela relação pessoal que existe com o outro elo da rede social, sendo determinado pela sua posição na rede (Portugal, 2011, p. 51). Para o caso da sogras e genros, pode-se constatar que os homens tendem a ter boas relações com as sogras, no entanto a mulher não tem a mesma relação de proximidade com as mesmas (Portugal, 2013, p. 195).

Os laços com os irmãos foram subvalorizados nas análises sociológicas (Portugal, 2013, p. 196), no entanto são cruciais para garantir a perenidade do parentesco, bem como a indefetibilidade da família. Nestes laços, os fluxos de entreajuda são mais limitados, ainda que possam ser tecidos laços intensos. Essa intensidade pode ser medida sob diversos vetores: a distância geográfica, o número de irmãos, a diferença de idades entre os irmãos e a similaridade de estatutos sociais.

Outro tipo de laço é aquele formado pela família alargada: tias, tios, primas e primos. Estes laços são de menor intensidade, contudo, é um laço que “está lá”. A sua presença é em eventos e momentos esporádicos, marcada por uma dispersão geográfica. Quando estes laços ocorrem em meio rural, marcado por uma menor dispersão geográfica, há uma maior intensidade de trocas (Portugal, 2013, p. 198).

Os amigos são um nó nas redes sociais. Este tipo de nó tende a ser mais perene, uma vez que depende quando é “posto à prova”, ou seja, depende da sua ação quando é ativado. De relevar que o tamanho deste nó não implica uma ação mais ou menos deficitária, isto é, uma rede social em que estão poucos amigos pode suprir necessidades materiais e emocionais sem prejuízo de ser muito alargada. Estes nós têm características distintas sendo urbanos ou rurais: em contexto rural são focados na família restrita, em contexto urbano, são uma rede paralela à família. (Portugal, 2013, p. 200).

Os vizinhos são outro nó que existe nas redes sociais: contudo, são de pouca relevância, sendo que em contextos rurais existem mais trocas do que em contexto urbano. Os colegas representam um outro nó que existe nas redes sociais. Existem dois tipos de colegas: colegas de escola e de trabalho. Para quem tem percursos escolares mais longos, os laços estabelecidos mais fortes com colegas de escola. Já os colegas de trabalho providenciam, essencialmente, apoio emocional. (Portugal, 2013, p. 201).

Para além destes nós, existem os nós conhecidos apenas como “Outros”. Estes são de fora da rede de parentesco e são marcados por serem menos presentes, mais efémeros e mudam-se com mais facilidade – consoante as mudanças de residência, emprego e locais de sociabilidade. O género, neste nó, tem particular importância, uma vez que em contexto rural, os homens têm mais laços fora do parentesco. (Portugal, 2013, p. 70).

Os autores Conen e Hunter definem 4 tipos de laços de parentesco, condicionados por vários fatores, nomeadamente: as ajudas dadas à família, a raridade de encontros com a família e a proximidade afetiva. Numa escala de intensidade, o tipo de laço mais frágil é o de desapego, que consiste num nível fraco de ajudas dadas e recebidas, marcado pela escassez de encontros. Acima estão os laços de instrumentalismo, em que ajudas são feitas em momentos concretos e a proximidade afetiva é baixa. Em seguida está o nível da expressividade, no qual há uma proximidade afetiva, ainda que com a recusa da retribuição na prestação de apoio e as ajudas providenciadas são limitadas. Em último, no nível mais elevado, está o familiarismo, marcada por um elevado grau de proximidade afetiva, os encontros familiares são frequentes e com ajudas intensas (Portugal, 2013, p. 208).

Os casamentos e batizados enquanto momentos esporádicos, têm grande importância na vida das famílias, na medida em que as dádivas que ocorrem nesses eventos têm um papel muito relevante para a provisão de necessidades materiais (Portugal, 2013, p. 198).

As redes sociais podem ter morfologicamente classificadas de acordo com 4 modelos: as redes encapsuladas – quando apenas se foca nas relações familiares; redes seletivas – quando aos laços de parentesco acrescentam laços de afinidade que são construídos fora da rede familiar; redes abertas – em que as famílias tem grande importância, mas a rede é receptiva a outras relações para além da família; e as redes afinicas que são caracterizadas pela não predominância das relações de parentesco na rede social (Portugal, 2013).

Nas redes encapsuladas, marcadas por um forte familismo, os laços negativos, externos ao nó da família, são vistos com grande desconfiança. São compostas por famílias com baixa escolaridade e empregos desqualificados. De notar que as ajudas que estas famílias têm são providenciadas pelo lado feminino do casal. (Portugal, 2013, p. 213).

As redes seletivas, ainda que baseadas no parentesco, são abertas a laços exteriores. A sua dimensão é superior à das redes encapsuladas e os nós da família e dos amigos não interagem entre si, uma vez que cada um destes nós providencia apoios distintos: os parentes providenciam apoio material e os amigos providenciam o apoio e suporte emocional. Semelhante às redes encapsuladas, as ajudas são feitas pelo lado feminino (Portugal, 2013, p. 215).

As redes abertas são marcadas pela continuidade da importância da família existindo, contudo, uma maior diversidade de laços – fortes e fracos – e uma maior variedade no plano material e emocional. Estas redes são, em muitos casos, compostas por homens cujo nível de educação é igual ao superior ao secundário. São redes muito extensas, marcadas por constantes mudanças. Nestas redes os laços fracos são os mais dominantes, com menor presença no quotidiano tendo, contudo, um elevado valor expressivo. Não obstante a importância revestida pelos laços fracos, a família continua a ser uma esfera importante de afetos e de apoios (Portugal, 2013, p. 218).

Por fim, as redes afinicas. A única morfologia de redes que não são estruturadas com base nos laços de parentesco, mas sim com base na afinidade. São caracterizadas pela falta de confiança na família, com poucos encontros com a família dada a distância afetiva e geográfica. Como a família não é o nó principal, são os amigos que cumprem a função da família (Portugal, 2013, p. 221).

Estas redes servem também um outro propósito, o de mobilizar capital social. O capital social pode ser descrito como sendo um “investimento nas relações sociais com proveitos esperados no mercado” (Portugal, 2013).

Pierre Bourdieu, citado em (Portugal, 2013, p. 58) foi um dos pioneiros a desenvolver a teoria do capital social. Para este autor, as redes sociais não são naturalmente criadas, mas sim produto de um investimento individual na criação de relações e laços sociais pelo que podem ser usadas como fontes de benefícios.

De acordo com Nan Lin (2001), citado em (Portugal, 2013, p. 56) o capital social, em primeiro lugar representa a passagem quanto à teoria do capital de um nível analítico macro, para um nível mais micro que é baseado nas pessoas e nas suas escolhas individuais. O capital é visto como um bem social derivado das ligações individuais e do acesso aos recursos de rede ou grupo ao qual estes indivíduos pertencem. Nan Lin apresenta então quatro fatores explicativos de como os recursos que existem numa rede social podem condicionar as ações dos indivíduos: o fluxo de informação é facilitado, os laços sociais quando estão em certas posições-chave, tem um acesso privilegiado a informações que, de outra forma, não teriam sobre oportunidades ou escolhas (Portugal, 2013, p. 56).

A influência sobre as decisões é um fator importante, uma vez que pode permitir facilitar uma decisão, por exemplo, de um emprego, sobre outro que não tenha acesso à mesma rede. O terceiro fator é a conceção de capital social como credencial o que permite o acesso a recursos que existam nas redes. Por fim, também servem para reforçar a pertença a um determinado grupo, o que garante suporte emocional, reconhecimento público no uso de diversos recursos disponíveis nas redes (Portugal, 2013).

2.5. Redes Sociais na Doença Mental

A resiliência de redes sociais é muitas vezes proporcional ao tipo de doença mental que o indivíduo na rede ocupa. Ou seja, quanto mais aguda for a sua condição, mais fraca se vai tornando a rede. Com frequência, pessoas portadoras de doenças mentais vivem em situação de carência ou falta de recursos financeiros, pelo que a sua vulnerabilidade e exposição à exclusão social é amplificada consideravelmente. Contudo, mesmo que existam condições financeiras mais resistentes, bastam que os laços familiares ou institucionais sejam fracos, para que sejam sentidos sentimentos de desencorajamento e de frustração, dificultando a recuperação e a integração dos indivíduos (Oliveira J. F., 2011).

Quanto à sua composição, as redes sociais são compostas por *nós* e *laços* e, consoante a relação que se cria, é possível definir em termos de forma as redes, nomeadamente quanto à sua dimensão (o número de elementos que a constituem), a densidade (relação entre os laços ativados e o total de potenciais membros da rede) e orientação (o sentido em que as relações se orientam – parentes, famílias, vizinhos ou colegas). Quando a orientação é familiar, indaga-se se as relações são em sentido vertical ou horizontal, polarização (atores que desempenham um papel de catalisadores de relação, ou seja, por quem passam os laços estabelecidos por diferentes membros da rede), sobreposição ou dissociação (dos mesmos atores podem desempenhar papéis diferentes na rede), segmentação (os elementos de diferentes redes interagem entre si e podem constituir núcleos de relações independentes).

Com a doença mental, há um fechamento da rede social nos nós familiares; os nós que estão fora da família são vistos com desconfiança (Portugal, Nogueira, & Hespanha, 2014).

Como Sílvia Portugal constata, a força dos laços (fortes ou fracos) e o seu alcance (restrito na família ou alargado para relações de amizade) produzem resultados diferentes no que concerne à obtenção de recursos e à capacidade de enfrentar situações de dificuldades e de risco (Portugal, 2013, p. 262).

As redes sociais de pessoas e crianças que são portadoras de doença mental têm algumas características que a tornam bastante diferente de outras redes sociais. O primeiro traço é o fechamento da rede na família restrita – pais, irmãos, cônjuges e filhos – que agem como os agentes de cuidados informais, sendo a principal cuidadora e provedora dos cuidados, providenciando apoio emocional e ajudas materiais. Este apoio é feito no sentido

vertical descendente, na medida em que os pais – especialmente as mães como visto anteriormente - são a principal fonte de cuidados (Portugal, 2012).

Na infância, tal como na vida adulta, a presença e participação da família alargada é reduzida. Existe, no entanto, apoio dos pais, mas também dos avós. O fluxo mantém-se igual: em sentido vertical descendente. O reduzido contato com a família alargada implica a inexistência de uma “teia”. A doença fecha estas famílias dentro de si mesma, uma vez que o estigma provoca incompreensão por parte de quem está fora da doença (Portugal, Nogueira, & Hespanha, 2014).

Goffmann, citado em (Portugal, Nogueira, & Hespanha, 2014, p. 942) fala da “morte social” que ocorre para além da institucionalização no sentido em que para além do isolamento causado pela doença nas instituições médicas há outra barreira social que existe fora do espaço médico, com o estigma da doença mental a criar entraves à possibilidade de integração o que provoca o fechamento dentro da esfera familiar.

2.6. As instituições:

Em todo o país existe uma ausência de intervenção estatal no apoio a adultos ao nível de cuidados de saúde mental, pelo que essas faltas são supridas através do recurso a associações. Estas são frequentemente pouco espalhadas pelo país, estando concentradas em grandes centros urbanos e os recursos humanos são, com bastante frequência, baseados no voluntariado, limitando a capacidade e a eficácia destas instituições (Hespanha, Portugal, Nogueira, Pereira, & Hespanha, 2012, p. 188).

As instituições comunitárias que apoiam pessoas com doenças mentais encontram-se muito pouco disseminadas no país, estando essencialmente concentradas na área metropolitana de Lisboa, sendo que cabe a ordens religiosas, no restante país, fornecer algum apoio. A ação destas instituições religiosas ainda é vocacionada para o internamento, contudo começam a adaptar-se à nova realidade, procurando providenciar o cuidado necessário seguindo as exigências dos cuidados continuados (Oliveira J. F., 2011).

Ao nível de serviços publicamente financiados de psiquiatria, identificam-se assimetrias nacionais nomeadamente com a escassez de serviços na área da psiquiatria da infância e da adolescência, sendo que as regiões do Alentejo e do Algarve são aquelas que apresentam menor número de serviços (Saúde, 2015).

O Plano Nacional Saúde Mental tem como valores a indivisibilidade da saúde mental face à saúde em geral, com preferência pelos cuidados na comunidade, ou seja, os cuidados de saúde devem ser prestados em meio menos restrito possível; a proteção dos direitos humanos das pessoas com perturbações mentais, incluindo o direito aos cuidados adequados, residência e emprego, bem como a proteção contra a discriminação; e a coordenação e integração de cuidados, de modo a facilitar a sua continuidade (CNSM, 2008).

Em Portugal o Plano Nacional para Saúde Mental assenta numa visão integrada da saúde mental – deve existir articulação entre os cuidados de saúde, bem como proteção a nível de emprego e de residência (CNSM, 2008).

Os hospitais gerais públicos e hospitais privados, seguindo uma lógica de descentralização, têm vários serviços dentro da comunidade nomeadamente em unidades de cuidados primários. A realidade de organização e de estruturas em hospitais psiquiátricos públicos é feita numa lógica holística e multidisciplinar. E, mesmo em hospitais gerais, não vocacionados para o tratamento específico de doenças mentais, é possível manter uma lógica de hospital psiquiátrico em que se trata a doença como um todo (ERS, 2015).

Devido à severidade no corte de relações sociais, a disrupção do seu modo de vida e do estigma que tal ação terapêutica acarreta, é reconhecido que a institucionalização do doente mental deve ser usada apenas como última instância, mesmo quando as patologias são bastante severas. O doente pode, ao cumprir com todos os procedimentos terapêuticos e com o acompanhamento profissional adequado, ter uma vida dita normal. Contudo, com a ausência de cuidados médicos, de instituições que o acompanhem localmente e da própria família, o doente tende a sentir-se isolado e abandonado (Oliveira J. F., 2011).

Uma das instituições mais importantes na vida de crianças com problemas de saúde mental são as várias Casas de Acolhimento. Estas podem ser organizadas em diversas categorias: resposta para situações de emergência; apartamentos de autonomização e apoio para a promoção da autonomia dos jovens e Casas de Acolhimento para crianças com necessidades educativas e terapêuticas específicas (de Moura, 2016) Estas respostas são, na grande maioria dos casos no sentido de prover habitação de qualidade, durante um período determinado.

O impacto que estas pessoas sentem deve ser o menor possível, e uma situação análoga ocorre com a Lei de Proteção das Crianças, em que a criança deve sentir o mínimo de alterações no seu modo de vida normal, tentando garantir a estabilidade emocional e a manutenção dos laços sociais que tenham. Este plano insiste na necessidade do tratamento

dentro da comunidade, no entanto e como estudos sugerem as respostas que existem são muito limitadas: territorialmente estão concentradas em grandes centros urbanos; os recursos económicos são escassos e os apoios estatais que existem demoram a chegar; os recursos humanos são compostos por voluntariado e é desempenhado por familiares de pessoas com doença mental (de Moura, 2016).

A decisão de avançar para o internamento é usada como último recurso, dada a rutura que existe entre a pessoa e o meio sociofamiliar em que se insere, pelo que é apenas empregue em situações extremas como sejam; as descompensações agudas e muito disfuncionantes, situações que ponham em risco a segurança do próprio (suicídio e outras formas de auto-ferimentos), risco para terceiros (elevado grau de agressividade) ou a não existência de suporte familiar adequado. Do ponto de vista técnico e social, dado que estes deixam de poder realizar as tarefas «normais» do dia-a-dia, nomeadamente levantar-se a horas, realizar as refeições, tratar da higiene pessoal, necessitam deste tipo de intervenção (Oliveira J. F., 2011).

Assim sendo o apoio de retaguarda que existe é mais sólido nos hospitais públicos. O número de prestadores sociais é mais elevado em prestadores públicos do que no sector privado e social. Existem contudo alguns serviços que são providenciados pelo sector social uma vez que o SNS não consegue dar resposta a toda a população, em especial os cuidados ao domicílio (ERS, 2015).

PARTE III: ESTÁGIO

1. Comissão Nacional de Proteção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem

A Comissão Nacional, criada pelo Decreto-lei nº159/2015 de 10 de Agosto, é uma organização não-governamental, cujo objetivo é planificar a intervenção do Estado e a coordenação, acompanhamento e avaliação da ação dos organismos públicos e da comunidade na proteção de crianças e jovens em risco.

A criação de este tipo de entidades públicas está em linha quanto à necessidade dos Estados protegerem as crianças, sendo uma consequência direta de uma nova republicização do direito infantil, promovendo os seus direitos e reduzindo das crianças a exposição a situações de perigo a que estejam expostas (Pedroso, Branco, & Casaleiro, 2006).

A Comissão Nacional (afeta aos Ministério da Justiça, do Trabalho e da Solidariedade) tem funções quanto à elaboração de políticas e de formulação de mudanças na legislação vigente em matérias da infância e da juventude. Por um lado, tem de criar equipas personalizadas interdisciplinares, garantindo que tem formação adequada para concertar as ações de todas as entidades públicas e privadas, estruturas e programas de intervenção na área das crianças e jovens em risco. Por outro lado, é da sua responsabilidade acompanhar e apoiar as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens de modo a melhorar o seu desempenho.

A estrutura organizacional é composta por Presidente e pelo seguintes membros da Comissão Nacional: uma individualidade a nomear por despacho conjunto dos Ministros da Justiça e do Trabalho e da Solidariedade, a qual presidirá à Comissão; um representante da Presidência do Conselho de Ministros, indicado pelo alto-comissário para a Promoção da Igualdade e da Família; um representante do Ministério da Justiça; um representante do Ministério do Trabalho e da Solidariedade; um representante do Ministério da Educação; um representante do Ministério da Saúde; uma individualidade a indicar pelo Procurador-Geral da República; uma individualidade a indicar pelo Provedor de Justiça; um representante da Secretaria de Estado da Juventude; um representante do Governo da Região Autónoma dos Açores; um representante do Governo da Região Autónoma da Madeira; um representante da Associação Nacional dos Municípios Portugueses; um representante da Associação Nacional das Freguesias; um representante da União das Instituições Particulares de Solidariedade Social; um representante da União das Misericórdias; um representante da União das Mutualidades e o dirigente do Gabinete Técnico de Apoio à Comissão Nacional.

1.1. Entidades com Competências em Matéria de Infância e Juventude

As Entidades com Competências em Matérias de Infância e Juventude são, de acordo com o Art.5º d) da Lei n.º 147/99, de 01 de Setembro, pessoas singulares ou coletivas, públicas, cooperativas, sociais ou privadas que, por desenvolverem atividades nas áreas da infância e da juventude, têm legitimidade para intervir na promoção dos direitos e na proteção das crianças e jovens em risco.

As Entidades com Competências em Matérias de Infância e de Juventude são todas as entidades que lidam com os problemas que afetam crianças e jovens. Estas entidades podem atuar de formas mais dianteira, ou de forma mais à retaguarda podendo agir ao nível da prevenção primária/ prevenção secundária ou ainda a nível de prevenção secundária. Quando se fala de prevenção primária, falamos da criação de programas gerais e de promoção para o desenvolvimento da criança e da valorização dos seus direitos; quanto à prevenção secundária, esta consiste na produção de programas preventivos para a defesa e salvaguarda de crianças, relativamente à prevenção terciária, esta consiste na identificação de ações de risco de forma a proteger a criança de maus-tratos.

São Entidades com Competência em Matérias de Infância e Juventude as Escolas, os Centros de Saúde, os Hospitais, as Instituições Particulares de Solidariedade Social, as Entidades Policiais, a Segurança Social, as Creches, os Jardins-de-infância, os Centros de Atividades, os Bombeiros, a Cruz Vermelha, os Centros Sociais e Recreativos, bem como outros projetos locais que estejam a decorrer. É da responsabilidade destas Entidades desenvolver ações de promoções de prevenção primária e secundária, nomeadamente através de Planos Locais para a Infância e Juventude, com o objetivo de promover, defender e concretizar os direitos da criança e do jovem.

Quanto à atuação das entidades é de crucial importância clarificar a diferença entre risco e perigo uma vez que aquando da existência de risco para a criança implica a existência de fatores que podem evoluir para situações passíveis de causar dano às crianças, pelo que a entidades com competências em matérias de infância e juventude devem agir de forma a minimizar estas situações. Quando uma criança ou jovem se encontra em situação de perigo, portanto na iminência de sofrer situações danosas para a sua saúde física e mental, cabe à Comissão agir de forma a retirar a criança desse perigo.,

Cabe então às ECMIJ: avaliar, diagnosticar e intervir em situações de risco e perigo, implementar estratégias de intervenção necessárias e adequadas à diminuição ou erradicação

dos fatores em risco; deve acompanhar a criança, jovem e a respetiva família em execução de plano de intervenção na própria entidade, ou em colaboração com entidades congéneres; devem executar os atos materiais inerentes às medidas de promoção e proteção aplicadas pela comissão de proteção ou pelo tribunal, de que sejam incumbidas, nos termos do acordo de promoção e proteção ou da decisão judicial.

Quando as Entidades acima descritas não têm capacidade de atuar de forma adequada e suficiente com vista à remoção da situação de perigo que as crianças e jovens estejam expostos, tem lugar a intervenção das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens.

1.2. Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

A CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens é uma instituição oficial, não judiciária, com autonomia funcional e que visa promover os direitos das crianças e dos jovens, tendo competências ao nível da elaboração de planos de prevenção ou a pôr termo a situações de risco ou de perigo, suscetíveis de afetar a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral de crianças e jovens. A sua conceção é inspirada nos sistemas de intervenção essencialmente administrativa, existente em países com Alemanha, Inglaterra, Bélgica e cuja ação é centrada em serviços de proteção à infância e juventude, organizados no âmbito da segurança social ao nível estatal ou municipal (Pedroso & Branco, 2008). E ao contrário das congéneres em França ou na Dinamarca, a CPCJ não têm componente de intervenção judicial, apesar de colaborar com as entidades judiciais.

A estes sistemas de intervenção administrativa estão relacionados os conceitos de desjudicialização da família, ou seja, retira da esfera judicial a família, reenquadrando-a na esfera pública. Há então maior importância no diálogo com a comunidade, e é expandido o alcance do direito civil. No entanto, em simultâneo ocorrem tendências normativas de controlo social que condiciona a forma de como deve ser a educação e o cuidado da criança. Como dizem João Pedroso e Patrícia Branco *“a preocupação da sociedade e do Estado já não é orientar o comportamento privado das pessoas, mas cuidar dos efeitos sociais que derivem das várias escolhas dos indivíduos”* (Pedroso & Branco, 2008).

As Comissões são instaladas por Portaria do Governo e, em Coimbra, foi através da Portaria nº1313/2003 de 26 de Novembro que se instalou a CPCJ.

1.3. Estrutura Organizacional Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

Tal como qualquer organização, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens tem a sua estrutura organizacional bem definida, sendo liderada por um presidente que é eleito pelo plenário da comissão alargada dentro de todos os seus membros. É da competência da presidência designar um membro para a função de secretário, entre os membros da comissão, que substitui o presidente nas suas faltas e impedimentos.

Os mandatos têm a duração de três anos, renováveis uma única vez. A presidência executa as suas tarefas a tempo inteiro, de forma efetiva e vincula, nos casos aplicáveis, a entidade representada. As funções que a presidência tem prendem-se com a representação.

As funções que a presidência tem são: de representação da comissão de proteção; presidir às reuniões da comissão alargada e comissão restrita e orientar e coordenar as suas atividades; promover a execução das deliberações da comissão de proteção e coordenar os trabalhos de elaboração do plano anual de atividades, elaborar o relatório anual de atividades e avaliação e submetê-los à aprovação da comissão alargada; autorizar a consulta dos processos de promoção dos direitos e de proteção e proceder às comunicações previstas na Lei.

A Comissão de Proteção de Crianças e Jovens é composta por duas Modalidades – a Modalidade Alargada e a Modalidade Restrita.

1.4. Composição da Modalidade Alargada:



Figura 1 - Composição Modalidade Alargada

A modalidade alargada da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens é composta pelos seguintes membros: um representante do município, que deve ser indicado pela Câmara Municipal, de um grupo com interesse ou aptidão na área da infância e juventude em perigo; um representante da segurança social, preferencialmente com formação em serviço social, psicologia ou direito; um representante do Ministério da Educação, um representante do Ministério da Saúde, médico ou enfermeiro e que, sempre que possível, integre o Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco. Um representante das instituições particulares de solidariedade social não governamental, com competência em respostas sociais e instituições de carácter não residencial e um representante de instituições de particulares de solidariedade social não governamental com competência em respostas sociais e instituições de carácter residencial, um representante do organismo público com competência na área de emprego e de formação profissional; um representante das associações de pais existente na área de jurisdição da comissão de proteção; um representante das associações desportivas, culturais e recreativas outras organizações privadas que promovam atividades destinadas a crianças e jovens; um representante das associações de jovens existentes na área de jurisdição da comissão de proteção ou, alternativamente, um representante dos serviços de juventude.

Fazem parte da comissão um representante de cada força de segurança e quatro cidadãos eleitos, com competências para atuar com crianças e jovens, e que sejam designados pela assembleia municipal. Podem ser cooptados pela comissão outros técnicos, desde que tenham formação em psicologia, saúde ou direito.

A Comissão Alargada funciona em Plenário ou em grupos de trabalho para assuntos específicos. Estas reuniões em plenário devem decorrer no mínimo mensalmente e exige que os seus técnicos trabalhem pelo menos 8 horas por mês. As suas funções são: informar a comunidade sobre os direitos das crianças e jovens; promover ações e colaborar com a entidades de forma a detetar casos de crianças e jovens que estejam em situações que comprometam os direitos e interesses da criança no domínio da segurança, saúde, formação ou educação; informar e colaborar com as entidades competentes de forma a identificar as carências e identificar os recursos a empregar para promover os direitos do bem-estar e do desenvolvimento da criança; elaborar planos de prevenção primária dos fatores de risco e no apoio às crianças e jovens em perigo; elaborar projetos e iniciativas de desenvolvimento social local na área da infância e da juventude; dinamizar e dar pareceres de programas destinados a crianças e jovens em perigo; prestar apoio à Comissão Restrita quanto à disponibilização de recursos necessários ao exercício das suas funções e elaborar o Plano anual de atividades.

1.5. Composição da Modalidade Restrita:

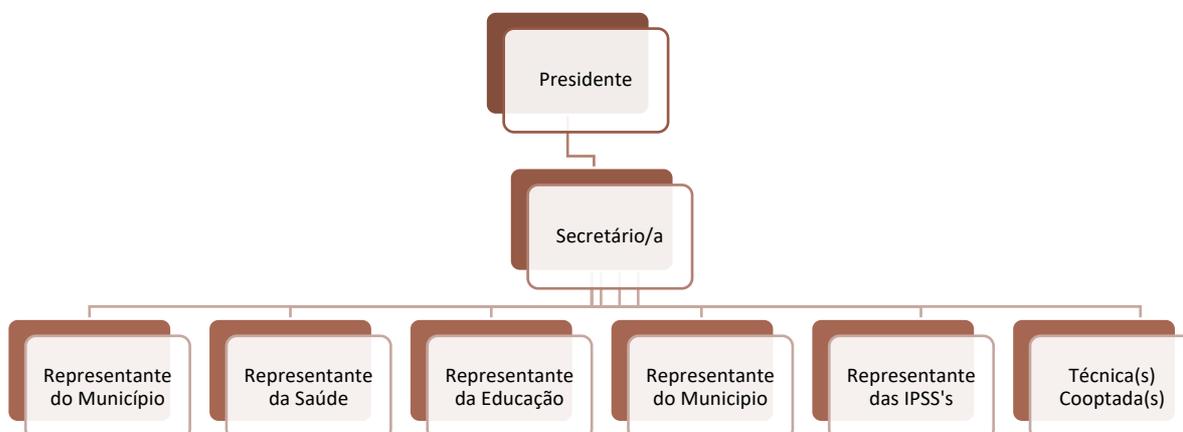


Figura 2 - Composição Modalidade Restrita

A Comissão Restrita deve sempre ser composta por número ímpar, com um mínimo de 7 elementos (que também fazem parte da Comissão Alargada), para prevenir, em situações em que votos sejam necessários. Por inerência, a presidência da Comissão de Proteção e o Representante (ou Representantes) fazem parte da Comissão Alargada, pelo que os seus membros devem ser escolhidos tendo em conta a sua composição interdisciplinar e interinstitucional.

A Modalidade Restrita da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens é composta por: dois representantes do Município; um representante da área da Saúde, médico ou enfermeiro; um representante da Educação; um representante das IPSS e todos os técnicos que sejam cooptados pela Comissão.

A Comissão Restrita funciona em permanência e deve intervir nas situações em que uma criança ou jovem está em perigo. As suas funções são: atender e informar as pessoas que se dirigem à comissão de proteção; decidir sobre a abertura e da instrução de processos de promoção e de proteção; apreciar os casos com vista ao arquivamento dos processos; proceder à instrução dos processos; solicitar a participação dos membros da Comissão Alargada sempre que seja necessário; solicitar pareceres e colaborar com técnicos/as e outras pessoas e entidades públicas ou privadas; decidir a aplicação e acompanhar e rever as medidas de proteção e de promoção e praticar os atos de instrução e de acompanhamento

com medidas de promoção que sejam solicitadas no contexto de processos de colaboração com outras comissões de proteção.

Os membros da Comissão são designados por um período de três anos, renovável por duas vezes. Contudo, o exercício pode prolongar-se na eventualidade da impossibilidade da substituição do membro em questão, desde que haja acordo entre o comissário e a entidade representada, desde que haja parecer favorável da Comissão Nacional.

1.6 Funcionamento da Instituição

Na sua Modalidade Restrita, o sistema de proteção é constituído por diversas fases: sinalização, análise preliminar, avaliação diagnóstica, deliberação e contratualização, em execução e acompanhamento e por último, o arquivamento (Conceição, 2017).

A sinalização de uma situação de risco ou perigo é a primeira fase para uma intervenção preventiva. As sinalizações podem ser feitas pelas várias ECMIJ ou por pessoas individuais quando se verificam várias situações de perigo. Essas situações justificam a intervenção da Comissão, explicitas no Artigo 3º da Lei 147/99 e são as seguintes: a criança ou jovem está abandonada ou vive entregue a si própria; quando sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; não recebe os cuidados ou afeição adequados à sua idade e situação pessoal; quando se encontra aos cuidados de terceiros, durante o período de tempo em que se observou o estabelecimento com estes de forte relação de vinculação e em simultâneo com o não exercício pelos pais das suas funções parentais; existe obrigação a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; quando sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a essa situação.

1.7 Sinalizações à Comissão Proteção de Crianças e Jovens

As sinalizações que são feitas à Comissão provêm das Entidades com Competências em Matérias de Infância e Juventude. Tal como previamente definidas as ECMIJ que sinalizaram, em Coimbra, situações de risco em 2018 (segundo dados compilados pela própria e nesta ordem) são: Autoridades Policiais; Estabelecimentos de ensino; Ministério Público; CPCJ; Pai; Mãe; Estabelecimento de saúde; Vizinhos e particulares; IPSS; Familiares; Tribunal; Instituições de acolhimento; Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e Atendimento dos serviços de Segurança Social; Autarquia e Projeto comunitários; Equipas Multidisciplinares de Apoio Técnico aos Tribunais, Pais, Projeto Comunitário.

Depois de comunicada uma situação de perigo à Comissão, em reunião da Modalidade Restrita, é determinada ou não a abertura de um processo de proteção e promoção dos direitos da criança ou jovem.

Uma vez determinada a abertura do processo, e em concordata com o Art.9^a, deve ser elaborada uma avaliação à situação de risco e deve ser conseguido o consentimento dos pais, representante legal ou da pessoa que tenha a guarda de fato, pelo que devem ser convocados pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. Quando o jovem tenha mais de 12 anos é necessário o seu consentimento e uma vez alcançado o mesmo, a Comissão e os pais, representante legal ou pessoa que tenha guarda de facto avançam para a elaboração de um Acordo de Promoção e Proteção.

Estas medidas, como o explicado no Artigo. 34^o da Lei de Proteção e Crianças e Jovens, visam afastar o perigo em que estes se encontram; proporcionar-lhes as condições que permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral e garantir a recuperação física e psicológica das crianças e jovens vítimas de qualquer forma de exploração ou abuso.

1.8 Medidas de Proteção e Promoção

Inscritas na lei estão as várias medidas que podem ser aplicadas em acordos de proteção e promoção e que são as seguintes: o apoio junto dos pais; o apoio junto de outro familiar; entrega da criança a pessoa idónea de confiança; apoio para a autonomia de vida do jovem; acolhimento familiar; acolhimento residencial; confiança a pessoa selecionada para a adoção, a família de acolhimento ou com a instituição com vista a adoção; Destas, as medidas nas alíneas a), b), c) e d) são consideradas medidas em meio natural de vida. As medidas e) e f) são consideradas medidas de colocação. Estas medidas são aplicadas pelas Comissões e pelos tribunais, sendo que a medida g) é a única que apenas pode ser determinada pelo Tribunal, uma vez que implica a via judicial, e como tal, apenas pode ser decretada pelos Tribunais.

As medidas de apoio em meio natural de vida pretendem que a criança ou jovem a ser intervencionado sinta o menor impacto possível na sua vida, ao ser intervencionado em contexto da sua própria família, contudo procurando-se remover a situação de perigo que motivou a intervenção. As medidas podem ter apoios de natureza psicopedagógica, social, e quando seja necessário, apoios de natureza económica.

Para além destas medidas são previstos apoios quanto à educação parental que vão no sentido de melhorar as práticas e ações dos pais para com as crianças e jovens.

No caso específico da alínea d), o apoio para a autonomia de vida permite a que jovens com mais de 15 anos possam prosseguir para uma progressiva autonomia de vida. Ao jovem deve ser fornecido apoio psicopedagógico, social e quando necessário, apoios de natureza económica. Esta medida pode ser aplicada a mães com idade inferior aos 15 anos, quando esta medida é a mais indicada a nível de proteção das crianças. As medidas nas alíneas e) e f) são as medidas de colocação.

A medida de acolhimento familiar consiste na guarda da criança ou jovem a uma pessoa singular ou a família, com habilitação para tal por forma a proporcionar a sua integração em meio familiar e a serem prestados os cuidados adequados às suas necessidades e bem-estar e educação necessária ao seu desenvolvimento integral. Este acolhimento ocorre quando seja previsível que a criança terá posterior integração numa família. Se tal não for possível, a criança ou jovem, devem ser preparados para a autonomia de vida.

As medidas de acolhimento familiar devem ser privilegiadas para crianças com idade inferior aos 6 anos de idade, para que estas possam ter alguns elementos de socialização básica e possam criar boas referências em pessoas adultas.

Nas medidas de acolhimento, são considerados dois tipos de integração, a integração planeada e a integração de urgência. No primeiro caso, a integração planeada implica que as crianças ou jovens e respetiva família estejam devidamente informados sobre o acolhimento. No caso da integração de urgência, esta é determinada pela necessidade urgente de proteger a criança ou jovem numa situação de emergência, tal como descrita na alínea c) do Art. 5º, ou seja, uma situação de perigo atual ou iminente para a vida ou de grave incumprimento para a integridade física ou psicológica da criança ou jovem.

As medidas de acolhimento residencial consistem na colocação da criança ou jovem numa instituição, com instalações adequadas, equipamentos e com recursos humanos permanentes, devidamente habilitados, de forma a prover o cuidado adequado. A função do acolhimento residencial é de garantir o bem-estar, e a satisfação das necessidades físicas e psíquicas, emocionais e sociais adequadas para o desenvolvimento integral da criança e jovem.

As casas de acolhimento podem ser organizadas (desde a alteração da lei em 2015) em unidades especializadas: casas de acolhimento para respostas de emergência; casa de acolhimento para resposta de problemáticas específica e necessidades de intervenção educativa e terapêuticas evidenciadas pelas crianças e jovens a acolher; apartamentos para o apoio à autonomização dos jovens.

Durante o tempo que vigorar o Acordo de Proteção e Promoção, é da competência da CPCJ a supervisão, com o suporte das ECMIJ e da Sociedade, do Acordo, garantindo que este é respeitado. Na eventualidade dos acordos não serem respeitados ou da retirada do consentimento ou ainda pela oposição ao jovem, a CPCJ articula-se com os Tribunais, de forma a garantir a integridade física e psicológica das crianças e jovens.

Por fim, quando a situação de perigo já não se aplica, a CPCJ tem como função o arquivamento do processo. Este arquivamento é também decidido em sede de Modalidade Restrita, culminando na destruição do mesmo.

1.9. Os princípios a que se devem seguir as intervenções

Como já foi sobejamente referido, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens apenas pode trabalhar com o consentimento dos pais, detentores da guarda efetiva da criança e jovem e com a não oposição do jovem quando este já tem mais de 12 anos.

As medidas que podem ser aplicadas já foram igualmente enumeradas, no entanto, todas estas intervenções devem seguir um conjunto de princípios orientadores.

Os princípios orientadores são os seguintes: garantir o interesse superior da criança e do jovem é um dos princípios guiadores, na medida em que a intervenção deve ter em conta a continuidade das relações de afeto e de qualidade e significativas; manter a privacidade uma vez que todas as intervenções da Comissão devem garantir o respeito pela intimidade, o direito à imagem e reserva da vida privada. A Comissão, pode, contudo, ter acesso a dados sensíveis, nomeadamente os referentes à informação clínica, como exposto no Art. 13º-A, no entanto é obrigada a cumprir a Legislação da Lei da Proteção de Dados; procurar uma intervenção precoce, ou seja, a intervenção deve ser executada logo que seja comunicada uma situação de perigo; promover uma intervenção mínima, ou seja, a intervenção deve apenas envolver as entidades e instituições que sejam indispensáveis para a efetiva promoção dos direitos e à proteção da criança e do jovem em perigo; proporcionalidade e atualidade, a intervenção apenas deve afetar a vida da criança, jovem e respetiva família no estritamente necessário, e deve ser adequada para a situação de perigo a que a criança ou jovem esteja exposta; promover a responsabilidade parental, as intervenções têm com finalidade garantir que os pais assumam os seus deveres para com a criança ou jovem; deve ser garantido o primado da continuidade das relações psicológicas profundas, ou seja, a criança tem direito a manter relações afetivas que lhe sejam importantes e estruturantes de grande significado e de referência, que sejam importantes para o seu crescimento saudável e harmónico.

Deve ser dada prevalência da família, as medidas da comissão devem ter em conta a integração da criança e do jovem, e devem ser preferencialmente tomadas medidas que os integrem em famílias biológicas ou, tal sendo possível, noutras formas de integração familiar estável; obrigatoriedade da informação, ou seja, a criança, o jovem, pais, representante legal ou pessoa que tenha a guarda de facto têm direito a ser informados dos seus direitos, nomeadamente quanto aos motivos que determinaram a intervenção e a forma de como se processa; audição obrigatória e participação, ou seja, as crianças e jovens, separadas ou com companhia dos pais ou com quem tenha a guarda de facto, têm o direito a

serem ouvidos e a participar nos atos e na definição das medidas de promoção dos direitos e de proteção; subsidiariedade, ou seja, as intervenções devem ser efetuadas sucessivamente pelas entidades com competência em matérias de infância e de juventude, pelas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e, em última instância, pelos Tribunais.

Quando não se consegue alcançar o consentimento dos pais, representante legal ou da pessoa que tem a guarda de facto, ou sem o consentimento expresso e sem a oposição da criança quando tem mais de 12 anos, a atuação da Comissão cessa, uma vez que, sendo uma entidade não jurídica, não pode atuar. Contudo, e caso exista uma situação de perigo atual ou iminente para a vida ou de grave comprometimento para a integridade física ou psíquica da criança e jovem, podem ser aplicados procedimentos de urgência.

Nesta situação, a entidade que deu conhecimento da situação deve garantir a proteção imediata da criança ou jovem ao informar as forças de segurança que deverão levar o caso à CPCJ, que posteriormente a deve comunicar aos Tribunais. ¹

De salientar que não é apenas da responsabilidade da CPCJ a ativação deste artigo. Qualquer cidadão que tenha conhecimento de qualquer situação de perigo que afete uma criança ou jovem, deve de imediato informar o Ministério Público de modo a remover situações de perigo imediato.

De forma a proteger a criança ou jovem, e antes da intervenção do Tribunal, as entidades policiais retiram a criança ou jovem da situação de perigo em que se encontram, e estas devem ser acolhidas, em situação de urgência, em casas de acolhimento ou outro local adequado para garantir a sua integridade física e psíquica.

Os procedimentos de urgência, dada a sua natureza, são mais céleres do que outros procedimentos. Nestes casos, quando o caso entra no Tribunal, este dispõe de, no prazo máximo de 48 horas, decidir quanto às providências necessárias para garantir a proteção da criança e jovem. Nestes casos, a Comissão não tem nem responsabilidade nem competências para atuar, uma vez que o processo é transferido para a esfera jurídica.

¹ A entidade responsável pela ativação do Art.91º - o artigo que regula o procedimento de urgência na ausência de consentimento - deve informar o Ministério Público.

2. Casos da CPCJ

Segundo a Lei n.º 4/84, de 5 de Abril, sobre a proteção da maternidade e da paternidade, o papel que o Estado deve desempenhar na família deve ser mais interventivo ao proteger a maternidade e a paternidade da criança e nos cuidados de saúde. Esta Lei (complementada pelos Decretos-Lei n.ºs 136/85, de 3 de Maio e 154/88, de 29 de Abril) (Pedroso & Branco, 2008). Também quanto à segurança social, este novo regime veio definir o direito de subsídio à parentalidade (maternidade e paternidade). O sistema público de apoio jurídico concede às famílias apoio no acesso à justiça, não sendo gratuito, deve seguir o pressuposto de proporcionalidade, uma vez que a proteção jurídica deve ser dada a todos os cidadãos (Pedroso & Branco, 2008).²

O atual sistema público de acesso ao direito e à justiça tem uma estrutura tripla, ou seja, o Ministério da Justiça financia, sendo que as prestações sociais de apoio ao acesso da justiça são da competência do Ministério da Segurança Social³ e a nomeação dos advogados cabe à Ordem dos Advogados. (Pedroso & Branco, 2008), desta forma providenciando o apoio jurídico às famílias.

Quanto a medidas que foram aplicadas, uma das mais comuns foi a de acolhimento em instituições de carácter residencial, com a justificação de que a família não tem capacidade de cuidar de forma assertiva de crianças e jovens. No que diz respeito ao papel das instituições de acolhimento residencial, estas surgem como num contexto de elevada importância sendo frequente no seu discurso as relações estabelecidas com os pares e adultos em contexto de acolhimento, percecionando a casa de acolhimento como sendo um ambiente securizante e uma fonte de suporte social significativa, contrariamente ao papel da comunidade, percebida como potencialmente estigmatizante (Ferreira, 2017, p. 19).

Para poder verificar alguns dos preceitos teóricos, foram usados dois estudos de caso. Estes foram escolhidos de casos da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Coimbra que se enquadram no relatório: isto é, casos de crianças com doenças mentais que foram intervencionadas por esta Comissão, procurando fazer uma análise do papel que os condicionantes sociais e económicos têm no bem-estar da saúde mental de crianças e jovens, mas, igualmente, qual o papel que as instituições ocupam no cuidado e apoio destas crianças.

² O Decreto-Lei n.º 387-B/87 de 29 de Dezembro consagra o regime de acesso ao direito aos tribunais.

³ O Artigo 30º Lei n.º 47/2007

O primeiro caso a ser analisado é de uma criança do sexo masculino, com doze anos de idade. Doravante, será apenas designado de XY. Esta criança cresce numa família monoparental, sendo que estava ao cuidado da mãe e o pai participa pouco da vida da criança. Os estudos que a mãe detém são apenas o sexto ano de escolaridade e à data da primeira intervenção, estava desempregada. Estas condições socioeconómicas vão de encontro da literatura, uma vez que comprova que em famílias com baixas qualificações académicas estão associadas a situações de emprego menos estáveis o que compromete o desenvolvimento pleno de crianças e adultos.

O início da intervenção de XY começa com uma comunicação da Polícia de Segurança Pública, uma vez que a criança esteve exposta a uma situação de violência doméstica. Devido a esse acontecimento e de acordo com o artigo 3º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens, XY passa a ser acompanhado pela Comissão. Devido à articulação que a CPCJ faz com outras instituições, inicia-se contato com a APAV, de forma a encontrar meios de proteger a criança e a progenitora. Pelo facto da Comissão não ser uma entidade judicial e como tal requerer o consentimento dos progenitores, teve de ser obtido o consentimento do pai, para que a intervenção pudesse prosseguir.

As redes sociais nesta família são de tipo encapsulado, ou seja, estão restritas à família imediata, sem que os amigos tenham algum papel de relevo nesta rede. Este caso em particular acrescenta uma camada extra de complexidade, na medida em que há um corte, não apenas, com o lado paterno da criança, visto que vive longe, mas também com o lado materno, cujas relações são afastadas da criança e da mãe. As necessidades que esta família passa são coincidentes com os vários condicionantes sociais que foram documentos na Parte II, nomeadamente a ausência de habitação própria, uma vez que, durante parte da intervenção da Comissão, habitaram em várias instituições que os acolheram. A obtenção de um espaço próprio ocorre no decorrer da intervenção, sendo, contudo, um espaço limitado tendo em conta as condições económicas da mãe.

Durante o período em que foi possível apurar informações sobre esta criança, a ausência de boas condições de habitabilidade configurou-se como uma situação crónica, pelo que ao longo de cerca de dois anos, esta família enfrentou frequentemente más condições de habitação. Podemos, nestes casos aplicar o conceito de vigilância hereditária, uma vez que, dado pertencerem a estratos sociais mais desprotegidos, as instituições que os apoiam (com algumas fragilidades devido ao Estado Social do sul, de índole familiarista) procuram igualmente exercer um controlo normativo das suas ações e comportamentos.

O tratamento das crises de saúde mental vivenciadas por XY são elaboradas com base em medicação. Este tratamento evidencia o domínio do paradigma biomédico no tratamento de doentes infantis e juvenis. De ressaltar, contudo, que XY nem sempre frequentava as consultas de pedopsiquiatria.

No Parte II é referida a importância da escola na vida dos jovens, uma vez que a sua função na estruturação das biografias e na socialização nas suas vidas é semelhante à função do trabalho na vida dos adultos. A situação de XY na escola é marcada por insucesso escolar e por sofrer bullying. A evolução que foi sendo relatada pela comissão é pouco positiva, uma vez que para além do aumento da frequência de episódios descritos como psicóticos, a situação económica da família não melhorou, uma vez que permanece como beneficiário de Rendimento Social de Inserção. Situações de violência doméstica são algo frequentes na vida de XY. Estas são igualmente um fator de grande relevo para a saúde mental.

As instituições foram sendo mobilizadas aquando da necessidade de colocar XY numa instituição de acolhimento residencial, por incapacidade de ser acolhido por família alargada, e da pouca presença da mãe na vida do filho.

Os momentos de maior agressividade tendem a surgir aquando novos relacionamentos da mãe. A constituição de novas formas de família são, neste caso, é um fator de ansiedade e de desequilíbrio emocional.

Há um grande controlo normativo efetuado pelos técnicos, uma vez que há obrigações quanto aos comportamentos da mãe, ditados pela equipa técnica, numa ótica que se pretende a melhoria das capacidades de parentalidade.

O outro caso de estudo, remete-se a uma jovem do sexo feminino.

Neste caso, a XX aquando da intervenção da CPCJ, já estava diagnosticada com uma doença mental, uma depressão, sendo que já tinha comportamentos de dor auto-infligida. Esta jovem, cuja intervenção começa no ano de 2016. A jovem relata episódios de anorexia, desde que houve um episódio de morte na família (o pai) pelo que foi acionada a CPCJ da Figueira, com papel preventivo, para procurar apoiar esta família.

À data de 2016, a família de XX tinha vários problemas de saúde mental: a mãe, por ter a seu cargo duas filhas e exercer os deveres de parentalidade sozinha, tentou o suicídio. Além de outros problemas de saúde na família, XX tinha uma outra irmã que se suicidou, evidencia a quantidade de eventos e situações stressantes que podem desenvolver vários problemas de saúde mental.

A XX teve um grande apoio institucional por parte de diversas instituições: Hospital Psiquiátrico de Coimbra, onde frequentava as consultas de pedopsiquiatria, na escola existia o apoio da psicóloga da escola e do diretor de turma.

Na escola, a XX teve apoio na medida em que lhe eram preparadas refeições específicas para ela. De acordo com as técnicas do processo, a XX apresenta comportamentos de oposição, e a sua rede social é muito limitada, com poucos amigos e relações importantes, sendo que a sua família se encontra numa situação semelhante, com poucos laços apoio, contando apenas com o apoio da rede institucional. Dadas as condições da XX e da composição da sua família, com a concordância da mãe e jovem, foi proposto o ingresso da jovem numa casa de acolhimento. A rede social desta família é muito limitada, na medida em que a mãe se encontra incompatibilizada com a restante família, ao somar a pouca existência de amigos, é indicada de uma rede fechada em si mesma, com a agravante que não pode recorrer à própria família.

A XX foi acolhida pela Casa da Criança de Santo António, localizada na Figueira da Foz, e, de acordo com a informação obtida, teria sido benéfica para XX, que melhorou as suas competências comunicacionais, desenvolvendo novos laços e relações sociais com outras crianças. Contudo, devido à existência de episódios de *bullying*, a integração na Casa de Acolhimento deteriorou-se o que juntamente com a conjugação de maus resultados escolares, indicam o regredir da evolução de XX. Por ausência de responsabilidades parentais no controlo da jovem, é sugerido que passe menos tempo com a família.

À data de 2020, quando o Acordo de Proteção e Promoção terminara e a atuação da Comissão iria terminar, a XX estava na casa de acolhimento, com a obrigação de ir às consultas de psicologia e fazer esforços, tendo em vista a melhoria do aproveitamento escolar.

Após analisar os dois estudos de caso, para além de evidenciar patologias semelhantes as crianças viviam em contextos sociais marcados por dificuldades a vários níveis: a nível habitacional: as casas com poucas condições, a nível educacional: com menor grau educacional o que se reflete em mais dificuldade nos estudos, a nível emocional: no sentido em que a soma de todos estes problemas enfraquece as crianças a nível psicológico, e a nível económico: uma vez que os seus recursos são mais limitados.

Igualmente podemos constatar o relevo que o cuidado feminino tem na vida destas crianças: são as mães, com dificuldades materiais, que são tendencialmente quem é responsável pelo cuidado provido.

A morfologia das redes sociais destas famílias é muito semelhante pelo que, como já previamente foi dito, podemos descrevê-las como redes encapsuladas visto que, em ambos os casos, o único que apoio indicado – quando existente – é o da família imediata, numa linha descendente, sendo que os avós suprem algumas carências económicas bem como oferecem algum apoio às famílias.

A nível institucional ambos os casos dispõem de apoio, contudo o “grande ausente” é o Estado. Nestas famílias cujos rendimentos são baixos e com ligação precária ao mercado de trabalho, num sistema de Bem Estar cuja ligação ao trabalho é condição para ter acesso a apoios, as transferências monetárias são muito reduzidas, aumentando a instabilidade destas famílias o que contribui para a propensão de doenças mentais.

3. A experiência de estágio e o papel do sociólogo

3.1. Estágio durante a pandemia

Considero que a participação neste estágio tenha sido vantajosa para mim na medida em que me permitiu ter um novo olhar sobre as questões da infância e da necessidade de elaborar planos de promoção, que sejam capazes de alcançar toda a sociedade, para a importância da infância e juventude como um período de vida com necessidades específicas.

Este estágio também me permitiu ter uma nova visão sobre esses problemas ao nível mais micro a que as crianças estão expostas e às diversas situações que motivam a ação interventiva das Comissões de Proteção.

Mas o “despertar” para estas condições também me despertou para as questões sobre quem é intervencionado pela Comissão. Ou seja, as pessoas que são intervencionadas pela comissão, em muitos casos, são pessoas que estão socialmente mais vulneráveis e que são mais frequentemente aquelas que mais frequentemente são intervencionadas. A análise empírica permite identificar que é bastante comum que famílias de fundos étnicos diferentes, mais pobres e com um historial de intervenções noutros serviços, serem sinalizados pelas várias ECMIJ ou por outras entidades. E estas intervenções, de pessoas que já são seguidas por outros serviços sociais, leva um cenário de vigilância hereditária. Ou seja, estas famílias são vigiadas por diversas entidades e instituições que cria entraves ao que podem ou não fazer, com a necessidade de garantir a proteção das crianças.

Na minha observação empírica pude tomar conta de que certas classes de pessoas raramente são intervencionadas. Há um claro viés que determina que pessoas com menos recursos são sempre mais facilmente sinalizadas do que pessoas com mais recursos. E mesmo quando estas são intervencionadas, as medidas que lhes são aplicadas são diferentes.

Sem prejuízo da ação das CPCJ's, em que estas ações devem ser efetivamente tomadas, para de facto proteger as crianças de situações de risco e de perigo e não obstante um pensamento mais progressivo das técnicas envolvidas, não cessa de existir algumas preconceções – sejam eles conscientes ou inconsciente. De facto, alguns preconceitos que tinha, foram mesmo confrontados graças à visão mais inclusiva de algumas técnicas na Comissão, no sentido em que o seu papel na Comissão não deve ser o de julgar, mas o de avaliar de forma mais isenta possível, atuar e acompanhar situações de risco e perigo.

3.2. Dinâmica de trabalho na comissão nas duas modalidades:

A minha experiência com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens foi para além da minha presença física na instituição, também me foi permitido assistir a várias reuniões das Modalidades Alargada e Restrita.

Como já foi feita alusão, estas modalidades funcionam de forma diversa, com pessoas diferentes, organizações e objetivos diferentes e isso cria dinâmicas diferentes.

Na Modalidade Alargada, que lida com a criação de planos de prevenção e não com os casos mais micro, pude identificar algumas falhas, nomeadamente a nível da comunicação. Em verdade, há que compreender que o contexto de pandemia veio alterar de forma significativa a forma de como se comunica, forçando para o *Online* o que antes era presencial. E esta mudança tornou-se talvez mais difícil de lidar nesta modalidade. Sem prejuízo das partes envolvidas, há uma ausência de articulação nesta modalidade e as reuniões são pautadas por longos silêncios, que são quebrados pela intervenção de algumas entidades que desta Modalidade tomam parte.

A Modalidade Restrita e como já foi referido, é aquela que lida com os processos micros de proteção de crianças. Aqui, e apesar das limitações decorrentes da pandemia, a distância não impôs os mesmos constrangimentos que se verificam na Modalidade Alargada. A dinâmica sentida nesta Modalidade é muito diferente daquela que se sente na Modalidade Alargada. Em primeiro lugar, as relações e os laços que se constroem nesta Modalidade são

diferentes, são mais intensos e ativos, o que nas reuniões, reflete uma maior participação das pessoas e não apenas um monólogo unidirecional.

3.3. Importância da instituição:

Da verificação empírica que me foi possível ter, considero que a instituição é importante, uma vez que o seu objetivo de proteção de crianças e jovens é um trabalho significativo, que merece ser valorizado pela sociedade, uma vez que consegue proteger crianças de situações de risco e de perigo. No entanto, estas intervenções, como já fiz alusão anteriormente, correm o risco de terem alguma carga de preconceitos contra alguns grupos da sociedade, que já se encontram sob vigilância pela sociedade.

Mas apesar destes processos mentais e mediante uma observação empírica parecem surgir alguns resultados, se tivermos em conta o número de processos cessados – nos 69 622 casos do ano de 2020, 3402 foram arquivados durante a análise preliminar, ou seja, antes de qualquer consentimento de detentores da guarda de crianças, 14976 processos foram arquivados na análise diagnóstica, 10205 na fase de deliberação e contratualização e 11621 após a fase de execução e acompanhamento (CNPDCJ, 2021)

Um dado que deve ser tido em conta é o aumento de processos a darem entrada nas CPCJ de todo o país, totalizando 45132 situações de perigos comunicadas no ano de 2021 (CNPDCJ, 2021). A categoria com mais situações de perigo que foi comunicada remete-se a questões de Violência Doméstica, seguida pela Negligência. Como já descrito na Parte II, situação de trauma e violência e de negligência são dois fatores que potenciam o desenvolvimento de doenças mentais.

E é precisamente pela necessidade de salvaguarda da integridade física e psicológica das crianças e dos jovens que a Comissão é relevante e necessária: seja através da criação de sinergias entre os vários *stakeholders* que atuam na comunidade, promovendo atividades que visam a promoção de novas formas de parentalidade ou com através de atividades com as crianças e jovens para lhes darem a conhecer os seus direitos ; seja através de casos individuais, de crianças e jovens que estejam em situação de perigo e agindo no interesse de afastar essa situação.

3.4. O papel que o sociólogo pode ter na instituição:

O papel que o sociólogo pode ter numa destas instituições é de elevada relevância. Como fiz referência, nesta CPCJ, existe uma visão múltipla e integrada da sociedade, ainda que subsistam alguns estereótipos e preconceitos relativos a certos grupos e comunidades. Com a presença de um sociólogo na equipa, seria mais fácil a discussão e a desconstrução mental dos estereótipos que ainda resistem, não apenas nesta, mas em todas as Comissões.

A presença do sociólogo pode também servir para melhor compreender as dinâmicas na sociedade no que concerne as sinalizações de crianças e jovens. Ou seja, o papel do sociólogo neste contexto é o de compreender que as sinalizações de crianças à CPCJ são condicionadas por variantes sociais e económicas e que há grupos que se encontram mais expostos do que outros.

O papel do sociólogo é saber respeitar as diferentes sensibilidades culturais quando lida com crianças com doenças mentais e as suas famílias. Não é prudente ou produtivo ver a doença como isolada do fator tempo e espaço: as condições económicas e sociais condicionam a qualidade da saúde mental, influenciando a severidade da doença e a capacidade de enfrentar os seus efeitos.

Será, portanto, de crucial importância que o sociólogo procure articular ainda mais a sociedade civil e a comunidade para ajudar as todas as crianças que entram em contato com a CPCJ, procurando envolver da melhor forma as várias instituições do sector social, as entidades públicas, entidades privadas e também a comunidade para promover os direitos da infância.

Cabe também ao sociólogo a tarefa de escutar os jovens (não obstante que isso já seja feito), e promover a conceção de que, sendo as crianças e jovens agentes sociais competentes, com as suas formas de pensar e de sentir, produtores de cultura própria e capazes de discursar sobre a sua ação e de a representar (Fernandes & Tomas, 2011), pelo que devem ser mais incluídos nas decisões que afetam o seu bem estar dentro da família e terem uma voz mais ativa nas medidas que sejam propostas para prevenir situações de risco e de perigo.

Uma vez que as crianças vivem dentro de famílias, o sociólogo deve igualmente, dentro de uma instituição cuja função é a promoção dos direitos das crianças, procurar promover o equilíbrio nas famílias, sem que a atuação das CPCJ adquira um carácter

paternalista e condescendente e em vez de ser uma influência positiva e emancipadora, exercendo um controlo sobre os modos de vida das famílias.

Sob os augúrios da modalidade Alargada, considero que o papel do sociólogo também deve ser expandido para além do trabalho “indoor” e ir para o terreno, ter uma atitude mais proativa. Ainda que se deva ser evitado associar o termo “pobreza” a situações inevitáveis de risco e de perigo, existem algumas áreas geográficas com maior propensão de sinalizações. Seria portanto interessante, juntamente com outras instituições que compõem a Modalidade Alargada, promover iniciativas mais focadas – tanto fisicamente como a nível de conteúdos, que sejam mais adequadas a todas aquelas que possam ter contextos socioeconómicos menos favorecidos e que não frequentam os espaços onde geralmente são feitas as várias iniciativas e exposições e em que os conteúdos nem sempre sejam os mais acessíveis. Urge que sejam destruídas as barreiras para promover maior inclusão, não elevar mais muros.

Em suma, o papel do sociólogo pode ser, de uma forma muito resumida, o de questionar os instrumentos de avaliação, questionar sobre os estereótipos que resistem quanto às famílias que são intervencionadas e sobretudo compreender que a proteção das crianças é um papel que cabe não apenas às famílias, mas a toda a sociedade – *“It takes a village to raise a child”*.

CONCLUSÕES

No final deste trabalho foi-nos possível constatar várias situações. Primeiro, a importância incontestável que os contextos e níveis socioeconómicos têm quanto ao aparecimento, ao desenvolvimento e ao tratamento de doenças mentais.

Ainda que não seja exclusivo a camadas mais desfavorecidas, as doenças mentais podem afetar a todos, tendo, todavia, efeitos mais nefastos nas camadas com menos recursos económicos, o que dificulta a capacidade de tratamento. Mas, para além dos recursos económicos limitados, a existência de redes sociais já por si limitadas e reduzidas, uma vez que estas famílias pertencem a tipologias em que a família é a principal provedora de bem-estar, é um condicionante para o tratamento de crianças e jovens com doenças mentais.

Em virtude desta proeminência da família na garantia do Bem Estar e com o notório aumento das carências materiais, mais sentidas em famílias com menos recursos, é necessário reforçar os apoios institucionais que já existem, dotando-os de mais recursos humanos, que não sejam baseados em voluntariado. Igualmente importante será o reforço das transferências monetárias do Estado para estas famílias, de forma a poder suprir algumas das dificuldades económicas, sendo que a pobreza é um fator que cria e amplifica situações de doenças mentais comuns.

Para além do aumento das transferências monetárias, devem ser desenvolvidas novas e mais abrangentes políticas para apoiar famílias com menos recursos, nomeadamente a maior flexibilidade laboral para poderem estar com os filhos mais tempo sem que haja perda de recursos monetários.

Igualmente importante é a relevância do papel das instituições na vida das crianças. Nos casos estudados, foi importante a ação das escolas, através dos professores e pessoal educativo para a integração das crianças, a ação das instituições de saúde tais como os hospitais centrais, de centros de saúde e dos vários técnicos como psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. As instituições, especialmente a escola, deve procurar ser ainda mais ativa na identificação de crianças que vivem situações de *bullying* e de discriminação uma vez que esses são dois fatores relevantes que potenciam o desenvolvimento de doenças mentais e de sofrimento emocional.

Em ambos os casos estudados, houve articulação com instituições de acolhimento de crianças de tipo residencial, evidenciando a existência desse tipo de apoio, que tinham, inclusive, apoio multidisciplinar para apoio destas crianças.

Não obstante o apoio dado pelas instituições, ainda persistem algumas ideias quanto a estas famílias: por serem de camadas da sociedade com menos recursos, persistem algumas visões mais severas quanto à pobreza, e a ação das instituições, ao procurarem promover igualdade entre as crianças, tendem a adquirir comportamentos normativos, ligando o nível socioeconômico, grau de estudos a certos tipos de ações e comportamentos de certas camadas sociais.

É, portanto, de grande importância, promover a efetivação dos direitos das crianças e, em particular, as que sofrem com doenças mentais, bem como melhorar os recursos que são alocados para o tratamento destas pessoas, incluindo melhores políticas familiares que permitam a inclusão destas crianças e das suas famílias.

A melhoria da comunicação que existe na promoção dos direitos das crianças e dos jovens deve ser melhorada. Por demasiadas vezes a comunicação que é feita para promover uma infância plena não é a mais adequada nem tampouco dirigida para pessoas com ritmos e horários de trabalho ditos “normais”.

Igualmente importante tanto para as crianças e jovens e para os adultos é a necessidade da luta contra o estigma da doença mental. Apesar da existência de campanhas e iniciativas que visam informar a população sobre a importância da Saúde Mental como requisito para uma vida plena, persiste ainda o preconceito com pessoas com doenças mentais, particularmente as mais severas, que as afasta da comunidade, reduzindo as suas redes sociais e, por consequente, potenciam situações de pobreza, que amplificam os efeitos mais nefastos da doença.

Referências Bibliográficas

- Aguiar , A., Maia, I., Duarte, R., & Pinto, M. (2022). The other side of COVID 19: Preliminary results of a descriptive study on the COVID-19-related psychological impact and social determinants in Portugal residents. *Journal of Affective Disorders Reports*, 7, 1-8.
- Albuquerque, C. (2000). Os Direitos Da Criança: As Nações Unidas, A Convenção e o Comité. *Documentação e Direito Comparado*, 83/84, 22-54.
- Albuquerque , C. M., & Oliveira , C. P. (2002). Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Millenium*, 25.
- Alves, A., & Rodrigues , N. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa Saúde Pública* , 127-131.
- Alves, F. (2010). Racionalidade Leigas sobre Saúde e Doença Mental: um estado no Norte de Portugal. *Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*, 25-69.
- Alves, F., & Silva, L. (2004). Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão. *Actas dos ateliers do Vo Congresso Português de Sociologia* (pp. 56-64). Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção.
- Andreotti, A., Garcia, S. M., Gomez, A., Hespanha, P., Kazepov, Y., & Mingione, E. (2001). Does a Southern European Model Exist? *Journal of European Area Studies*, Vol. 9, 43-62.
- Bauman, Z. (2001). *Modernidade Líquida*. (J. Zahar, Ed.) Rio de Janeiro , Brasil: Zahar.
- Boaventura de Sousa Santos, J. P. (1998). *Volume IV A Justiça de Menores: As crianças entre o risco e o crime*. Coimbra : Centro de Estudos Sociais.
- Chyczij, F. F. (2020). Prevalência da depressão, ansiedade e stress numa unidade de saúde familiar no norte de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência, Série V, N°2* .
- CNC. (2019). *Sem mais tempo a perder - Saúde Mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa: Conselho Nacional de Saúde.
- CNPDCJ. (2021). *Relatório Anual de Avaliação das Actividades das CPCJ 2020*. Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Protecção das Crianças e Jovens. Lisboa: Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Protecção das Crianças e Jovens.
- CNSM. (2008). *Plano Nacional De Saúde Mental 2007—2016*. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Conceição, J. R. (2017). *Ética e Prática Profissional nas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens*. Lisboa: ISCTE.
- Conrad, P. (2017). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. The John Hopkins University Press.
- Costa, A. F. (2020). Desigualdades Sociais e Pandemia. Em R. M. Carmo, I. Tavares, & A. F. Candido, *Um Olhar Sociológico sobre a Crise COVID-19 em Livro* (pp. 4-16). Lisboa : CIES-ISTE .

- de Moura, J. C. (2016). *Saúde Mental em Crianças e Jovens em Acolhimento Residencial*. Lisboa: ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa.
- Decreto de Lei n.º 147/99, de 01 de Setembro de 1999 . (1 de Setembro de 1999). *Diário da República n.º 204/1999, Série I-A*. Lisboa .
- Decreto-Lei n.º 159/2015, de 10 de Diário da República n.º 154/2015, Série I de 2015-08-10. (10 de Agosto de 2015). Lisboa : Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.
- Decreto-Lei Nº 115/2006 de 14 de Julho do Ministério do Trabalho e Solidariedade Civil. (14 de Junho de 2006). *Diário da República: I Série, Nº114*. Lisboa.
- DGS. (2016). *Saúde Mental em Números - 2015*. Direção Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Duarte, M. (2020). O Impacto da COVID-19 na Violência nas Relações de Intimidade: Pistas para Reflexão. Em R. M. Carmo, I. Tavares, & A. F. Candido, *Um olhar Sociológico sobre a Crise COVID-19 em Livro* (pp. 148-157). Lisboa: CIES-ISCTE.
- ERS. (2015). *Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde .
- Esping-Andersen, G. (Novembro de 2005). Children in the Welfare State. A social investmet approach. *Netherlands Sociale Verzekeringsbank's Conference on Social Security and the Child*.
- Fernandes, N., & Tomas, C. (2011). Questões conceptuais, metodológicas e éticas na investigação com crianças em Portugal. *10th Conference of the European Sociological Association*, (pp. 1-18).
- Ferreira, S. S. (Setembro de 2017). O papel do suporte social na saúde mental de crianças e jovens em acolhimento residencial. Lisboa , Lisboa : ISCTE-IUL.
- Figueirinhas, M. (Maio de 2021). O Impacto da Pandemia COVID-19 na Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Foundation, W. H. (2014). *Social determinants of mental health*. Calouste Gulbenkian Foundation. Geneva: World Health Organization.
- Gonçalves, A. (2016). A doença mental: determinação individual ou construção social. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health* (32), 163-168.
- Goularte, J. F., Serafim, S. D., Colombo, R., Hogg, B., Caldieraro, M. A., & Rosa, A. R. (2021). COVID-19 and Mental Health in Brazil: Psychiatric symptims in the general population. *Journal of Psychiatric Research*, 132, 32-37.
- Graça Fonseca, J. P. (1998). As Comissões de Proteção: Caminhos a Percorrer Na Promoção da Cidadania das Crianças e dos Jovens. *Intervenção Social*, 17/18, 27-51.
- Guerreiro , M. d., Torres, A., & Lobo, C. (2007). Famílias em Mudança. Configurações, valores e processos de recomposição. Em A. T. Maria das Dores Guerreiro, *Portugal no Contexto Europeu, vol. III Quotidiano e Qualidade de Vida* (Vol. III, pp. 7-37). Lisboa: Celta Editora.
- Guterres , M. C. (2002). *Suporte Social e Qualidade de Vida em pessoas com Perturbações Mentais Crónicas apoiadas por Serviços Comunitários*. (S. N. Deficiência, Ed.)

Lisboa, Lisboa, Portugal : Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

- Hespanha, P., Portugal, S., Nogueira, C., Pereira, J. M., & Hespanha, M. J. (2012). *Doença Mental, Instituições e Famílias*. (S. Edições Almedina, Ed.) Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Hirata, H. (2010). Teoria e Práticas do Care: Estado Sucinto da Arte, Dados de Pesquisa e Pontos em Debate. *Cadernos SempreViva, Cuidado, Trabalho e Autonomia das Mulheres*, 42-6.
- INE. (2017). *Índice de Bem Estar 2004-2016*. Lisboa: INE - Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (2022). *Estatísticas da Saúde - 2020*. (I. N. Estatística, Ed.) Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (22 de Fevereiro de 2022). Rendimentos e Condições de Vida. *Condições de vida das crianças*. Lisboa, Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística.
- Luísa F. Habigzang, G. A. (2006). Fatores de Risco e de Proteção na Rede de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 379-386.
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., & Joska, J. A. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Sciences & Medicine*, 517-528.
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., . . . Tol, W. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry*, 357-369.
- Macedo, E. O. (Setembro de 2009). A Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco de Amarante, que representações? O Impacto da Implementação da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens no Concelho de Amarante. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Maciel, S. C., Maciel, C. M., Barros, D. R., Sa, R. C., & Camino, L. (2008). Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF*, 13(n.1), 115-124.
- Markowitz, F. E. (2011). Mental illness, crime, and violence: Risk, context, and social control. *Aggression and Violent Behavior* 16, 36–44.
- Marques, C. (2009). A Saúde Mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários - avaliação e referenciação. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 569-575.
- Marques, T. P. (2017). The Policy Gap. Global Mental Health in a Semi-peripheral country (Portugal, 1998-2016). *Interface. Comunicação Saúde Educação*, 787-798.
- Martins, C. (2013). Das Primeiras Leis de Proteção da Infância e Juventude, em Portugal, à entrada em vigor da L.P.C.J.P. *Revista de Ciências Empresariais e Jurídicas / Review of Business and Legal Sciences*, 133-173.
- Martins, J. E. (Dezembro de 2015). O Estado social ativo: Um novo paradigma legitimador das políticas públicas em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 108, 157-174.

- Matos, A. R., & Serapioni, M. (2017). O desafio da participação cidadã nos sistemas de saúde do Sul da Europa: uma revisão da literatura. *Cadernos Saúde Pública*, 33, 1-11.
- Moura, J. C. (2016). *Saúde Mental em Crianças e Jovens em Acolhimento Residencial*. Lisboa: ISCTE .
- Oliveira , D. A. (Abril de 2019). A necessidade de proteção da saúde mental na nova Lei de Bases da Saúde: O quadro da saúde mental portuguesa. *e-Pública*, 6, 47.
- Oliveira, J. F. (2011). *Exclusões Sociais na Doença Mental: o caso da Esquizofrenia e da Depressão*. (U. d. Interior, Ed.) Covilhã: Universidade da Beira Interior .
- Oliveira, V. H. (2014). Bem-estar e Qualidade de Vida de Crianças em Contextos de Pobreza. Universidade do Minho.
- OMS. (1948). Constituição da Organização Mundial da Saúde. Organização Mundial da Saúde.
- OMS. (1978). Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: Organização Mundial de Saúde.
- ONU, A. G. (1948). Declaração Universal Dos Direitos Humanos. Paris.
- ONU, A. G. (1959). Declaração Dos Direitos Da Criança.
- Pedroso, J., & Branco, P. (Setembro de 2008). Mudam-se os tempos, muda-se a família. As mutações do acesso ao direito e à justiça de família e das crianças em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 82, 53-83.
- Pedroso, J., Branco, P., & Casaleiro, P. (2006). A(s) Justiça(s) da Família e das Crianças em Portugal no início do Século XXI: uma nova relação entre o judicial e o não judicial. *Doutrina*, pp 101 a 119.
- Poiares, C. (2010). *Edição Comemorativa Da Lei De Proteção Da Infância. 27 de Maio de 1911*. (I. d. Social, Ed.) Lisboa: Instituto de Segurança Social.
- Portugal, S. (2011). Dádiva, Família e Redes Sociais. Em S. Portugal, & P. H. Martins, *Cidadania, políticas públicas e redes sociais*. (pp. 39-53). Coimbra: Imprensa Universidade de Coimbra.
- Portugal, S. (2012). Famílias, redes e serviços. Em H. Pedro, S. Portugal, C. Nogueira , J. M. Pereira, & M. J. Hespanha, *Doença Mental, Instituições e Famílias. Os desafios da desinstitucionalização em Portugal* (pp. 139-233). Coimbra: EDIÇÕES ALMEDINA, S.A.
- Portugal, S. (2013). *Família e Redes Sociais: Ligações Fortes Na Produção de Bem Estar*. Coimbra, Coimbra: EDIÇÕES ALMEDINA, S.A.
- Portugal, S., Nogueira, C., & Hespanha , P. (2014). As Teias que a Doença Tece: A Análise das Redes Sociais no Cuidado da Doença Mental. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, vol. 57n Nª4, 935 - 968.
- Saúde, M. d. (2015). Proposta de Rede de Referência Hospital de Psiquiatria e Saúde Mental. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Santos, B. S. (1992). O Estado, as relações salariais e o Bem Estar na Semiperiferia: o caso português. *Oficina do CES*, n32, 1-68.

- Sebastiao, J., & Correia, S. V. (2007). A democratização do ensino em Portugal. Em J. M. Viegas, & A. M. Helena Carreiras, *Portugal no Contexto Europeu. Vol I Instituições e Política* (Vol. I, pp. 107-135). Lisboa: Celta Editora.
- Shonkoff, J. P. (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *American Academy of Pediatrics*.
- Silvia Helena Tortul Ferriolli, E. M. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*, 41(Família e saúde mental infantil), 251-259.
- Tavares, I., & Candido, A. F. (2020). Balanço e perspectivas de Futuro: O Impacto da COVID-19 e a (Re)produção das desigualdades sociais. Em R. M. Carmo, I. Tavares, & A. F. Candido, *Um Olhar Sociológico sobre a Crise COVID-19 em Livro* (pp. 244-256). Lisboa: CIES-ISCTE.
- Teixeira, V. (2013). *Doença Mental: Perceção da Família*. Bragança: Escola Superior de Educação de Bragança.
- Teresa Goldschmidt, C. M. (2018). *Rede de Referenciação Hospital. Psiquiatria Da Infância E Da Adolescência*. Direção Geral da Saúde.
- Tomas, C., Fernandes, N., & Sarmento, M. (2011). Jogos de Imagem e Espelhos: Um olhar sociológico sobre a infância e as crianças em Portugal. Em V. R. Muller, *Crianças dos Países de Língua Portuguesa. Histórias, culturas e direitos*. (pp. 193-227). Maringá: Maringá: EDUEM.
- Vieira, J. M., & Granja, P. (Novembro de 2020). COVID 19: uma pandemia de saúde mental. *Saúde & Tecnologia*, 24, 5-10.
- WHO. (2002). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. (W. H. Organization, Ed.) Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- WHO. (2018). *Health System Review Portugal*. Lisboa: World Health Organization.
- Xavier, M., & Almeida, J. M. (2009). *Estudo Epidemiológico Nacional da Saúde Mental. 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

